













Formalités médicales

Quelles formalités médicales ?

Pour toute adhésion, CARDIF prend en charge l'intégralité des frais médicaux occasionnés par ces examens, lorsqu'ils sont effectués dans un centre agréé. Pour déterminer les formalités médicales à effectuer, la totalité des capitaux assurés par CARDIF doit être prise en compte.

CUMUL DES CAPITAUX ASSURÉS PAR CARDIF	Âge de l'assuré à l'adhésion			
	De 18 ans à 45 ans	De 46 ans à 55 ans	De 56 ans à 65 ans	À partir de 66 ans
jusqu'à 150 000 €	1		2	
de 150 001 € à 200 000 €		2		3
de 200 001 € à 250 000 €	1			
de 250 001 € à 500 000 €		4		7
de 500 001 € à 1 000 000 €	5	7		8
de 1 000 001 € à 2 000 000 €	6			
de 2 000 001 € à 3 500 000 €		9	10	11
au-delà de 3 500 000 €			11	

	1	Déclaration d'état de santé (le cas échéant le questionnaire de santé)
	2	Rapport médical
	3	Rapport médical + Examen cardiologique 1
	4	Rapport médical + Profil Sanguin 1
	5	Rapport médical + Profil sanguin 2
	6	Rapport médical + Profil sanguin 2 + Analyse d'urine + Dosage de la cotinine urinaire pour bénéficier de la tarification non-fumeur
	7	Rapport médical + Profil sanguin 2 + Analyse d'urine + Examen cardiologique 1
	8	Formalités 7 + Examen cardiologique 2
	9	Formalités 8 + Dosage de la cotinine urinaire pour bénéficier de la tarification non-fumeur
	10	Formalités 9 + Dosage des PSA pour les hommes
	11	Formalités 10 + Echocardiographie cardiaque et son compte-rendu détaillé + Radiographie du thorax + Mammographie bilatérale avec compte-rendu pour les femmes à partir de 45 ans

 Au-delà de 1 500 000 euros, ne pas oublier de joindre les questionnaires financiers spécifiques.

- **Profil sanguin 1** : Glycémie, triglycérides, créatinine, transaminases ASAT et ALAT, Gamma GT et cholestérol (cholestérol total et fraction HDL), Sérologie HIV (HIV 1, HIV 2) par immunoenzymologie (2 réactifs).
- **Profil sanguin 2** : Profil sanguin 1 + hémogramme (hémoglobine, hémocrite, numération globulaire, formule leucocytaire, numération des plaquettes), dosage de la CRP, sérologie de l'hépatite B (Ag Hbs, Ac Hbc et Hbs), sérologie de l'hépatite C (de type ELISA).
- **Examen Cardiologique 1** : Electrocardiogramme de repos avec compte-rendu et rapport cardiovasculaire.
- **Examen Cardiologique 2** : Electrocardiogramme de repos avec compte-rendu + Electrocardiogramme d'effort datant de moins de 6 mois et rapport cardiovasculaire. Si l'examen n'a jamais été réalisé, la personne à assurer devra prendre contact avec un cardiologue pour prescription de l'examen, le faire pratiquer, sauf contre-indication, et nous en adresser le compte-rendu et les tracés (ergométrie avec fréquence maximale atteinte).
- **Dosage des PSA pour les hommes à partir de 56 ans** : Antigène Spécifique de la Prostate et rapport PSA libre / PSA total.
- **Analyse d'urine** : Leucocytes, hématies, sucre, albumine avec examen cyto bactériologique (y compris numération des germes).

Ces examens médicaux doivent être datés de moins de six mois pour être pris en compte.

Comment accomplir vos formalités médicales ?

Généralités

Vous êtes invité à transmettre les formalités médicales sous enveloppe confidentielle à l'adresse suivante :

À l'attention du Médecin Conseil de CARDIF
CARDIF GARANTIE EMPRUNTEUR (EQ3.C)
4, rue des Frères Caudron - 92858 Rueil-Malmaison Cedex

Si vous demandez à être couvert dans le cadre de "l'Enveloppe d'Assurance", pour vos emprunts professionnels, vous effectuez vos formalités médicales en fonction du montant de l'enveloppe que vous demandez. Pendant les 2 années qui suivent l'accomplissement de ces formalités, vous pouvez demander à adhérer à Cardif Garantie Emprunteur en vue de garantir vos crédits. Sous réserve d'un état de santé inchangé et de ne pas dépasser le montant de l'enveloppe qui vous a été accordée, la couverture vous est acquise sans renouvellement des formalités médicales.

