

Nom: \_\_\_\_\_

Nom de naissance (pour les personnes mariées): \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_ Date de naissance | | | | | | | | | |

**Questionnaire à compléter par la personne à assurer.**

En cas d'adhésion par l'intermédiaire d'un organisme quel qu'il soit, vous avez la possibilité de compléter ce questionnaire à votre domicile.

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

Kereis France  
 Contrat CLE  
 3 rue Victor Schoelcher  
 Bât E et F, 44800 SAINT HERBLAIN.

|   |  | Répondre                 |                          | En cas de réponse positive, donner les précisions demandées             |
|---|--|--------------------------|--------------------------|---|
|   |  | OUI                      | NON                      |   |
| <b>1</b>  | Indiquez: votre taille: _____ cm et votre poids: _____ kg<br>(si vous êtes enceinte, merci d'indiquer votre poids avant la grossesse)  |                          |                          |   |
| <b>2</b>  | Au cours des 2 dernières années, avez-vous fumé même à titre occasionnel, ou arrêté de fumer sur demande expresse du corps médical? (Si vous fumez des cigarettes électroniques avec ou sans nicotine, vous devez répondre « oui » à la question).   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Combien par jour? _____<br>Depuis combien de temps? _____               |
| <b>Au cours des 10 dernières années,</b>                  |  |                          |                          |   |
| <b>3</b>  | Avez-vous été <b>hospitalisé</b> pour une <b>intervention chirurgicale</b> , un <b>bilan</b> ou des <b>examens</b> ?<br>(Autre que pour: appendicite, hernies inguinales ou crurales, hémorroïdes, vésicule biliaire, varices, dents de sagesse, orthodontie, végétations, déviation de la cloison nasale, IVG, césarienne, grossesse, accouchement) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pour quel(s) motif(s)? _____<br>Quand? _____<br>Durée? _____            |
| <b>4</b>  | Avez-vous subi un <b>test de dépistage des sérologies</b> portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine (HIV), dont le <b>résultat a mis en évidence une anomalie</b> ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pour quel(s) motif(s)? _____<br>À quelle(s) date(s)? _____              |
| <b>5</b>  | Êtes-vous ou avez-vous été atteint d'une <b>maladie</b> (hors affections saisonnières) et/ou <b>accidenté</b> (ex.: fracture, tendinite, luxation, traumatisme, entorse, autres) nécessitant un traitement de plus de 21 jours (y compris renouvellement d'ordonnance) et/ou un suivi médical?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pour quel(s) motif(s)? _____<br>À quelle(s) date(s)? _____              |
| <b>6</b>  | Avez-vous été en <b>arrêt de travail</b> partiel ou total plus de 21 jours consécutifs sur prescription médicale pour raison de santé (Hors congé légal ou congé pathologique lié à la maternité)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pour quel(s) motif(s)? _____<br>À quelle(s) date(s)? _____              |
| <b>7</b>  | Avez-vous effectué des <b>examens médicaux</b> ou une <b>surveillance médicale</b> qui ont <b>mis en évidence une anomalie</b> ?<br>(ex.: analyse de sang, radiographie, électrocardiogramme, artériographie, coloscopie, fibroscopie, scintigraphie, IRM, mammographie, échographie ou autres)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pour quel(s) motif(s)? _____<br>À quelle(s) date(s)? _____              |
| <b>8</b>  | Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié d'une prise en charge partielle ou totale (inférieure ou égale à 100 %) pour une <b>affection longue durée</b> par un organisme de sécurité sociale, RSI ou équivalent?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pour quel(s) motif(s)? _____<br>À quelle(s) date(s)? _____              |
| <b>En outre, si vous avez choisi l'Option Sérénité +,</b> |  |                          |                          |   |
| <b>9</b>  | Au cours des 10 dernières années, avez-vous été atteint d'une <b>affection psychique</b> ou <b>psychiatrique</b> , d'un <b>trouble anxieux</b> ou <b>dépressif</b> , d'un <b>burn out</b> , de <b>fibromyalgie</b> , d'un <b>syndrome polyalgique idiopathique diffus</b> ou d'un <b>syndrome de fatigue chronique</b> ?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Précisez l'affection ou l'atteinte: _____<br>À quelle(s) date(s)? _____ |

