



### 3 CARACTÉRISTIQUES DE L'ASSURANCE

#### ■ CHOIX DES FORMULES DE GARANTIE

**Formule 1 :** Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie à la suite d'une maladie ou d'un accident <sup>(1)</sup>

**Formule 2 :** Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie à la suite d'un accident <sup>(1)</sup>

**Formule 3 :** Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale et Incapacité Temporaire Totale de travail à la suite d'une maladie ou d'un accident <sup>(2)(3)</sup>

**Formule 4 :** Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle et Incapacité Temporaire Totale de travail à la suite d'une maladie ou d'un accident <sup>(2)(3)</sup>

(1) Si vous êtes âgé(e) de 60 ans ou plus et de moins de 85 ans à la date de signature de la demande d'adhésion, vous ne pourrez vous assurer qu' au titre de la garantie Décès.

(2) Pour pouvoir choisir cette formule, vous devez être âgé de moins de 60 ans à date de signature de la demande d'adhésion

(3) Les formules 3 et 4 ne peuvent être choisies uniquement que si l'Assuré exerce une activité professionnelle rémunérée à la date de signature de la demande d'adhésion.

#### ■ CHOIX DES GARANTIES

##### ■ Montant du capital ou du capital constitutif de la rente mensuelle en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie<sup>(4)</sup>

\_\_\_\_\_ €

Modalités de versement

Capital

Rente

En cas de rente, précisez la durée

5 ans

10 ans

15 ans

##### ■ Montant des indemnités journalières en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail <sup>(5)</sup>

\_\_\_\_\_ € / jour

Durée de la franchise

15 jours

30 jours

60 jours

90 jours

##### ■ Montant de la rente mensuelle d'Invalidité Permanente Totale <sup>(6)(7)</sup>

\_\_\_\_\_ € / mois

(4) Le montant du capital ou du capital constitutif de la rente mensuelle ne peut être inférieur à 15 000 euros.

(5) plafonné à 1/1000<sup>e</sup> du montant du capital décès, dans la limite de 250 € par jour et de 1/30<sup>e</sup> de la limite de prestation telle que définie dans le lexique de la notice.

(6) plafonné à 1/50<sup>e</sup> du montant du capital décès, dans la limite de 7 750 € par mois et de la limite de prestation telle que définie dans le lexique de la notice.

(7) le montant de la rente d'invalidité permanente partielle est fonction du montant de la rente prévue au titre de l'invalidité permanente totale.

Total des capitaux déjà assurés par CARDIF (en dehors de cette demande): \_\_\_\_\_

#### ■ GARANTIES OPTIONNELLES

Option Doublement Décès Accidentel <sup>(9)</sup>

Option Capital Décès Dégressif (réservée aux formules 1 et 2)

Joindre un échéancier

ou à défaut préciser la durée \_\_\_\_\_ ans

et le montant du palier \_\_\_\_\_ €

(9) garanti à hauteur du montant assuré, plafonné à 300 000 €

#### ■ PÉRIODICITÉ DES COTISATIONS D'ASSURANCE

Périodicité des cotisations d'assurance : Mensuelle Trimestrielle Annuelle

Frais de fractionnement des cotisations d'assurance : Mensuel : 4 % - Trimestriel : 3%

### 4 DÉCLARATIONS

L'Adhérent/Assuré est en outre tenu d'informer l'assureur de tout changement de sa situation pouvant entraîner une modification de ses prestations conformément au paragraphe 8.2 de la notice.

Dans tous les cas, l'adhérent/assuré reconnaît avoir reçu, pris connaissance préalablement à la présente demande d'adhésion, et rester en possession de la simulation tarifaire et de la notice. **En outre, il certifie que les renseignements fournis sur la présente demande d'adhésion sont à sa connaissance exacts et prend acte qu'une réticence ou fausse déclaration intentionnelle 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'adhérent/assuré peut exercer son droit d'accès et de rectification en s'adressant à CARDIF Assurance Vie - Service Relations Clientèle - Gestion Prévoyance - 8, rue du Port, 92728 Nanterre Cedex, en joignant à leur demande la copie d'un justificatif d'identité comportant leur signature. L'adhérent peut renoncer au contrat d'assurance dans un délai de 30 jours calendaires révolus conformément au paragraphe 13 de la notice.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent/assuré

\_\_\_\_\_



# Mandat de prélèvement SEPA

Pour permettre à Cardif de procéder aux prélèvements automatiques sur votre compte, veuillez remplir le mandat de prélèvement bancaire ci-dessous et le faire parvenir à Cardif dans les meilleurs délais, **accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB)**.

## Référence unique du Mandat (à remplir par Cardif Assurance Vie)

- En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CARDIF Assurance Vie à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CARDIF Assurance Vie.
- Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.
- Il est rappelé que contester un prélèvement SEPA n'a pas d'incidence sur l'existence de la dette née du contrat.

## Vos coordonnées :

Votre nom

Votre prénom

Votre adresse

Code postal  Ville  Pays

## Coordonnées de votre compte :

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number) :

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code) :

## Coordonnées du créancier :

CARDIF Assurance Vie

I.C.S FR28ZZZ110086 (*Identifiant SEPA de l'entreprise d'assurance*)

8, rue du Port

92728 Nanterre Cedex

Signé à  le       Signature

Type de paiement : Paiement récurrent

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre Banque (*ou prestataire de services de paiement au sens de la directive 2007/64/CE*).