Pour utiliser votre enveloppe, vous devez remplir une Déclaration d'Etat de Santé Inchangée et une Demande d'Adhésion en prenant soin de cocher la case « Demande de couverture dans le cadre d'une Enveloppe d'Assurance ».

Pour augmenter le montant de votre enveloppe, rapprochez-vous de votre conseiller afin de remplir une nouvelle demande d'enveloppe et accomplir les formalités médicales en adéquation avec ce nouveau montant.

Formalités 2 à 11

Pour faciliter les démarches de formalités médicales et vous éviter toute avance de fonds, nous vous invitons à effectuer l'ensemble des examens dans un centre agréé par CARDIF. Dans ce cas l'intégralité des frais engagés sera prise en charge par CARDIF. Pour connaître le numéro du ou des centres médicaux les plus proches de votre domicile, appelez le numéro de téléphone azur :

0 810 060 080 (*prix d'un appel local*)

Si vous le désirez, vous pouvez aussi accomplir ces examens auprès du médecin ou du laboratoire de votre choix. Dans ce cas, après avoir accompli ces examens, il ne vous reste plus qu'à envoyer les résultats, sous pli confidentiel, accompagnés des relevés de frais et honoraires, au Médecin Conseil de CARDIF. Les frais médicaux engagés par l'Assuré seront remboursés par CARDIF dans la limite de 60 € en cas d'adhésion ou en cas de refus de l'Assureur. Sur simple demande, tout remboursement complémentaire sera étudié.

Important

Lors de votre rendez-vous au centre médical, nous vous invitons à vous présenter à jeun, muni(e) des documents suivants :

- une pièce d'identité,
- l'imprimé "Rapport Médical confidentiel CARDIF" et le cas échéant le "Rapport Cardiovasculaire", qui se trouvent dans le Dossier d'adhésion, et qui seront remplis par le médecin que vous rencontrerez,
- le présent document précisant les examens à effectuer.

Déclaration spéciale non-fumeur

1^{er} Assuré

Nom et prénom de la personne à assurer _____

Date de naissance _____

2^{ème} Assuré

Nom et prénom de la personne à assurer _____

Date de naissance _____

Je déclare sur l'honneur ne pas avoir fumé même à titre occasionnel, au cours des 24 derniers mois et qu'en cas d'arrêt de tabac antérieur à 24 mois, cet arrêt n'a pas été motivé par la demande expresse du corps médical.

Je certifie que les renseignements fournis sont exacts et prends acte qu'une réticence ou fausse déclaration intentionnelle de ma 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 Informatique et Libertés 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. Les Assurés peuvent exercer leur droit d'accès et de rectification en s'adressant à CARDIF Assurance Vie - Service Relation Clients France - SH 944 - Prévoyance - 8, rue du Port - 92728 Nanterre Cedex, en joignant à leur demande la copie d'un justificatif d'identité comportant leur signature.

Fait à _____ Le _____

Signature de l'Adhérent/1^{er} Assuré
(précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé")

Signature du 2^{ème} Assuré
(précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé")

Important

Pour bénéficier de la tarification non-fumeur, l'Assuré se situant dans les cases 6, 9, 10 ou 11 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



Déclaration d'état de santé

1^{er} Assuré

Nom et prénom de la personne à assurer _____

Date de naissance _____

Taille _____ cm Poids _____ kg

- Oui, j'ai pris connaissance et je suis satisfait aux déclarations ci-dessous.
- Non, je ne suis pas satisfait aux déclarations ci-dessous et je m'engage à remplir le Questionnaire de santé.

2^{ème} Assuré

Nom et prénom de la personne à assurer _____

Date de naissance _____

Taille _____ cm Poids _____ kg

- Oui, j'ai pris connaissance et je suis satisfait aux déclarations ci-dessous.
- Non, je ne suis pas satisfait aux déclarations ci-dessous et je m'engage à remplir le Questionnaire de santé.

Je déclare :

- Au cours des 5 dernières années, ne pas avoir été en arrêt partiel ou total de travail ou ne pas avoir dû interrompre mes activités professionnelles ou non professionnelles pour raison médicale, pendant plus de trois semaines consécutives.
- 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 (hormis les arrêts de travail liés à la maternité).
- 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 et les traitements contraceptifs), 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 avoir perdu plus de 10 kilos au cours des 12 derniers mois.
- Ne pas devoir, à ma connaissance, être hospitalisé, subir une intervention chirurgicale*, un examen médical spécialisé ou un traitement médical.
- Ne pas cumuler des couvertures individuelles d'assurance décès (autres que couverture collective d'entreprise, assurance vie épargne, assurance de prêt consommation) dont l'encours assuré est supérieur à 250 000 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.

- Etes-vous 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 Etats-Unis, du Canada, du Japon, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande ?

1^{er} Assuré

Oui Non

Si oui, où ? _____

Quand ? _____

2^{ème} Assuré

Oui Non

Si oui, où ? _____

Quand ? _____

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.

Je certifie que les renseignements fournis sont à ma connaissance exacts et je prends acte qu'une réticence ou fausse déclaration intentionnelle de ma 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 Informatique et Libertés 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. Les Assurés peuvent exercer leur droit d'accès et de rectification en s'adressant à CARDIF Assurance Vie - Service Relation Clients France - SH 944 - Prévoyance - 8, rue du Port - 92728 Nanterre Cedex, en joignant à leur demande la copie d'un justificatif d'identité comportant leur signature.

Fait à _____

Le _____

Signature de l'Adhérent/1^{er} Assuré
(précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé")

Signature du 2^{ème} Assuré
(précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé")



Déclaration d'état de santé

1^{er} Assuré

Nom et prénom de la personne à assurer _____

Date de naissance _____

Taille _____ cm Poids _____ kg

2^{ème} Assuré

Nom et prénom de la personne à assurer _____

Date de naissance _____

Taille _____ cm Poids _____ kg

Oui, j'ai pris connaissance et je suis satisfait aux déclarations ci-dessous.

Non, je ne suis pas satisfait aux déclarations ci-dessous et je m'engage à remplir le Questionnaire de santé.

Oui, j'ai pris connaissance et je suis satisfait aux déclarations ci-dessous.

Non, je ne suis pas satisfait aux déclarations ci-dessous et je m'engage à remplir le Questionnaire de santé.

Je déclare :

- Au cours des 5 dernières années, ne pas avoir été en arrêt partiel ou total de travail ou ne pas avoir dû interrompre mes activités professionnelles ou non professionnelles pour raison médicale, pendant plus de trois semaines consécutives.
- 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 (hormis les arrêts de travail liés à la maternité).
- 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 et les traitements contraceptifs), 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 avoir perdu plus de 10 kilos au cours des 12 derniers mois.
- Ne pas devoir, à ma connaissance, être hospitalisé, subir une intervention chirurgicale*, un examen médical spécialisé ou un traitement médical.
- Ne pas cumuler des couvertures individuelles d'assurance décès (autres que couverture collective d'entreprise, assurance vie épargne, assurance de prêt consommation) dont l'encours assuré est supérieur à 250 000 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.

- Etes-vous 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 Etats-Unis, du Canada, du Japon, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande ?

1^{er} Assuré

Oui Non

Si oui, où ? _____

Quand ? _____

2^{ème} Assuré

Oui Non

Si oui, où ? _____

Quand ? _____

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.

Je certifie que les renseignements fournis sont à ma connaissance exacts et je prends acte qu'une réticence ou fausse déclaration intentionnelle de ma 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 Informatique et Libertés 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. Les Assurés peuvent exercer leur droit d'accès et de rectification en s'adressant à CARDIF Assurance Vie - Service Relations Clientèle SH 855 - Gestion Prévoyance - 4, rue des Frères Caudron 92858 Rueil-Malmaison Cedex, en joignant à leur demande la copie d'un justificatif d'identité comportant leur signature.

Fait à _____

Le _____

Signature de l'Adhèrent/1^{er} Assuré
(précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé")

Signature du 2^{ème} Assuré
(précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé")



		NON	OUI	En cas de réponse positive donner les précisions demandées
5*	Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement médical régulier pendant plus de trois semaines consécutives ? Étes-vous ou avez-vous été sous surveillance médicale régulière (hors médecine du travail et du suivi systématique de grossesse) ? Suivez-vous ou avez-vous subi durant les dix dernières années un traitement par radiation, cobalt, chimiothérapie ou une transfusion sanguine ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	En cas de réponse positive, préciser pourquoi, quand, la durée, la date de guérison, les séquelles ou tout autre commentaire _____ _____ _____ _____
6	Avez-vous été hospitalisé durant les dix dernières années (autre que pour une cause liée à la maternité) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ? _____ Quand ? _____ Durée ? _____
7	Avez-vous, durant les dix dernières années subi une intervention chirurgicale (autre que les interventions chirurgicales pour les causes suivantes : appendicite, hernies de la paroi abdominale guéries, hémorroïdes, amygdalites, végétations, déviation de la cloison nasale, césarienne, vésicule biliaire, varices, dents de sagesse, IVG) ? Devez vous, à votre connaissance, dans les prochains mois : - être hospitalisé et/ou subir une intervention chirurgicale (autre que les interventions mentionnées ci-dessus) ? - subir un examen médical spécialisé ? - suivre un traitement médical ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pourquoi ? _____ Quand ? _____ _____ _____ Pourquoi ? _____ Quand ? _____ Pourquoi ? _____ Quand ? _____ Pourquoi ? _____ Quand ? _____ <i>Joindre les comptes-rendus opératoires et histologiques le cas échéant</i>
8	Avez-vous été accidenté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, à quelle date, circonstances et séquelles éventuelles _____ _____ _____
9	Vous a-t-on fait, au cours des 5 dernières années un électrocardiogramme, une radiographie du thorax, une analyse de sang, une analyse d'urines ? Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies VHB, VHC, VIH dont le résultat se serait révélé positif ? Avez-vous été soumis à d'autres investigations (par exemple : électro-encéphalogramme, scanner, IRM, scintigraphie, artériographie, mammographie, coloscopie, fibroscopie, ou autres) ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si oui, nature des examens, pourquoi, date, résultats _____ _____ Le(s)quel(s) ? _____ Date(s) ? _____ Quand ? _____ Pourquoi ? _____ <i>Joindre les comptes-rendus le cas échéant</i>
10	Étes-vous fumeur ? Consommez-vous des boissons alcoolisées ? Au cours des 12 derniers mois, avez-vous perdu plus de 10 kilos ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si oui, quantité journalière ? _____ Si non, date et motif éventuel d'arrêt ? _____ _____ Si oui, quantité journalière ? _____ Si oui, pourquoi ? _____
11	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 ? _____
12	Étes-vous titulaire d'autres contrats d'assurance décès (autre que couverture collective d'entreprise ou d'épargne) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Après de quelle(s) compagnie(s) ? _____ Date(s) ? _____ Total des capitaux assurés : _____ €

* En cas de réponse positive aux questions 4 ou 5, veuillez faire remplir par votre médecin traitant le rapport médical

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 L. 113-8 du Code des assurances.

Conformément aux dispositions de l'article Informatique et Libertés 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'Assuré peut exercer son droit d'accès et de rectification en s'adressant à CARDIF Assurance Vie - Service Relation Clients France - SH 944 - Prévoyance - 8, rue du Port - 92728 Nanterre Cedex, en joignant à sa demande la copie d'un justificatif d'identité comportant sa signature.

Fait à _____ Le _____

Signature de la personne à assurer
(précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé")



CARDIF

Rapport médical confidentiel

Avis du médecin Conseil de CARDIF

Établi par le Docteur _____
à _____

Référence du dossier _____

I - DÉCLARATIONS DE LA PERSONNE À ASSURER

(LE MÉDECIN DOIT INSCRIRE LUI-MÊME LES RÉPONSES)

Nom et prénom (suivi s'il y a lieu du nom d'époux) : _____ Sexe : M F

Date de naissance et nationalité : _____ Adresse : _____

Situation de famille : _____ Profession : Actuelle : _____ Antérieure : _____

Sports pratiqués régulièrement : _____

Avez-vous séjourné ou résidé à l'étranger à titre professionnel ou dans un but humanitaire (sauf dans les pays de l'Union Européenne, Suisse, Norvège, Islande, États-Unis, Canada, Japon, Australie, Nouvelle Zélande) ou envisagez-vous de le faire au cours des 12 prochains mois : Si oui, où : _____

