

### DÉCLARATION À COMPLÉTER ET À SIGNER PAR LA PERSONNE À ASSURER

Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, vous pouvez les transmettre (sous pli cacheté dans l'enveloppe ci-jointe) au Médecin Conseil du service médical de l'UGIP. Cependant si parmi les réponses que vous avez données, au moins l'une d'entre elles concerne une maladie dont vous souffrez actuellement ou avez souffert dans le passé, ou encore les suites d'un accident antérieur, ou se rapporte à un traitement en cours, vous êtes formellement invité à transmettre ce questionnaire (sous pli cacheté dans l'enveloppe ci-jointe) au Médecin Conseil du service médical d'UGIP. Dans ce cas, vous utiliserez l'enveloppe jointe du Médecin conseil d'UGIP.

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** »

**« VOUS AVEZ LE DROIT DE NE PAS RÉPONDRE À CE QUESTIONNAIRE AU SEIN DES LOCAUX DE VOTRE COURTIER OU AGENT. VOUS POUVEZ Y RÉPONDRE SOIT SUR PLACE SOIT À VOTRE DOMICILE »**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Email : .....

■ Quelle est votre profession exacte ? : .....

■ Dans l'exercice de votre profession :

- Faites-vous plus de 15.000 Km par an ? OUI  NON

- Envisagez-vous, de vous déplacer, de séjourner ou de résider, à titre professionnel ou dans un but humanitaire, en dehors des pays de l'Union Européenne, de la Suisse, des Etats-Unis, du Canada et du Japon ? OUI  NON  (Si réponse « Oui » à cette question, veuillez compléter le questionnaire - "Risque de séjour")

- Si Oui, dans quels pays ? : .....

■ Comporte-t-elle l'utilisation ou la manipulation d'engins mécaniques, de produits à risques, d'échafaudages et autres travaux à risques ? OUI  NON

- Si oui, lesquels ? : .....

- Pour quelle part de votre temps ? : ..... %

■ Durant les cinq dernières années, vous êtes vous déplacé à un titre professionnel ou dans un but humanitaire, en dehors des pays de l'Union Européenne, de la Suisse, des Etats-Unis, du Canada et du Japon ?

- Si Oui, où ? : .....

- Quand ? : .....

- Pourquoi ? : .....

■ Faites-vous du sport ? OUI  NON  Si Oui, précisez lesquels (et Compléter le(s) questionnaire(s) correspondant(s)) : .....

■ Avez-vous déjà demandé à souscrire un contrat Assurance-Vie Décès  Incapacité  Invalidité  - OUI  NON

- Si Oui, pour quels montants ? : ..... € et dans quel but ? : .....

■ Avez-vous déjà été refusé ou ajourné ? OUI  NON  Si Oui, précisez le motif : .....

■ Avez-vous été accepté avec surprime ou exclusion ? OUI  NON

- Si Oui, à quelles conditions ? : .....

### 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 »

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.

Par l'intermédiaire de : N°ORIAS ..... Adresse du site internet de l'ORIAS : www.orias.fr

(Cachet du Cabinet)

Fait à : .....

Le : | | | | | | | | | |

Signature de la main de l'assuré précédée de la mention «Lu et Approuvé»

CODE APPOORTEUR N° .....



N°0139 FACL & N°0139 FICL

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ AU CONTRAT GROUPE À ADHÉSION FACULTATIVE UGIP GLOBAL+

Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, vous pouvez les transmettre (sous pli cacheté dans l'enveloppe ci-jointe) au Médecin Conseil du service médical d'UGIP. Cependant si parmi les réponses que vous avez données, au moins l'une d'entre elles concerne une maladie dont vous souffrez actuellement ou avez souffert dans le passé, ou encore les suites d'un accident antérieur, ou se rapporte à un traitement en cours, vous êtes formellement invité à transmettre ce questionnaire (sous pli cacheté dans l'enveloppe ci-jointe) au Médecin Conseil du service médical d'UGIP.

**« VOUS AVEZ LE DROIT DE NE PAS RÉPONDRE À CE QUESTIONNAIRE AU SEIN DES LOCAUX DE VOTRE COURTIER OU AGENT. VOUS POUVEZ Y RÉPONDRE SOIT SUR PLACE SOIT À VOTRE DOMICILE »**

Nom de l'assuré : ..... Prénom : .....  
 VOTRE TAILLE : ..... VOTRE POIDS : ..... VOTRE TENSION ARTÉRIELLE (si connue) : .....