*Pour toute modification, réclamation ou révocation du mandat vous pouvez, en précisant la référence unique du mandat, vous adresser à :*

**CARDIF ASSURANCE VIE**  
**Services Relations Clientèle - 8, rue du Port 92728 Nanterre Cedex - Tél. : 01.41.42.69.12**

*Les engagements réciproques résultant du contrat d'assurance doivent être exécutés de bonne foi. En signant le présent mandat, le débiteur (payeur) consent expressément au paiement de sa prime par mode de prélèvement. Le non-paiement de la prime, même en cas de contestation ou d'annulation du prélèvement a des conséquences sur l'exécution de ces engagements. Toute contestation ou annulation abusive de ce prélèvement est susceptible d'engager la responsabilité du débiteur (payeur) vis-à-vis de l'entreprise d'assurance.*



### 3 CARACTÉRISTIQUES DE L'ASSURANCE

#### ■ CHOIX DES FORMULES DE GARANTIE

**Formule 1 :** Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie à la suite d'une maladie ou d'un accident <sup>(1)</sup>

**Formule 2 :** Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie à la suite d'un accident <sup>(1)</sup>

**Formule 3 :** Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale et Incapacité Temporaire Totale de travail à la suite d'une maladie ou d'un accident <sup>(2)(3)</sup>

**Formule 4 :** Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle et Incapacité Temporaire Totale de travail à la suite d'une maladie ou d'un accident <sup>(2)(3)</sup>

(1) Si vous êtes âgé(e) de 60 ans ou plus et de moins de 85 ans à la date de signature de la demande d'adhésion, vous ne pourrez vous assurer qu' au titre de la garantie Décès.

(2) Pour pouvoir choisir cette formule, vous devez être âgé de moins de 60 ans à date de signature de la demande d'adhésion

(3) Les formules 3 et 4 ne peuvent être choisies uniquement que si l'Assuré exerce une activité professionnelle rémunérée à la date de signature de la demande d'adhésion.

#### ■ CHOIX DES GARANTIES

##### ■ Montant du capital ou du capital constitutif de la rente mensuelle en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie<sup>(4)</sup>

\_\_\_\_\_ €

Modalités de versement

Capital

Rente

En cas de rente, préciser la durée

5 ans

10 ans

15 ans

##### ■ Montant des indemnités journalières en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail <sup>(5)</sup>

\_\_\_\_\_ € / jour

Durée de la franchise

15 jours

30 jours

60 jours

90 jours

##### ■ Montant de la rente mensuelle d'Invalidité Permanente Totale <sup>(6)(7)</sup>

\_\_\_\_\_ € / mois

(4) Le montant du capital ou du capital constitutif de la rente mensuelle ne peut être inférieur à 15 000 euros.

(5) plafonné à 1/1000<sup>e</sup> du montant du capital décès, dans la limite de 250 € par jour et de 1/30<sup>e</sup> de la limite de prestation telle que définie dans le lexique de la notice.

(6) plafonné à 1/50<sup>e</sup> du montant du capital décès, dans la limite de 7 750 € par mois et de la limite de prestation telle que définie dans le lexique de la notice.

(7) le montant de la rente d'invalidité permanente partielle est fonction du montant de la rente prévue au titre de l'invalidité permanente totale.

Total des capitaux déjà assurés par CARDIF (en dehors de cette demande): \_\_\_\_\_

#### ■ GARANTIES OPTIONNELLES

Option Doublement Décès Accidentel <sup>(9)</sup>

Option Capital Décès Dégressif (réservée aux formules 1 et 2)

Joindre un échéancier

ou à défaut préciser la durée \_\_\_\_\_ ans

et le montant du palier \_\_\_\_\_ €

(9) garanti à hauteur du montant assuré, plafonné à 300 000 €

#### ■ PÉRIODICITÉ DES COTISATIONS D'ASSURANCE

Périodicité des cotisations d'assurance : Mensuelle    Trimestrielle    Annuelle

Frais de fractionnement des cotisations d'assurance : Mensuel : 4 % - Trimestriel : 3%

### 4 DÉCLARATIONS

L'Adhérent/Assuré est en outre tenu d'informer l'assureur de tout changement de sa situation pouvant entraîner une modification de ses prestations conformément au paragraphe 8.2 de la notice.

Dans tous les cas, l'adhérent/assuré reconnaît avoir reçu, pris connaissance préalablement à la présente demande d'adhésion, et rester en possession de la simulation tarifaire et de la notice. **En outre, il certifie que les renseignements fournis sur la présente demande d'adhésion sont à sa connaissance exacts et prend acte qu'une réticence ou fausse déclaration intentionnelle 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'adhérent/assuré peut exercer son droit d'accès et de rectification en s'adressant à CARDIF Assurance Vie - Service Relations Clientèle - Gestion Prévoyance - 8, rue du Port, 92728 Nanterre Cedex, en joignant à leur demande la copie d'un justificatif d'identité comportant leur signature. L'adhérent peut renoncer au contrat d'assurance dans un délai de 30 jours calendaires révolus conformément au paragraphe 13 de la notice.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent/assuré

\_\_\_\_\_



# Mandat de prélèvement SEPA

Pour permettre à Cardif de procéder aux prélèvements automatiques sur votre compte, veuillez remplir le mandat de prélèvement bancaire ci-dessous et le faire parvenir à Cardif dans les meilleurs délais, **accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB)**.

## Référence unique du Mandat (à remplir par Cardif Assurance Vie)

- En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CARDIF Assurance Vie à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CARDIF Assurance Vie.
- Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.
- Il est rappelé que contester un prélèvement SEPA n'a pas d'incidence sur l'existence de la dette née du contrat.

## Vos coordonnées :

Votre nom

Votre prénom

Votre adresse

Code postal  Ville  Pays

## Coordonnées de votre compte :

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number) :

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code) :

## Coordonnées du créancier :

CARDIF Assurance Vie  
I.C.S FR28ZZZ110086 (Identifiant SEPA de l'entreprise d'assurance)  
8, rue du Port  
92728 Nanterre Cedex

Signé à  le      Signature

Type de paiement : Paiement récurrent

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre Banque (ou prestataire de services de paiement au sens de la directive 2007/64/CE).

Pour toute modification, réclamation ou révocation du mandat vous pouvez, en précisant la référence unique du mandat, vous adresser à :

**CARDIF ASSURANCE VIE**  
**Services Relations Clientèle - 8, rue du Port 92728 Nanterre Cedex - Tél. : 01.41.42.69.12**

Les engagements réciproques résultant du contrat d'assurance doivent être exécutés de bonne foi. En signant le présent mandat, le débiteur (payeur) consent expressément au paiement de sa prime par mode de prélèvement. Le non-paiement de la prime, même en cas de contestation ou d'annulation du prélèvement a des conséquences sur l'exécution de ces engagements. Toute contestation ou annulation abusive de ce prélèvement est susceptible d'engager la responsabilité du débiteur (payeur) vis-à-vis de l'entreprise d'assurance.