Quand ? _____

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

Commentaires

1	Consommez-vous des boissons alcoolisées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vin <input type="checkbox"/>	bière <input type="checkbox"/>	apéritif <input type="checkbox"/>	alcool <input type="checkbox"/>
	Quantité par jour ?			_____ cl	_____ cl	_____ cl	_____ cl
	Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cigarettes <input type="checkbox"/>	cigares <input type="checkbox"/>	pipes <input type="checkbox"/>	
	Combien par jour ?			_____	_____	_____	
	Taille _____ cm						Tension artérielle habituelle _____ / _____
	Poids _____ kg						

2	Avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants :			Quand ?	Combien de temps ?	Évolutions ?	Séquelles ?
	• tuberculose, paludisme, amibiase, maladies sexuellement transmissibles, infection conséquence d'une immuno-déficience acquise (SIDA) ou toute autre maladie infectieuse ou parasitaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
	• diabète, hypercholestérolémie, goutte, affection de la thyroïde (goitre) ou toute autre atteinte du système endocrinien ou du métabolisme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
	• anémie, anomalie de la coagulation, leucémie ou toute autre maladie du sang ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
	• dépression, stress, anxiété, surmenage, névrose, tentative de suicide, psychose, schizophrénie, anorexie mentale, boulimie ou toute autre atteinte psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
	• paralysie, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire, épilepsie, sclérose en plaques ou toute autre maladie du système nerveux ou des muscles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
	• surdité, troubles de la vue ou toute autre maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ou de l'oeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
	• malformation ou souffle cardiaque, douleurs thoraciques, palpitations, artérite, varices, hypertension artérielle, maladie coronarienne, infarctus du myocarde, troubles du rythme ou toute autre maladie de l'appareil cardio-vasculaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
	• bronchite chronique, asthme, emphysème ou toute autre maladie de l'appareil respiratoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
	• hémorragie digestive, affections de l'oesophage, de l'estomac, de l'intestin, du côlon, du rectum, du foie (hépatite, cirrhose), de la vésicule ou des voies biliaires, du pancréas, hernie ou toute autre maladie de l'appareil digestif ou atteinte de l'abdomen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
	• albuminurie, affections des reins, des voies urinaires (coliques néphrétiques, cystite), des organes génitaux ou toute autre maladie de l'appareil urogénital ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
	• psoriasis, kyste ou toute autre maladie de la peau ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
	• ostéoporose, lumbago, hernie discale, sciatique, arthrose, douleurs dorsales ou toute autre maladie des os ou des articulations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
	• toute autre maladie ou infirmité non citée plus haut ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____



NON OUI

Commentaires

Quand ? Combien de temps ? Évolutions ? Séquelles ?

3 Avez-vous subi un traitement par substances radioactives, une chimiothérapie ou une transfusion sanguine ?
Avez-vous été accidenté ?
En cas de traumatisme crânien, indiquer s'il y a eu coma ou perte de connaissance et sa durée.
Avez-vous été opéré ?

input type="checkbox"/>

input type="checkbox"/>

input type="checkbox"/>

input type="checkbox"/>

input type="checkbox"/>

input type="checkbox"/>

4 Pour les personnes de sexe féminin :
Grossesses antérieures ?

input type="checkbox"/>

input type="checkbox"/>

Etes-vous enceinte ?

input type="checkbox"/>

input type="checkbox"/>

Prenez-vous une contraception orale ?

input type="checkbox"/>

input type="checkbox"/>

5 Suivez-vous un traitement ?

input type="checkbox"/>

input type="checkbox"/>

Recevez-vous des soins médicaux ?

input type="checkbox"/>

input type="checkbox"/>

Avez-vous été, au cours des 10 dernières années, traité pendant plus de 3 semaines ?

input type="checkbox"/>

input type="checkbox"/>

Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ?

input type="checkbox"/>

input type="checkbox"/>

Devez-vous être hospitalisé prochainement ou subir une intervention chirurgicale ?

input type="checkbox"/>

input type="checkbox"/>

6 Avez-vous subi, au cours des 5 dernières années, un électrocardiogramme, une radiographie du thorax, une analyse du sang, une analyse des urines ?

