

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>	1	1	1	3
<i>de 50.001 € à 75.000 €</i>		2	2	4
<i>de 75.001 € à 100.000 €</i>	4	2	4	
<i>de 100.001 € à 150.000 €</i>			5	
<i>de 150.001 € à 200.000 €</i>	5	6	6	
<i>de 200.001 € à 300.000 €</i>				
<i>de 300.001 € à 600.000 €</i>	6	7	7	
<i>de 600.001 € à 1.000.000 €</i>				
<i>au-delà de 1.000.000 €</i>				

3 - ATTESTATION MÉDICALE

QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Uniquement en cas de réponse positive à l'une des questions du questionnaire simplifié de santé senior

Nom et prénom de la personne à assurer Date de naissance

QUELLES QUE SOIENT LES RÉPONSES DONNÉES DANS CE QUESTIONNAIRE, VOUS ÊTES INVITÉ À LE TRANSMETTRE SOUS ENVELOPPE CONFIDENTIELLE CI-JOINTE À L'ATTENTION DU MÉDECIN CONSEIL DE CARDIF.

1	Nature exacte de(s) l'affection(s) déclarée(s)	
2	Date d'apparition	
3	Date, durée et nature exacte du traitement mis en oeuvre	
4	Nature exacte de la ou des interventions chirurgicales éventuellement réalisées et dates Veuillez joindre les comptes rendus opératoires et histologiques s'il y a lieu.	
5	Résultats des derniers bilans de contrôle (métaboliques, sanguins, urinaires, ECG, endoscopies, imageries...)	
6	Traitement actuel, nature et doses	
7	Etat actuel et pronostic	
8	Facteurs de risque associés	
9	Taille – Poids – Tension artérielle	

Rédigé sur sa demande et remis en mains propres à l'intéressé(e) pour servir et faire valoir ce que de droit.

Fait à le

Cachet et signature du médecin

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
jusqu'à 50.000 €			1	3
de 50.001 € à 75.000 €	1	1		
de 75.001 € à 100.000 €		2	2	4
de 100.001 € à 150.000 €			4	
de 150.001 € à 200.000 €		4		5
de 200.001 € à 300.000 €				
de 300.001 € à 600.000 €		5		6
de 600.001 € à 1.000.000 €		6		
au-delà de 1.000.000 €			7	

3 - QUESTIONNAIRE SIMPLIFIÉ DE SANTÉ SENIOR

Nom et prénom de la personne à assurer Date de naissance

QUELLES QUE SOIENT LES RÉPONSES DONNÉES DANS CE QUESTIONNAIRE, VOUS ÊTES INVITÉ À LE TRANSMETTRE SOUS ENVELOPPE CONFIDENTIELLE CI-JOINTE À L'ATTENTION DU MÉDECIN CONSEIL DE CARDIF.

		NON	OUI	En cas de réponse positive donner les précisions demandées
1	Indiquez : votre taille : cm votre poids : kg votre tension artérielle habituelle :/.....			
2	Êtes-vous actuellement ou avez-vous été, au cours des 5 dernières années, sous traitement, surveillance ou contrôle médical régulier (hors médecine du travail) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, pour quels motifs ? Lesquels (médicaments prescrits, doses) ? Depuis quand ?
3	Êtes-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie chronique*, récidivante, de séquelles d'accident, d'une affection ou d'une infirmité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, laquelle ? A quelle date ? Séquelles ?
4	Avez-vous été ou devez-vous être hospitalisé pour subir une intervention chirurgicale**, un bilan médical ou autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, pour quels motifs ? A quelle date ?
5	Avez-vous subi, au cours des 5 dernières années, des examens médicaux*** dont les résultats se soient révélés anormaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquels ? Pour quels motifs ? A quelle date ?
6	Devez-vous, dans les mois à venir, subir des examens médicaux*** ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquels ? Pour quels motifs ? Date prévue ?
7	Bénéficiez-vous de l'exonération du ticket modérateur (dans le cadre de la prise en charge d'une longue maladie) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, pour quels motifs ? Depuis quand ?
8	Etes-vous fumeur ? Consommez-vous des boissons alcoolisées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, quantité journalière ? Si non, date et motif éventuels d'arrêt ? Si oui, quantité journalière ?
9	Résidez-vous ou êtes-vous amené à voyager, à titre professionnel ou dans un but humanitaire, en dehors des pays de l'Union Européenne, de la Suisse, des États-Unis, du Japon, du Canada, de la Norvège, de l'Islande, de l'Australie et de la Nouvelle Zélande ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, quel(s) pays ?
10	Etes-vous titulaire d'autres contrats d'assurance décès (autre que couverture collective d'entreprise ou d'épargne) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auprès de quelle(s) compagnie(s) ? Date(s) ? Total des capitaux assurés : € Conditions d'assurances (surprime, exclusion...)

* exemples d'affections, de maladies chroniques ou récidivantes : affections endocriniennes (thyroïdiennes par exemple), métaboliques (diabète, cholestérol, goutte...), génito-urinaires (prostatite...), cardio-vasculaires, ostéo-articulaires, digestives, respiratoires, de la vue, du système nerveux, troubles neuro-psychiques, hypertension artérielle, diabète, hépatite, séropositivité, cancer, affection tumorale, maladies du sang...

** autre que les interventions chirurgicales pour les causes suivantes : appendicite, hernies de la paroi abdominale guéries, hémorroïdes, amygdalites, végétations, déviation de la cloison nasale, vésicule biliaire, varices.

*** électrocardiogramme de repos ou d'effort, mammographie, coloscopie, fibroscopie, coelioscopie, biopsie, bilan sanguin, bilan urinaire, radiographie, scintigraphie, scanner, IRM, test de dépistage...

Si vous avez répondu oui à l'une ou l'autre de ces questions ou que la différence "taille en cm - poids en kilos" n'est pas comprise entre 85 et 115, vous devez adresser les pièces médicales utiles à l'étude de votre demande d'adhésion réalisée par le Médecin Conseil de CARDIF (derniers bilans réalisés dans le cadre du suivi d'une affection, comptes-rendus opératoire et histologique des interventions éventuellement subies...) et l'attestation médicale figurant au verso du présent questionnaire, complétée par votre médecin traitant.

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'Assuré déclare avoir répondu à toutes les questions de façon complète et sincère. CARDIF Assurance Vie se réserve le droit de vous demander des justificatifs complémentaires. **L'Assuré certifie que les renseignements fournis sont à sa connaissance exacts et prend acte qu'une réticence ou fausse déclaration intentionnelle de sa part entraîne la nullité du contrat d'assurance conformément à l'article L113-8 du Code des assurances.** L'Adhérent et l'(les)Assuré(s) autorise(nt) expressément CARDIF Assurance Vie à utiliser les informations recueillies dans le cadre de la relation d'assurance pour les seules nécessités de la gestion interne de CARDIF Assurance Vie, ses propres mandataires, courtiers et réassureurs, et pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires et notamment dans le strict respect du secret médical. Elles sont obligatoires pour adhérer à la convention d'assurance collective puis l'exécuter. Ces informations pourront être communiquées aux prestataires de CARDIF Assurance Vie pour l'exécution de travaux effectués pour son compte. Elles pourront donner lieu à l'exercice du droit d'accès et de rectification dans les conditions prévues par la législation protégeant les personnes physiques à l'égard des traitements de données personnelles par l'intermédiaire des services les ayant recueillies, en vous adressant par courrier à CARDIF Assurance Vie au service Réclamations 4 rue des Frères Caudron 92858 Rueil Malmaison Cedex.

Fait à le

Signature de la personne à assurer

précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé"