













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 €	1		2	3
de 200 001 € à 250 000 €		4		7
de 250 001 € à 500 000 €				
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 1 000 000 €, 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, hématicrite, numération globulaire, formule leucocytaire, numération des plaquettes), dosage de la CRP, sérologie de l'hépatite B (Ag Hbs, Ac Hbs 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 cytot 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
 4, rue des Frères Caudron - 92858 Rueil-Malmaison Cedex

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 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 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 16 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'Adhérent et l'Assuré peuvent exercer leur droit d'accès et de rectification en s'adressant à CARDIF Assurance Vie Service Relations Clientèle - Gestion Prévoyance - 4 rue des Frères Caudron 92858 Rueil-Malmaison Cedex.

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")



		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 ? Etes-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) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 : électroencéphalogramme, 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	Etes-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	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 : _____ €

* 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 L113-8 du Code des assurances.

Conformément aux dispositions de l'article 16 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 Relations Clientèle - Gestion Prévoyance - 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")



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. En outre, je dois informer l'Assureur si je (re)commence à fumer, même occasionnellement, pendant la durée du contrat. A cet égard, l'Assureur se réserve le droit de pratiquer, pendant la durée du contrat, tout contrôle qu'il juge nécessaire.

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 16 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 - Gestion Prévoyance - 4 rue des Frères Caudron 92858 Rueil-Malmaison Cedex.

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