input type="checkbox"/>

input type="checkbox"/>

Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies VHB, VHC (hépatites), VIH dont le résultat se serait révélé positif ?

input type="checkbox"/>

input type="checkbox"/>

Avez-vous été soumis à d'autres investigations (par exemple électro-encéphalogramme, scanner, scintigraphie, artériographie, autres) ?

input type="checkbox"/>

input type="checkbox"/>

7 Vous trouvez-vous en état d'incapacité de travail ?

input type="checkbox"/>

input type="checkbox"/>

Avez-vous eu un arrêt de travail de plus de 3 semaines au cours des 10 dernières années ?

input type="checkbox"/>

input type="checkbox"/>

Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié d'un taux d'invalidité ?

input type="checkbox"/>

input type="checkbox"/>

8 Êtes-vous actuellement titulaire d'assurances de personnes ?

input type="checkbox"/>

input type="checkbox"/>

Montant des garanties (décès, incapacité de travail, invalidité) ? (si besoin, merci de joindre un document descriptif daté et signé par la personne à assurer)

Conditions d'acceptation (tarif normal, motif en cas de refus, ajournement, restriction, surprime) ?

input type="checkbox"/>

input type="checkbox"/>

Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre état de santé ?

input type="checkbox"/>

input type="checkbox"/>

Quel est votre médecin habituel (adresse) ?

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.

Je reconnais l'exactitude des renseignements donnés. Mon attention a été attirée sur le fait que l'assurance serait nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle (Art. L113-8 du Code des assurances). Conformément aux dispositions de l'article Informatique et Libertés 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. Vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification en vous adressant à CARDIF Assurance Vie - Service Relation Clients France - SH 944 - Prévoyance - 8, rue du Port - 92728 Nanterre Cedex, en joignant à votre demande la copie d'un justificatif d'identité comportant votre signature.

A _____, Le _____ 20____

Pour attestation de l'exacte transcription de l'anamnèse, Signature et cachet du médecin examinateur

Signature de la personne à assurer

Signature box

Signature and stamp box



II - EXAMEN MÉDICAL

LE MÉDECIN EST PRIÉ DE RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ET DE COMMENTER LES ÉVENTUELS ÉTATS PATHOLOGIQUES OU ANORMAUX

		NON	OUI	
9	Avez-vous déjà soigné la personne à assurer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand ? _____ pourquoi ? _____
10	CONSTITUTION Taille Poids Périmètre du thorax Circonférence de l'abdomen			_____ cm (résultat de la mensuration) _____ kg (résultat de la pesée) _____ cm en inspiration _____ cm en expiration _____ cm
11	GÉNÉRALITÉS Existe-t-il des anomalies congénitales et de la croissance ? Y a-t-il des difformités ou des malformations (thorax, colonne vertébrale, membres, autres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquelles ? _____ _____
12	HABITUDES Les occupations ou les habitudes de la personne à assurer peuvent-elles nuire à sa santé ? Y a-t-il des signes suggérant une consommation d'alcool excessive, des indices d'abus de tabac, de médicaments ou d'usage de stupéfiants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquelles ? _____ _____
13	SYSTÈME ENDOCRINIEN ET MÉTABOLISME Votre examen met-il en évidence une anomalie ? Taux de cholestérol*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? _____ Total _____ g/l HDL _____ g/l
14	PSYCHIATRIE Y a-t-il des troubles du comportement ou des signes pouvant évoquer une affection psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquels ? _____ _____
15	SYSTÈME NERVEUX ET MUSCLES Constatez-vous une symptomatologie évocatrice d'une atteinte du système nerveux ou d'une myopathie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? _____ _____
16	ORGANES DES SENS Y a-t-il une affection de l'appareil auditif ? Y a-t-il une baisse de l'acuité auditive ? Y a-t-il une affection des yeux ? Nécessite-t-elle une correction ? La langue, le pharynx et les amygdales ont-ils un aspect pathologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? _____ D. <input type="checkbox"/> G. <input type="checkbox"/>
17	APPAREIL CARDIOVASCULAIRE Y a-t-il des troubles du rythme ? Les bruits du coeur sont-ils anormaux (dédoublément, roulement, autres) ? Entendez-vous un souffle cardiaque ? Le souffle est-il organique ? Existe-t-il une anomalie du pouls radial, carotidien, fémoral, tibial, postérieur ou pédieux ? Troubles du système veineux, oedème, troubles trophiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	degré ? _____ D : _____ G : _____ laquelle ? _____ acuité avant correction ? OD _____ OG _____ acuité après correction ? OD _____ avec _____ dioptries acuité après correction ? OG _____ avec _____ dioptries
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lequel ? _____
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquels ? _____
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	intensité ? _____
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	systolique <input type="checkbox"/> où ? _____ intensité ? _____ diastolique <input type="checkbox"/> où ? _____ intensité ? _____
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diagnostic ? _____ siège ? _____
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	droit <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> cause ? _____ importance ? _____
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquels ? _____ importance ? _____ _____
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	systolique _____ diastolique _____ si oui, depuis quand ? _____ _____/mn
				résultat ? _____
				systolique _____ diastolique _____ diastolique _____/mn
	TENSION ARTÉRIELLE Est-elle ou a-t-elle été traitée ? Fréquence du pouls : - Si fréquence inférieure à 60, veuillez effectuer une prise du pouls à l'effort. - Si les chiffres tensionnels sont supérieurs à 15/9 ou la fréquence du pouls supérieure à 90, veuillez effectuer un contrôle en fin d'examen, après repos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Contrôle éventuel :			