### 3 CARACTÉRISTIQUES DE L'ASSURANCE

#### ■ CHOIX DES FORMULES DE GARANTIE

**Formule 1 :** Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie à la suite d'une maladie ou d'un accident <sup>(1)</sup>

**Formule 2 :** Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie à la suite d'un accident <sup>(1)</sup>

**Formule 3 :** Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale et Incapacité Temporaire Totale de travail à la suite d'une maladie ou d'un accident <sup>(2)(3)</sup>

**Formule 4 :** Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle et Incapacité Temporaire Totale de travail à la suite d'une maladie ou d'un accident <sup>(2)(3)</sup>

(1) Si vous êtes âgé(e) de 60 ans ou plus et de moins de 85 ans à la date de signature de la demande d'adhésion, vous ne pourrez vous assurer qu' au titre de la garantie Décès.

(2) Pour pouvoir choisir cette formule, vous devez être âgé de moins de 60 ans à date de signature de la demande d'adhésion

(3) Les formules 3 et 4 ne peuvent être choisies uniquement que si l'Assuré exerce une activité professionnelle rémunérée à la date de signature de la demande d'adhésion.

#### ■ CHOIX DES GARANTIES

##### ■ Montant du capital ou du capital constitutif de la rente mensuelle en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie<sup>(4)</sup>

\_\_\_\_\_ €

Modalités de versement

Capital

Rente

En cas de rente, préciser la durée

5 ans

10 ans

15 ans

##### ■ Montant des indemnités journalières en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail <sup>(5)</sup>

\_\_\_\_\_ € / jour

Durée de la franchise

15 jours

30 jours

60 jours

90 jours

##### ■ Montant de la rente mensuelle d'Invalidité Permanente Totale <sup>(6)(7)</sup>

\_\_\_\_\_ € / mois

(4) Le montant du capital ou du capital constitutif de la rente mensuelle ne peut être inférieur à 15 000 euros.

(5) plafonné à 1/1000<sup>e</sup> du montant du capital décès, dans la limite de 250 € par jour et de 1/30<sup>e</sup> de la limite de prestation telle que définie dans le lexique de la notice.

(6) plafonné à 1/50<sup>e</sup> du montant du capital décès, dans la limite de 7 750 € par mois et de la limite de prestation telle que définie dans le lexique de la notice.

(7) le montant de la rente d'invalidité permanente partielle est fonction du montant de la rente prévue au titre de l'invalidité permanente totale.

Total des capitaux déjà assurés par CARDIF (en dehors de cette demande): \_\_\_\_\_

#### ■ GARANTIES OPTIONNELLES

Option Doublement Décès Accidentel <sup>(9)</sup>

Option Capital Décès Dégressif (réservée aux formules 1 et 2)

Joindre un échéancier

ou à défaut préciser la durée \_\_\_\_\_ ans

et le montant du palier \_\_\_\_\_ €

(9) garanti à hauteur du montant assuré, plafonné à 300 000 €

#### ■ PÉRIODICITÉ DES COTISATIONS D'ASSURANCE

Périodicité des cotisations d'assurance : Mensuelle Trimestrielle Annuelle

Frais de fractionnement des cotisations d'assurance : Mensuel : 4 % - Trimestriel : 3%

### 4 DÉCLARATIONS

L'Adhérent/Assuré est en outre tenu d'informer l'assureur de tout changement de sa situation pouvant entraîner une modification de ses prestations conformément au paragraphe 8.2 de la notice.

Dans tous les cas, l'adhérent/assuré reconnaît avoir reçu, pris connaissance préalablement à la présente demande d'adhésion, et rester en possession de la simulation tarifaire et de la notice. **En outre, il certifie que les renseignements fournis sur la présente demande d'adhésion sont à sa connaissance exacts et prend acte qu'une réticence ou fausse déclaration intentionnelle 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'adhérent/assuré peut exercer son droit d'accès et de rectification en s'adressant à CARDIF Assurance Vie - Service Relations Clientèle - Gestion Prévoyance - 8, rue du Port, 92728 Nanterre Cedex, en joignant à leur demande la copie d'un justificatif d'identité comportant leur signature. L'adhérent peut renoncer au contrat d'assurance dans un délai de 30 jours calendaires révolus conformément au paragraphe 13 de la notice.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent/assuré

\_\_\_\_\_



# Mandat de prélèvement SEPA

Pour permettre à Cardif de procéder aux prélèvements automatiques sur votre compte, veuillez remplir le mandat de prélèvement bancaire ci-dessous et le faire parvenir à Cardif dans les meilleurs délais, **accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB)**.

## Référence unique du Mandat (à remplir par Cardif Assurance Vie)

- En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CARDIF Assurance Vie à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CARDIF Assurance Vie.
- Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.
- Il est rappelé que contester un prélèvement SEPA n'a pas d'incidence sur l'existence de la dette née du contrat.

## Vos coordonnées :

Votre nom

Votre prénom

Votre adresse

Code postal  Ville  Pays

## Coordonnées de votre compte :

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number) :

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code) :

## Coordonnées du créancier :

CARDIF Assurance Vie

I.C.S FR28ZZZ110086 (*Identifiant SEPA de l'entreprise d'assurance*)

8, rue du Port

92728 Nanterre Cedex

Signé à  le       Signature

Type de paiement : Paiement récurrent

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre Banque (*ou prestataire de services de paiement au sens de la directive 2007/64/CE*).