|  |   | Répondre                 |                          | En cas de réponse positive, donner les précisions demandées   |
|--|---|--------------------------|--------------------------|---|
|  |   | OUI                      | NON                      |   |
| <b>10</b>                              | Au cours des 10 dernières années, avez-vous été atteint de la <b>colonne vertébrale cervicale, dorsale, lombaire et/ou sacrée</b> , d'une <b>atteinte para-vertébrale</b> et/ou d'un ou plusieurs <b>disques intervertébraux</b> ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Précisez l'affection ou l'atteinte :<br>_____<br>À quelle(s) date(s) ? _____  |
| <b>À ce jour,</b>                      |   |                          |                          |   |
| <b>11</b>                              | Êtes-vous actuellement en <b>arrêt de travail</b> partiel ou total sur prescription médicale, pour raison de santé?<br>(Hors congé légal ou congé pathologique lié à la maternité)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pour quel(s) motif(s) ? _____<br>Depuis quand ? _____<br>Durée prévue ? _____   |
| <b>12</b>                              | Êtes-vous atteint d'une invalidité, incapacité, de séquelles de maladie ou accident, ou percevez-vous une rente d'invalidité ou l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pour quel(s) motif(s) ? _____<br>Depuis quelle date ? _____<br><b>Joindre une copie de la notification d'invalidité précisant les taux et séquelles</b> |
| <b>Au cours des 12 prochains mois,</b> |   |                          |                          |   |
| <b>13</b>                              | Avez-vous prévu une <b>hospitalisation</b> , une <b>intervention chirurgicale</b> ou un <b>examen médical spécialisé</b> (hors examen de routine ou examen de dépistage organisé), qui sera <b>sanctionné</b> avec ce que vous venez de déclarer dans les questions précédentes ?<br>(Autre que pour : hernies inguinales ou crurales, hémorroïdes, vésicule biliaire, varices, dents, grossesse, orthodontie, végétations, déviation de la cloison nasale, IVG, césarienne, grossesse, accouchement) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pour quel(s) motif(s) ? _____<br>À quelle(s) date(s) ? _____  |

La validité des présentes déclarations est de 360 jours. Si la date de prise d'effet des garanties doit intervenir ultérieurement, CARDIF pourra demander le renouvellement des formalités d'admission.

Les informations recueillies sont nécessaires à l'Assureur pour réaliser et exécuter l'opération d'assurance, ainsi que pour les finalités mentionnées au sein de l'article « Informatique et Libertés » des dispositions contractuelles. Vous pouvez exercer vos différents droits (droit d'accès, de rectification, d'opposition...) en vous adressant au délégué à la protection des données (DPO) de l'Assureur à l'adresse suivante : BNP Paribas CARDIF - DPO - 8, rue du Port, 92728 Nanterre Cedex France, ou data.protection@cardif.com

J'accepte que des données sur mon état de santé soient collectées et traitées par CARDIF et ses éventuels réassureurs, afin de permettre la conclusion de mon contrat et l'exécution de ses garanties, ainsi que pour l'amélioration des processus internes de CARDIF.  
Je suis informé que je peux retirer mon consentement à tout moment. Toutefois, le retrait de mon consentement est susceptible d'empêcher l'exécution des garanties prévues au contrat. Par ailleurs, le retrait de mon consentement ne pourra aboutir ni à la résiliation du contrat, ni à l'effacement des données collectées.

Je déclare avoir répondu à toutes les questions de façon complète et sincère. Je suis informé(e) que toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission, déclaration inexacte peut entraîner l'application des sanctions prévues aux articles L113-8, L113-9 et L132-26 du Code des assurances (nullité, réduction proportionnelle ou résiliation du contrat).

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature de l'Assuré

