

## DÉCLARATION SPÉCIALE NON-FUMEUR

### 1<sup>er</sup> Assuré

Nom et prénom de la personne à assurer ..... Date de naissance .....

### 2<sup>ème</sup> Assuré

Nom et prénom de la personne à assurer ..... Date de naissance .....

L'(les) Assuré(s) déclare(nt) sur l'honneur ne pas fumer, ou avoir arrêté de fumer depuis au moins 24 mois, sans que cet arrêt soit à la demande expresse du corps médical. En outre, l'(les) Assuré(s) doit(doivent) informer l'Assureur s'il(s) (re)commence(nt) à fumer, même occasionnellement, pendant la durée du contrat. A cet égard, l'Assureur se réserve le droit de pratiquer, pendant la durée du contrat, tout contrôle qu'il juge nécessaire.

**L'(les) Assuré(s) certifie(nt) que les renseignements fournis sont exacts et prend(prennent) acte qu'une réticence ou fausse déclaration intentionnelle de sa(leur) part entraîne la nullité du contrat d'assurance conformément à l'article L 113-8 du Code des assurances.**

Conformément aux dispositions de l'article 16 de la Notice, les informations recueillies sont obligatoires pour réaliser l'opération d'assurance puis l'exécuter et seront utilisées pour la gestion interne de CARDIF Assurance Vie, ses mandataires, courtiers et réassureurs. Elles pourront être communiquées à des prestataires pour l'exécution de travaux effectués pour le compte de CARDIF Assurance Vie. L'Adhérent et l'Assuré peuvent exercer leur droit d'accès et de rectification en s'adressant à CARDIF Assurance Vie service Réclamations CNIL - 4 rue des Frères Caudron 92858 Rueil-Malmaison Cedex.

Fait à ..... Le .....

Signature de l'Adhérent/1<sup>er</sup> Assuré  
(précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé")

Signature du 2<sup>ème</sup> Assuré  
(précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé")

### Important

Pour bénéficier de la tarification non-fumeur, l'Assuré se situant dans **la case 7 de la grille de formalités médicales** (au-delà de 1 000 000 €) doit transmettre à CARDIF Assurance Vie, préalablement à la prise d'effet des garanties, **le résultat d'un dosage de cotinine urinaire.**

**Pour les Assurés concernés :  
Déclaration d'état de santé au verso**



CUMUL DES CAPITAUX ASSURÉS	ÂGE DE L'ASSURÉ À L'ADHÉSION			
	45 ANS ET MOINS	DE 46 ANS À 55 ANS	DE 56 ANS À 65 ANS	66 ANS ET PLUS
<i>jusqu'à 50.000 €</i>	<b>1</b>	1	1	3
<i>de 50.001 € à 75.000 €</i>		2	2	4
<i>de 75.001 € à 100.000 €</i>		4	4	
<i>de 100.001 € à 150.000 €</i>		5	5	
<i>de 150.001 € à 200.000 €</i>		6	6	
<i>de 200.001 € à 300.000 €</i>		7		
<i>de 300.001 € à 600.000 €</i>		7		
<i>de 600.001 € à 1.000.000 €</i>	7			
<i>au-delà de 1.000.000 €</i>	7			

## 1 - DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ

### 1<sup>er</sup> Assuré

Nom et prénom de la personne à assurer ..... Date de naissance .....

### 2<sup>ème</sup> Assuré

Nom et prénom de la personne à assurer ..... Date de naissance .....

### L'(es) Assuré(s) déclare(nt) :

- Ne pas avoir été en arrêt partiel ou total de travail ou ne pas avoir dû interrompre ses activités professionnelles ou non professionnelles pour raison médicale, pendant plus de trois semaines consécutives au cours des 5 dernières années.
- Ne pas avoir été sous traitement, surveillance ou contrôle médical pendant plus de 3 semaines consécutives au cours des 10 dernières années (en dehors de la médecine du travail, du suivi des grossesses, des affections saisonnières).
- Ne pas avoir été hospitalisé plus de 24 heures, au cours des 10 dernières années, pour une intervention chirurgicale\*, un bilan, un traitement, des examens.
- Ne pas avoir subi un test de dépistage des sérologies VHB, VHC (virus des hépatites), VIH 1 et 2 qui se soit révélé positif.
- Ne pas être en arrêt de travail partiel ou total pour raison de santé.
- Ne pas être atteint d'une maladie de quelque nature que ce soit (hormis affections saisonnières), ou d'un handicap ou d'une malformation congénitale, ou ne pas être reconnu en invalidité.
- Ne pas suivre de traitement médical (hormis les traitements pour affections saisonnières), ou ne pas être en cours d'investigation ou de suivi médical.
- Avoir une différence entre la taille (exprimée en cm) et le poids (exprimé en kg) comprise entre 85 et 115 (ex. : 175 – 70 = 105).
- Ne pas devoir, à sa connaissance, être hospitalisé, subir une intervention chirurgicale, un examen médical spécialisé ou un traitement médical.
- Ne pas résider, - et/ou - ne pas être amené à voyager, à titre professionnel ou dans un but humanitaire, en dehors des pays de l'Union Européenne, de la Suisse, de la Norvège, de l'Islande, des États-Unis, du Canada, du Japon, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande.
- Ne pas cumuler des couvertures individuelles d'assurance décès dont l'encours assuré est supérieur à 150 000 euros.

\* autre que les interventions chirurgicales pour les causes suivantes : appendicite, hernies de la paroi abdominale sans séquelles, hémorroïdes, amygdalites, végétations, déviation de la cloison nasale, césarienne, vésicule biliaire, varices, dents de sagesse, IVG.

La validité des présentes déclarations est de 120 jours ; si la date de prise d'effet des garanties doit intervenir ultérieurement, CARDIF Assurance Vie pourra demander le renouvellement des formalités d'admission.

### L'(es) Assuré(s) certifie(nt) que les renseignements fournis sont exacts et prend(prennent) acte qu'une réticence ou fausse déclaration intentionnelle de sa(leur) part entraîne la nullité du contrat d'assurance conformément à l'article L 113-8 du Code des assurances.

Conformément aux dispositions de l'article 16 de la Notice, les informations recueillies sont obligatoires pour réaliser l'opération d'assurance puis l'exécuter et seront utilisées pour la gestion interne de CARDIF Assurance Vie, ses mandataires, courtiers et réassureurs. Elles pourront être communiquées à des prestataires pour l'exécution de travaux effectués pour le compte de CARDIF Assurance Vie. L'Adhérent et l'Assuré peuvent exercer leur droit d'accès et de rectification en s'adressant à CARDIF Assurance Vie service Réclamations CNIL - 4 rue des Frères Caudron 92858 Rueil-Malmaison Cedex.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature de l'Adhérent/1<sup>er</sup> Assuré  
(précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé")

Signature du 2<sup>ème</sup> Assuré  
(précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé")

Ne pouvant satisfaire à la Déclaration d'état de santé ci-dessus, l'(es) Assuré(s) s'engage(nt) à remplir le Questionnaire de santé (formalité 2) :

1<sup>er</sup> Assuré

2<sup>ème</sup> Assuré