*Pour toute modification, réclamation ou révocation du mandat vous pouvez, en précisant la référence unique du mandat, vous adresser à :*

**CARDIF ASSURANCE VIE**  
**Services Relations Clientèle - 8, rue du Port 92728 Nanterre Cedex - Tél. : 01.41.42.69.12**

*Les engagements réciproques résultant du contrat d'assurance doivent être exécutés de bonne foi. En signant le présent mandat, le débiteur (payeur) consent expressément au paiement de sa prime par mode de prélèvement. Le non-paiement de la prime, même en cas de contestation ou d'annulation du prélèvement a des conséquences sur l'exécution de ces engagements. Toute contestation ou annulation abusive de ce prélèvement est susceptible d'engager la responsabilité du débiteur (payeur) vis-à-vis de l'entreprise d'assurance.*

Fiche Conseil au contrat

# Cardif Garantie « Couverture Personnelle »

## 1 IDENTIFICATION DU DEMANDEUR A L'ASSURANCE (écrire en lettres capitales)

M.  Mme

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de Naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## 2 VOS BESOINS

Lors de l'entretien avec votre conseiller, vous avez envisagé d'améliorer votre protection et souhaitez être couvert en cas de :

- Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)
- Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) uniquement à la suite d'un accident
- Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Invalidité Permanente Totale (IPT) et Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)
- Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Invalidité Permanente Totale (IPT), Invalidité Permanente Partielle (IPP) et Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)

## 3 NOTRE PROPOSITION EN RÉPONSE À VOS BESOINS

Compte tenu des besoins que vous avez exprimés en matière d'assurance, le contrat Cardif Garantie Couverture Personnelle (convention d'assurance collective n°2284 à adhésion facultative souscrite par l'Union Française d'Épargne et de Prévoyance auprès de Cardif Assurance Vie) avec la formule de garantie suivante, nous semble constituer une solution à vos besoins :

- Formule 1 : Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) survenant à la suite d'une maladie ou d'un accident <sup>(1)</sup>
- Formule 2 : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) survenant à la suite d'un accident <sup>(1)</sup>
- Formule 3 : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Invalidité Permanente Totale (IPT) et Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) survenant à la suite d'une maladie ou d'un accident <sup>(2)</sup>
- Formule 4 : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Invalidité Permanente Totale, (IPT), Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) et Invalidité Permanente Partielle (IPP) survenant à la suite d'une maladie ou d'un accident <sup>(2)</sup>

En complément de votre formule de garantie choisie, l'(les) option(s) suivante(s) nous semble également constituer une solution adaptée à vos besoins :

- option Capital Décès dégressif (réservée uniquement aux formules 1 et 2)
- option Doublement du Capital en cas de Décès accidentel

(1) Si vous avez 60 ans ou plus et moins de 85 ans à la date de signature de la demande d'adhésion, vous ne pourrez vous assurer qu'au titre de la garantie Décès.

(2) Pour pouvoir choisir cette formule, vous devez à la date de signature de la demande d'adhésion être âgé de moins de 60 ans et exercer une activité professionnelle rémunérée.

Nous attirons votre attention sur les caractéristiques des garanties et options proposées par ce contrat :

GARANTIE	A QUELLES CONDITIONS SEREZ-VOUS INDEMNISÉ ?	QUAND CESSENT LES GARANTIES ?
<b>Décès</b>	Si vous décédez. <sup>(1)</sup>	Date de renouvellement qui suit votre 90 <sup>e</sup> anniversaire
<b>Perte Totale et Irréversible d'Autonomie</b>	Si vous êtes reconnu inapte par l'Assureur à tout travail à la suite d'une maladie ou d'un accident et définitivement incapable de vous livrer à une activité même de surveillance ou de direction, susceptible de vous procurer salaire, gain ou profit, et devez, en outre, avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer au moins 3 des 4 actes ordinaires de la vie courante (se laver, se nourrir, se vêtir, se déplacer). <sup>(1)</sup>	Date de renouvellement qui suit : votre 65 <sup>e</sup> anniversaire ou la cessation de votre activité professionnelle (sauf pour raisons médicales) ou la liquidation même partielle de toute pension de retraite ou de préretraite (sauf pour raisons médicales) ou si vous ne répondez plus aux conditions de prise en charge des garanties mises en jeu. <sup>(2)</sup>
<b>Incapacité Temporaire Totale de travail</b>	Si vous vous trouvez, à la suite d'une maladie ou d'un accident, temporairement dans l'impossibilité totale et continue d'exercer, même à temps partiel, votre activité professionnelle et que vous n'exercez aucune autre activité ou occupation, même de surveillance ou de direction, susceptible de vous procurer salaire, gain ou profit. <sup>(1)</sup>	
<b>Invalidité Permanente Totale</b>	Si vous présentez à la suite d'une maladie ou d'un accident, et après consolidation de votre état, un taux d'invalidité égal ou supérieur à 66 % vous rendant inapte à tout travail et définitivement incapable de vous livrer à une activité, même de surveillance ou de direction, susceptible de vous procurer salaire, gain ou profit. <sup>(1)</sup>	
<b>Invalidité Permanente Partielle</b>	Si vous présentez à la suite d'une maladie ou d'un accident et après consolidation de votre état, un taux d'invalidité supérieur à 33 % et inférieur à 66 % vous mettant dans l'impossibilité définitive et permanente d'exercer une partie de votre activité professionnelle. <sup>(1)</sup>	

(1) sous réserve des limites et conditions mentionnées dans la notice.

(2) La garantie Invalidité Permanente totale et la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail prennent également fin à la date de renouvellement qui suit la reprise d'activité, même partielle, ou le déplacement de l'assuré sur un lieu de travail pour exercer un rôle de surveillance ou de direction

Nous attirons également votre attention sur les points suivants :