**Cet examen peut être effectué dans une pharmacie**

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](http://www.aeras-infos.fr).

**1** Si vous êtes fumeur (vous avez fumé au cours des deux dernières années, même occasionnellement et y compris des cigarettes électroniques contenant de la nicotine) :  
 Consommation par jour actuelle ? ..... Consommation par jour antérieure ? .....

QUESTIONS		OUI / NON		*SI OUI : DÉTAILLEZ VOS RÉPONSES
<b>2</b>	- Êtes-vous pris(e) en charge à 100 % par la Sécurité Sociale ou un régime assimilé en raison d'une maladie ou d'un accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quels motifs ? ..... Date : ..... Durée : .....
<b>3</b>	- Au cours des 10 dernières années, avez-vous subi des opérations, hospitalisations ou séjourné dans un établissement de soins ou de repos (hormis maternité, césarienne, PMA, appendicectomie, ablation des amygdales et/ou des végétations, ablations de la vésicule biliaire, hernie inguinale, hernie ombilicale, hernie hiatale, varices, hémorroïdes, IVG, chirurgie dentaire, déviation de la cloison nasale) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature : ..... Date(s) : ..... Motif(s) : ..... Durée(s) : .....
<b>4</b>	- Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical (hormis pour raison contraceptive ou pour traitement d'une allergie saisonnière bénigne) de plus de 21 jours au cours des 10 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Noms et doses des médicaments : ..... Durée(s) : .....
<b>5</b>	- Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours au cours des 10 dernières années sur prescription médicale pour raison de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durée(s) : ..... Date(s) : ..... Motif(s) : .....
<b>6</b>	- Au cours des 5 dernières années, avez-vous effectué un ou plusieurs examens médicaux (analyses de sang, radiographies, scanner, IRM, électrocardiogramme, échographie, scintigraphie ou autres examens) qui se soient révélés anormaux et/ou qui aient nécessité un traitement ou une surveillance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature : ..... Date(s) : ..... Motif(s) : ..... Résultat(s) : .....
<b>7</b>	- Avez-vous effectué un test de dépistage, portant sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine, dont le résultat a été positif (présence d'un ou plusieurs virus) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le(s) quel(s) ? ..... Date(s) : ..... Résultat(s) : .....
<b>8</b>	- Suivez-vous actuellement un traitement médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis quelle(s) date(s) ? ..... Pour quel(s) motif(s) ? ..... Noms et doses des médicaments : .....
<b>9</b>	- Êtes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date(s) : ..... Préciser les séquelles : ..... Pour quel(s) motif(s) : .....
<b>10</b>	- Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis quelle(s) date(s) ? ..... Pour quel(s) motif(s) ? ..... A quel(s) taux ? (joindre une copie de la notification de rente) .....
<b>11</b>	- Dans les 12 prochains mois devez-vous à votre connaissance être opéré, hospitalisé, consulter un médecin, faire des examens (scanner, IRM, bilan sanguin, radios, ECG, échographie notamment) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature : ..... Date(s) : ..... Motif(s) : .....
<b>12</b>	- Au cours des 12 derniers mois, avez-vous ?			
	<b>A</b> ) Réalisé un bilan sanguin pour contrôler le taux de vos lipides (Cholestérol, Triglycérides) ou de votre sucre (Glycémie) dans le sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, le(s) quel(s) ? ..... Le résultat était-il dans les normes du laboratoire ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	<b>B</b> ) Réalisé un bilan sanguin pour contrôler pour contrôler votre fonction hépatique (Transaminases, Gamma GT) ou votre fonction rénale (Créatinine) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le résultat était-il dans les normes du laboratoire ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	<b>C</b> ) Consulté un médecin pour un contrôle cardio-vasculaire (ex : Hypertension artérielle, troubles du rythme cardiaque) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif(s) : ..... Résultat(s) : .....
	<b>D</b> ) Consulté un médecin (hormis dans le cadre de la médecine du travail ou du suivi gynécologique systématique) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif(s) : .....

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 »