* Si connu ou joindre un bilan déjà réalisé



- 18 APPAREIL RESPIRATOIRE**
 Votre examen met-il en évidence une anomalie ?
 Un examen radiologique a-t-il mis en évidence une anomalie ?
- 19 APPAREIL DIGESTIF**
 La palpation de l'abdomen décèle-t-elle une anomalie ?
 Le foie est-il agrandi ?
 La rate est-elle agrandie ?
 Y a-t-il une hernie, une éventration ?
- 20 APPAREIL UROGENITAL**
 Examen de l'urine : albumine
 (bandelette si ECBU non nécessaire) sucre
 sang
 pus
 Y a-t-il des indices d'une affection des organes génitaux ou des seins ?
 Un toucher rectal a-t-il été effectué ?
- 21 PEAU**
 Y a-t-il une affection cutanée ou des phanères ?
- 22 GANGLIONS LYMPHATIQUES**
 Y a-t-il une augmentation de volume des ganglions lymphatiques ?
- 23 OS, ARTICULATIONS ET TISSU CONJONCTIF**
 Votre examen met-il en évidence une anomalie des os, articulations et du tissu conjonctif ?
- 24 CONCLUSION**
 Estimez-vous que le pronostic vital de cette personne est altéré ?
 Faites-vous des réserves sur les risques d'invalidité totale ou partielle ou d'incapacité de travail ?
 Remarques spéciales et suggestions :

NON	OUI	Commentaires
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	si oui, laquelle ? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	si oui, laquelle ? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	de combien de cm ? _____ consistance ? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	palpable ? _____ cause ? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	siège ? _____ bilatérale ? non <input type="checkbox"/> oui. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	autres substances anormales _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dosage éventuel _____ g/l _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dosage éventuel _____ g/l _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A-t-il mis en évidence des anomalies ? non <input type="checkbox"/> oui. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	si oui, lesquelles ? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	siège ? _____ origine ? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Important

CARDIF Assurance Vie invite le médecin à s'abstenir, à l'égard de la personne à assurer ou de l'intermédiaire en assurance, de toute remarque qui pourrait faire préjuger de la décision de l'Assureur.

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.

A _____, Le _____ 20__

Signature du médecin examinateur

Cachet du médecin examinateur

**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.**

8, rue du Port - 92728 Nanterre Cedex



Rapport cardiovasculaire

Examens cardiologiques 1 & 2

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.

Date de l'examen _____

Facteurs de risques et antécédents personnels : _____

Nom et nature des traitements éventuellement suivis : _____

Tension artérielle : _____ / _____ _____ / _____ *contrôle après repos si nécessaire.*

Auscultation cardiaque : _____

Axes artériels TSA : _____

Varices : _____

Electrocardiogramme

Rythme sinusal : _____

Axe de QRS : _____ Fréquence : _____

Durée du QRS : _____ Axe de P : _____

Repolarisation : _____ Durée du PR : _____

Conclusions

Signature et Cachet du Médecin examinateur