- En cas de **Décès**, l'Assureur verse au(x) bénéficiaire(s) le montant du capital ou du capital constitutif de la rente indiqué sur le certificat d'adhésion ou ses éventuels avenants en vigueur à la date du décès. Ce montant ne peut être inférieur à 15 000 €. Le versement de cette prestation met fin à l'adhésion. Le versement de la rente cesse au décès du bénéficiaire
- **L'option Capital Décès dégressif** : le montant du capital garanti en cas de Décès est dégressif par paliers et fonction d'un échéancier qui prend en compte vos objectifs et leur délai de réalisation. Le montant du capital garanti en cas de Décès et les cotisations afférentes diminueront chaque année en fonction du palier déterminé initialement. Au terme du délai de réalisation que vous avez fixé, vous restez couvert pour un montant de capital correspondant au dernier palier de l'échéancier. En tout état de cause, ce montant ne peut être inférieur à 15 000 €. Si le versement d'une rente en cas de Décès a été choisi lors de l'adhésion, la prestation sera également versée sous forme de rente temporaire. Dans le cadre de cette option, l'Assureur verse au(x) bénéficiaire(s) le montant du capital ou du capital constitutif de la rente selon les modalités décrites ci-dessus. Le versement de cette prestation met fin à l'adhésion.
- **L'option Doublement du capital Décès en cas de Décès accidentel** : le montant du capital garanti en cas de Décès est doublé dans la limite de 300 000 €. Si le versement d'une rente en cas de Décès a été choisi lors de l'adhésion, la prestation sera également versée sous forme de rente temporaire. Dans le cadre de cette option, l'Assureur verse au(x) bénéficiaire(s) le montant du capital ou du capital constitutif de la rente déterminé lors de votre adhésion. Le versement de cette prestation met fin à l'adhésion.
- En cas de **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie**, l'Assureur vous verse le montant du capital ou du capital constitutif de la rente indiqué sur le certificat d'adhésion ou ses éventuels avenants, en vigueur à la date de constatation de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie par l'Assureur. Ce montant ne peut être inférieur à 15 000 €. Le versement de cette prestation met fin à l'adhésion.
- En cas de **Invalidité Permanente Totale**, l'Assureur vous verse une rente d'invalidité payable mensuellement à terme échu. Le montant de cette rente sera égal au montant de base en Invalidité Permanente Totale indiqué sur le certificat d'adhésion ou ses éventuels avenants, en vigueur à la date d'arrêt de travail. Le montant de la rente d'invalidité est toutefois limité à :
  - 1/50<sup>e</sup> du montant du capital Décès ;
  - la limite de prestation en vigueur à la date de début d'arrêt de travail ;
  - 7 750 € par mois, sauf pour les demandes d'adhésion ayant fait l'objet d'un accord particulier de l'Assureur.
 La garantie IPT prend fin en cas de mise en jeu des garanties décès ou PTIA.

■ En cas d'**Incapacité Permanente Partielle**, l'Assureur vous verse une rente d'invalidité qui sera fonction de votre taux d'invalidité.

**Le montant de la rente d'invalidité est toutefois limité à :**

- 1/50<sup>e</sup> du montant du capital Décès;
- la limite de prestation en vigueur à la date de début d'arrêt de travail;
- 7 750 € par mois, sauf pour les demandes d'adhésion ayant fait l'objet d'un accord particulier de l'Assureur.

La garantie IPP prend fin en cas de mise en jeu des garanties décès, PTIA ou IPT.

■ En cas d'**Incapacité Temporaire Totale de travail**, l'Assureur vous verse après expiration de la période de franchise (15, 30, 60 ou 90 jours) que vous aurez choisie lors de votre adhésion, une indemnité journalière payable mensuellement à terme échu. Le montant de l'indemnité journalière sera égal au montant de base en Incapacité Temporaire Totale de travail indiqué sur le certificat d'adhésion ou ses éventuels avenants en vigueur à la date d'arrêt de travail.

**Le montant de l'indemnité journalière est toutefois limité à :**

- 1/1000<sup>e</sup> du montant du capital Décès
- 1/30<sup>e</sup> de la limite de prestation en vigueur à la date de début d'arrêt de travail;
- 250 € par jour (7 750 € par mois), sauf pour les demandes d'adhésion ayant fait l'objet d'un accord particulier de l'Assureur.

**La durée maximale de prise en charge est de 1095 jours.**

La garantie ITT prend fin en cas de mise en jeu des garanties Décès, PTIA, IPT et IPP.

Avant votre adhésion, nous vous invitons à lire très attentivement la notice d'information d'assurance du contrat Cardif Garantie Couverture Personnelle qui apporte toutes les précisions concernant les conditions de prise en charge par l'Assureur : définition des garanties, limites des garanties en montant et en durée, franchises applicables et exclusions.

Ce document, complété et signé préalablement à l'adhésion à Cardif Garantie Couverture Personnelle, est établi en double exemplaire dont l'un est à conserver par vous et l'autre par nos soins.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_ en deux exemplaires originaux

**Signature du conseiller et cachet commercial  
de l'intermédiaire en assurance**

Prénom, nom du signataire \_\_\_\_\_

**Signature de l'adhérent ou du(des) représentant(s)  
légal(légaux) précédée de la mention «Lu et approuvé »**

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, ses mandataires, courtiers et réassureurs. Elles pourront être communiquées à des prestataires pour l'exécution de travaux effectués pour le compte de CARDIF. L'adhérent et l'assuré peuvent exercer leur droit d'accès et de rectification en s'adressant à CARDIF - Service Relation Clients - Prévoyance - 8, rue du Port - 92728 Nanterre Cedex, en joignant à leur demande la copie d'un justificatif d'identité comportant leur signature.

Fiche Conseil au contrat

# Cardif Garantie « Couverture Personnelle »

## 1 IDENTIFICATION DU DEMANDEUR A L'ASSURANCE (écrire en lettres capitales)

M.  Mme

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de Naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## 2 VOS BESOINS

Lors de l'entretien avec votre conseiller, vous avez envisagé d'améliorer votre protection et souhaitez être couvert en cas de :

- Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)
- Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) uniquement à la suite d'un accident
- Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Invalidité Permanente Totale (IPT) et Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)
- Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Invalidité Permanente Totale (IPT), Invalidité Permanente Partielle (IPP) et Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)

## 3 NOTRE PROPOSITION EN RÉPONSE À VOS BESOINS

Compte tenu des besoins que vous avez exprimés en matière d'assurance, le contrat Cardif Garantie Couverture Personnelle (convention d'assurance collective n°2284 à adhésion facultative souscrite par l'Union Française d'Épargne et de Prévoyance auprès de Cardif Assurance Vie) avec la formule de garantie suivante, nous semble constituer une solution à vos besoins :

- Formule 1 : Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) survenant à la suite d'une maladie ou d'un accident <sup>(1)</sup>
- Formule 2 : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) survenant à la suite d'un accident <sup>(1)</sup>
- Formule 3 : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Invalidité Permanente Totale (IPT) et Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) survenant à la suite d'une maladie ou d'un accident <sup>(2)</sup>
- Formule 4 : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Invalidité Permanente Totale, (IPT), Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) et Invalidité Permanente Partielle (IPP) survenant à la suite d'une maladie ou d'un accident <sup>(2)</sup>

En complément de votre formule de garantie choisie, l'(les) option(s) suivante(s) nous semble également constituer une solution adaptée à vos besoins :

- option Capital Décès dégressif (réservée uniquement aux formules 1 et 2)
- option Doublement du Capital en cas de Décès accidentel

(1) Si vous avez 60 ans ou plus et moins de 85 ans à la date de signature de la demande d'adhésion, vous ne pourrez vous assurer qu'au titre de la garantie Décès.

