

Questionnaire de Santé Simplifié au contrat groupe à adhésion facultative N°0139 FACL & N°0139 FICL

Pour les personnes à assurer de moins de 46 ans et un maximum de 500.000 € par tête assurée

Pour les personnes à assurer de moins de 56 ans et un maximum de 200.000 € par tête assurée

Le questionnaire doit obligatoirement être rempli et signé par l'Assuré. Il doit être répondu sans rature ni surcharge à toutes les questions. Les traits tirés et les mentions RAS ou «Néant» ne constituent pas une réponse. Les conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration, sont celles prévues par le Code des Assurances, article L 113.8 - nullité du contrat - reproduit ci-dessous :

« Indépendamment des causes ordinaires de nullité et sous réserve des dispositions de l'article L 132-26, le contrat est nul en cas de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre »

ASSURÉ(E) Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Sexe : _____

Pratiquez-vous un ou des sports (y compris motorisés et/ou aériens) ? OUI NON Si oui, le(s)quel(s) _____

En compétition ? OUI NON - Souhaitez-vous être garantie(e) pour ce(s) risques(s) ? OUI NON

Rappel : Pour connaître les conditions d'éligibilité, les modalités d'application et les pathologies concernées par les dispositifs du Droit à l'oubli et de la Grille de Référence mis en place dans le cadre de la convention AERAS, reportez-vous au Document d'information AERAS annexé à ce questionnaire. Pour plus d'informations, vous pouvez également consulter le site officiel de la convention AERAS : www.aeras-infos.fr.

EN CAS DE RÉPONSE POSITIVE À AU MOINS UNE DES QUESTIONS CI-DESSOUS VEUILLEZ COMPLÉTER LE FORMULAIRE "QUESTIONNAIRE MÉDICAL"

	OUI / NON	
1 - Êtes-vous ou avez vous été pris en charge à 100% au cours des 15 dernières années pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Au cours des 10 dernières années avez-vous été hospitalisé ou opéré (hormis : ablation de l'appendice, des amygdales, des végétations, de la vésicule biliaire, d'une maternité, d'une césarienne, du traitement d'une hernie inguinale, ombilicale ou hiatale, de varices, d'hémorroïdes, d'une IVG, de chirurgie dentaire ou pour traitement de déviation de la cloison nasale) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Au cours des 5 dernières années, avez-vous effectué un ou plusieurs examens médicaux (notamment analyses de sang, radiographie, scanner, électrocardiogramme) qui se soient révélés anormaux ou qui aient nécessité un traitement ou une surveillance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Êtes-vous actuellement traité ou suivi, ou l'avez-vous été au cours des 10 dernières années pour une durée supérieure à 21 jours continus (hormis pour raison contraceptive ou pour traitement d'une allergie saisonnière bénigne) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Êtes-vous actuellement en incapacité de travail sur prescription médicale, pour raison de santé suite à maladie ou accident ou l'avez-vous été au cours des 5 dernières années pour une durée supérieure à 21 jours continus (hors congé légale ou maternité) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Au cours des 12 prochains mois, devez-vous, à votre connaissance, subir une intervention chirurgicale, ou effectuer des investigations médicales (notamment électrocardiogramme, examens de laboratoire, endoscopie, échographie - sauf suivi normal d'une grossesse - scintigraphie, scanner) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je certifie que les réponses sont sincères et véritables et affirme n'avoir rien dissimulé qui puisse induire en erreur la société d'assurance et risquer de fausser la décision qu'elle doit prendre au sujet de l'assurance proposée. Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 dite «Informatique et libertés» modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, je suis informé(e) que le responsable du traitement des données personnelles est AXA. L'exercice des droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée, s'effectue auprès du Médecin conseil du service médical d'UGIP Assurances Adresse : 73-75 rue Brillat Savarin, 75013 PARIS.

Je reconnais avoir pris connaissance du Document d'information AERAS à destination des personnes souscrivant un contrat d'assurance en relation avec un emprunt entrant dans le cadre de la Convention AERAS, annexé à ce questionnaire.

Fait à _____

Le : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature de la main de la personne à assurer précédée de la mention « Lu et approuvé »

DÉCLARATION SPÉCIALE NON-FUMEUR

Je soussigné(e) déclare ne pas avoir fumé de cigarettes (y compris électronique), cigares ou pipes au cours des 24 derniers mois. Je déclare, également, que je n'ai pas dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical. Cette déclaration fait partie intégrante de mon contrat d'assurance.

Fait à _____

Le : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature de la main de la personne à assurer précédée de la mention « Lu et approuvé »



Exemplaire UGIP - UGIP Association Loi 1901 - Déclaration Préfecture de PARIS N°74-1389 - Services administratifs Adresse : 73-75 rue Brillat Savarin, 75013 PARIS

UGIP Assurances (courtier en assurance) Société par Actions Simplifiées au capital de 130 944 € RCS PARIS N° 398 784 645 - Siret N° 398 784 645 00044 Enregistrée auprès de l'ORIAS sous le N° 07 005 590 (site internet de l'ORIAS www.orias.fr) et soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4, Place de Budapest CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09. Toutes réclamations devront être adressées par voie postale à : UGIP Assurances Service Réclamations - Adresse : 73-75 rue Brillat Savarin, 75013 PARIS.