(2) Pour pouvoir choisir cette formule, vous devez à la date de signature de la demande d'adhésion être âgé de moins de 60 ans et exercer une activité professionnelle rémunérée.

Nous attirons votre attention sur les caractéristiques des garanties et options proposées par ce contrat :

GARANTIE	A QUELLES CONDITIONS SEREZ-VOUS INDEMNISÉ ?	QUAND CESSENT LES GARANTIES ?
<b>Décès</b>	Si vous décédez. <sup>(1)</sup>	Date de renouvellement qui suit votre 90 <sup>e</sup> anniversaire
<b>Perte Totale et Irréversible d'Autonomie</b>	Si vous êtes reconnu inapte par l'Assureur à tout travail à la suite d'une maladie ou d'un accident et définitivement incapable de vous livrer à une activité même de surveillance ou de direction, susceptible de vous procurer salaire, gain ou profit, et devez, en outre, avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer au moins 3 des 4 actes ordinaires de la vie courante (se laver, se nourrir, se vêtir, se déplacer). <sup>(1)</sup>	Date de renouvellement qui suit : votre 65 <sup>e</sup> anniversaire ou la cessation de votre activité professionnelle (sauf pour raisons médicales) ou la liquidation même partielle de toute pension de retraite ou de préretraite (sauf pour raisons médicales) ou si vous ne répondez plus aux conditions de prise en charge des garanties mises en jeu. <sup>(2)</sup>
<b>Incapacité Temporaire Totale de travail</b>	Si vous vous trouvez, à la suite d'une maladie ou d'un accident, temporairement dans l'impossibilité totale et continue d'exercer, même à temps partiel, votre activité professionnelle et que vous n'exercez aucune autre activité ou occupation, même de surveillance ou de direction, susceptible de vous procurer salaire, gain ou profit. <sup>(1)</sup>	
<b>Invalidité Permanente Totale</b>	Si vous présentez à la suite d'une maladie ou d'un accident, et après consolidation de votre état, un taux d'invalidité égal ou supérieur à 66 % vous rendant inapte à tout travail et définitivement incapable de vous livrer à une activité, même de surveillance ou de direction, susceptible de vous procurer salaire, gain ou profit. <sup>(1)</sup>	
<b>Invalidité Permanente Partielle</b>	Si vous présentez à la suite d'une maladie ou d'un accident et après consolidation de votre état, un taux d'invalidité supérieur à 33 % et inférieur à 66 % vous mettant dans l'impossibilité définitive et permanente d'exercer une partie de votre activité professionnelle. <sup>(1)</sup>	

(1) sous réserve des limites et conditions mentionnées dans la notice.

(2) La garantie Invalidité Permanente totale et la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail prennent également fin à la date de renouvellement qui suit la reprise d'activité, même partielle, ou le déplacement de l'assuré sur un lieu de travail pour exercer un rôle de surveillance ou de direction

Nous attirons également votre attention sur les points suivants :

- En cas de **Décès**, l'Assureur verse au(x) bénéficiaire(s) le montant du capital ou du capital constitutif de la rente indiqué sur le certificat d'adhésion ou ses éventuels avenants en vigueur à la date du décès. Ce montant ne peut être inférieur à 15 000 €. Le versement de cette prestation met fin à l'adhésion. Le versement de la rente cesse au décès du bénéficiaire
- **L'option Capital Décès dégressif** : le montant du capital garanti en cas de Décès est dégressif par paliers et fonction d'un échéancier qui prend en compte vos objectifs et leur délai de réalisation. Le montant du capital garanti en cas de Décès et les cotisations afférentes diminueront chaque année en fonction du palier déterminé initialement. Au terme du délai de réalisation que vous avez fixé, vous restez couvert pour un montant de capital correspondant au dernier palier de l'échéancier. En tout état de cause, ce montant ne peut être inférieur à 15 000 €. Si le versement d'une rente en cas de Décès a été choisi lors de l'adhésion, la prestation sera également versée sous forme de rente temporaire. Dans le cadre de cette option, l'Assureur verse au(x) bénéficiaire(s) le montant du capital ou du capital constitutif de la rente selon les modalités décrites ci-dessus. Le versement de cette prestation met fin à l'adhésion.
- **L'option Doublement du capital Décès en cas de Décès accidentel** : le montant du capital garanti en cas de Décès est doublé dans la limite de 300 000 €. Si le versement d'une rente en cas de Décès a été choisi lors de l'adhésion, la prestation sera également versée sous forme de rente temporaire. Dans le cadre de cette option, l'Assureur verse au(x) bénéficiaire(s) le montant du capital ou du capital constitutif de la rente déterminé lors de votre adhésion. Le versement de cette prestation met fin à l'adhésion.
- En cas de **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie**, l'Assureur vous verse le montant du capital ou du capital constitutif de la rente indiqué sur le certificat d'adhésion ou ses éventuels avenants, en vigueur à la date de constatation de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie par l'Assureur. Ce montant ne peut être inférieur à 15 000 €. Le versement de cette prestation met fin à l'adhésion.
- En cas de **Invalidité Permanente Totale**, l'Assureur vous verse une rente d'invalidité payable mensuellement à terme échu. Le montant de cette rente sera égal au montant de base en Invalidité Permanente Totale indiqué sur le certificat d'adhésion ou ses éventuels avenants, en vigueur à la date d'arrêt de travail. Le montant de la rente d'invalidité est toutefois limité à :
  - 1/50<sup>e</sup> du montant du capital Décès ;
  - la limite de prestation en vigueur à la date de début d'arrêt de travail ;
  - 7 750 € par mois, sauf pour les demandes d'adhésion ayant fait l'objet d'un accord particulier de l'Assureur.
 La garantie IPT prend fin en cas de mise en jeu des garanties décès ou PTIA.

■ En cas d'**Incapacité Permanente Partielle**, l'Assureur vous verse une rente d'invalidité qui sera fonction de votre taux d'invalidité.

**Le montant de la rente d'invalidité est toutefois limité à :**

- 1/50<sup>e</sup> du montant du capital Décès;
- la limite de prestation en vigueur à la date de début d'arrêt de travail;
- 7 750 € par mois, sauf pour les demandes d'adhésion ayant fait l'objet d'un accord particulier de l'Assureur.

La garantie IPP prend fin en cas de mise en jeu des garanties décès, PTIA ou IPT.

■ En cas d'**Incapacité Temporaire Totale de travail**, l'Assureur vous verse après expiration de la période de franchise (15, 30, 60 ou 90 jours) que vous aurez choisie lors de votre adhésion, une indemnité journalière payable mensuellement à terme échu. Le montant de l'indemnité journalière sera égal au montant de base en Incapacité Temporaire Totale de travail indiqué sur le certificat d'adhésion ou ses éventuels avenants en vigueur à la date d'arrêt de travail.

**Le montant de l'indemnité journalière est toutefois limité à :**

- 1/1000<sup>e</sup> du montant du capital Décès
- 1/30<sup>e</sup> de la limite de prestation en vigueur à la date de début d'arrêt de travail;
- 250 € par jour (7 750 € par mois), sauf pour les demandes d'adhésion ayant fait l'objet d'un accord particulier de l'Assureur.

**La durée maximale de prise en charge est de 1095 jours.**

La garantie ITT prend fin en cas de mise en jeu des garanties Décès, PTIA, IPT et IPP.

Avant votre adhésion, nous vous invitons à lire très attentivement la notice d'information d'assurance du contrat Cardif Garantie Couverture Personnelle qui apporte toutes les précisions concernant les conditions de prise en charge par l'Assureur : définition des garanties, limites des garanties en montant et en durée, franchises applicables et exclusions.

Ce document, complété et signé préalablement à l'adhésion à Cardif Garantie Couverture Personnelle, est établi en double exemplaire dont l'un est à conserver par vous et l'autre par nos soins.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_ en deux exemplaires originaux

**Signature du conseiller et cachet commercial  
de l'intermédiaire en assurance**

Prénom, nom du signataire \_\_\_\_\_

**Signature de l'adhérent ou du(des) représentant(s)  
légal(légaux) précédée de la mention «Lu et approuvé »**

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, ses mandataires, courtiers et réassureurs. Elles pourront être communiquées à des prestataires pour l'exécution de travaux effectués pour le compte de CARDIF. L'adhérent et l'assuré peuvent exercer leur droit d'accès et de rectification en s'adressant à CARDIF - Service Relation Clients - Prévoyance - 8, rue du Port - 92728 Nanterre Cedex, en joignant à leur demande la copie d'un justificatif d'identité comportant leur signature.

## DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ

Nom et prénom de la personne à assurer : \_\_\_\_\_

Date de naissance | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 auprès de Cardif (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 ?

Oui  Non

Si oui, où ? \_\_\_\_\_

Quand ? \_\_\_\_\_

**La validité des présentes déclarations est de 180 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 Gestion Prévoyance - 8, rue du Port - 92728 Nanterre Cedex, en joignant à sa demande la copie d'un justificatif d'identité comportant sa signature.

À \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature de l'Assuré

(précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé")

### UFEP

Association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901  
sur les Associations et par les articles L. 141-7  
et R. 141 du Code des assurances  
Siège social : 1, rue des Fondrières - 92000 Nanterre

**CARDIF Assurance Vie**  
SA au capital de 717 559 216 € - R.C.S. Paris 732 028 154  
Entreprise régie par le code des assurances  
Siège social : 1 boulevard Haussmann 75009 Paris  
Bureaux : 8, rue du Port, 92728 Nanterre Cedex - France  
Tél. 01 41 42 83 00



# DÉCLARATION SPÉCIALE NON-FUMEUR

Nom et prénom de la personne à assurer : \_\_\_\_\_

Date de naissance | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Je déclare sur l'honneur ne pas avoir fumé de cigarette y compris de cigarette électronique avec ou sans nicotine 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 des cigarettes y compris des cigarettes électroniques avec ou sans nicotine, 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 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 Gestion Prévoyance - 8, rue du Port - 92728 Nanterre Cedex, en joignant à sa demande la copie d'un justificatif d'identité comportant sa signature.

À \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

**Signature de l'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**



# QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

A compléter par l'Assuré ne pouvant satisfaire à la **Déclaration d'état de santé**.

Nom et prénom de la personne à assurer : \_\_\_\_\_ Date de naissance | | | | | | | | | | | | | | | |

Taille : \_\_\_\_\_ cm Poids : \_\_\_\_\_ kg Votre tension artérielle habituelle : \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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.

OUI	NON	EN CAS DE RÉPONSE POSITIVE DONNER LES PRÉCISIONS DEMANDÉES
-----	-----	---

<b>1</b>	<b>Etes-vous titulaire ou en instance d'attribution :</b>			
	• d'une exonération du ticket modérateur,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ? _____
	• d'une rente ou d'une pension d'invalidité (joindre les justificatifs) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis le ? _____ Taux de la pension (s'il y a lieu) ? _____

<b>2</b>	<b>Pour raison médicale :</b>			
	• êtes-vous à ce jour en arrêt de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ? _____ Depuis quand ? _____ Durée prévue ? _____
	• avez-vous durant les cinq dernières années, interrompu votre travail sur une période de plus de trois semaines consécutives ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ? _____ Quand ? _____ Durée ? _____

<b>3*</b>	<b>Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants :</b>			<b>En cas de réponse positive, préciser quand, la durée, la date de guérison, les séquelles ou tout autre commentaire (pour les troubles de la vue, préciser le degré, la nature et la correction) :</b>
	• 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 (goître) 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 des yeux, de l'ouie, de la gorge ou du nez ?	<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'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, du colon, 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 uro-génital ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	• psoriasis, kyste ou toute autre maladie de 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"/>	_____	

\* En cas de réponse positive aux questions 3 ou 4, veuillez faire remplir par votre médecin traitant le rapport médical



		OUI	NON	EN CAS DE RÉPONSE POSITIVE DONNER LES PRÉCISIONS DEMANDÉES
4*	Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement médical régulier pendant plus de trois semaines consécutives ?	<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 _____ _____ _____
	Etes-vous ou avez-vous été sous surveillance médicale régulière (hors médecine du travail et du suivi systématique de grossesse) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	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"/>	
5*	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 ? _____
6	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 ? _____
	Devez vous, à votre connaissance, dans les prochains mois :			
	• être hospitalisé et/ou subir une intervention chirurgicale (autre que les interventions mentionnées ci-dessus) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ? _____ Quand ? _____
	• subir un examen médical spécialisé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ? _____ Quand ? _____
	• suivre un traitement médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ? _____ Quand ? _____
<i>Joindre les comptes-rendus opératoires et histologiques le cas échéant</i>				
7	Avez-vous été accidenté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, à quelle date, circonstances et séquelles éventuelles _____ _____
8	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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, nature des examens, pourquoi, date, résultats _____ _____
	Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies VHB, VHC, VIH dont le résultat se serait révélé positif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le(s)quel(s) ? _____ Date(s) ? _____
	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"/>	Quand ? _____ Pourquoi ? _____
<i>Joindre les comptes-rendus le cas échéant</i>				
9	Etes-vous fumeur ? Si vous fumez des cigarettes électroniques, avec ou sans nicotine, vous devez répondre « oui » à la question « êtes-vous fumeur » ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, quantité journalière ? _____ Si non, date et motif éventuel d'arrêt ? _____
	Consommez-vous des boissons alcoolisées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, quantité journalière ? _____
	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous perdu plus de 10 kilos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, pourquoi ? _____
10	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 ? _____ _____
11	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 180 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 - Gestion 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")



# RAPPORT MÉDICAL CONFIDENTIEL

Cardif  
Garantie

**CARDIF**

Établi par le Docteur \_\_\_\_\_  
à \_\_\_\_\_  
Référence du dossier \_\_\_\_\_

Avis du médecin Conseil de CARDIF

## 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.

	OUI	NON	COMMENTAIRES			
<b>1</b> Consommez-vous des boissons alcoolisées ? Quantité par jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> vin _____ cl	<input type="checkbox"/> bière _____ cl	<input type="checkbox"/> apéritif _____ cl	<input type="checkbox"/> alcool _____ cl
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> cigarettes y compris cigarettes électro- niques avec ou sans nicotine _____		<input type="checkbox"/> cigares _____	<input type="checkbox"/> pipes _____
	Taille _____ cm		Poids _____ kg		Tension artérielle habituelle _____ / _____	
<b>2</b> Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants :			Quand ?	Combien de temps ?	Évolutions ?	Séquelles ?
1. tuberculose, paludisme, amibiase, maladies sexuellement transmissibles, infection consé- quence d'une immuno-déficience acquise (SIDA) ou toute autre maladie infectieuse ou parasitaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2. diabète, hypercholestérolémie, goutte, affection de la thyroïde (goitre) ou toute autre atteinte du système endocrinien ou du métabolisme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3. anémie, anomalie de la coagulation, leucémie ou toute autre maladie du sang ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4. dépression, stress, anxiété, surmenage, névrose, tentative de suicide, psychose, schizophrénie, anorexie mentale, boulimie ou toute autre atteinte psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5. 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"/>				
6. 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"/>	Nature ? _____ Degré ? OG ___/10 OD ___/10 Correction : OG ___/10 OD ___/10 Perte de décibels ? _____			
7. malformation ou souffle cardiaque, douleurs thoraciques, palpitations, artérite, varices, hypertension artérielle, maladie corona- rienne, infarctus du myocarde, troubles du rythme ou toute autre maladie de l'appareil cardiovasculaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
8. bronchite chronique, asthme, emphysème ou toute autre maladie de l'appareil respiratoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				



OUI	NON	COMMENTAIRES
-----	-----	--------------

2	Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants :	Quand ?	Combien de temps ?	Évolutions ?	Séquelles ?
	9. 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"/>		
	10. 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"/>		
	11. psoriasis, kyste ou toute autre maladie de la peau ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	12. ostéoporose, lumbago, hernie discale, sciatique, arthrose, douleurs dorsales ou toute autre maladie des os ou des articulations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	13. toute autre maladie ou infirmité non citée plus haut ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

3		Quoi ?	Quand ?	Évolutions ?	Séquelles ?
	1. Avez-vous subi un traitement par substances radioactives, une chimiothérapie ou une transfusion sanguine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	2. Avez-vous été accidenté ? En cas de traumatisme crânien, indiquer s'il y a eu coma ou perte de connaissance et sa durée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	3. Avez-vous été opéré ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

4	1. Pour les personnes de sexe féminin : Grossesses antérieures ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date ? _____ Combien ? _____ Complications éventuelles ? _____
	2. Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De combien de mois ? _____ Complications éventuelles ? _____
	3. Prenez-vous une contraception orale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? _____

5	1. Suivez-vous actuellement un traitement médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ? _____ Pourquoi ? _____ Depuis quand ? _____
	2. Recevez-vous des soins médicaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? _____ Pourquoi ? _____
	3. Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 21 jours au cours des 10 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Pourquoi ? _____
	4. Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Pourquoi ? _____
	5. Devez-vous être hospitalisé prochainement ou subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Motif ? _____

6	1. Avez-vous subi, au cours des 5 dernières années, un électrocardio-gramme, une radiographie du thorax, une analyse du sang, une analyse des urines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquels ? _____ Quand ? _____ Résultat ? _____
	2. 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"/>	Si oui, lequel ? _____ Résultat des tests ? _____ Date ? _____
	3. Avez-vous été soumis à d'autres investigations (par exemple électro-encéphalogramme, scanner, scintigraphie, artériographie, autres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Lesquelles ? _____ Résultat ? _____

OUI	NON	COMMENTAIRES
-----	-----	--------------

7	1. Vous trouvez-vous en état d'incapacité de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/> partielle <input type="checkbox"/> Depuis ? _____ Pourquoi ? _____
	2. Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours sur prescription médicale pour raison de santé au cours des 10 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Pourquoi ? _____ Durée ? _____
	3. Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié d'un taux d'invalidité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ? _____

8	1. Êtes-vous actuellement titulaire d'assurances de personnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	2. Montant des garanties (décès, incapacité de travail, invalidité) ? (si besoin, merci de joindre un document descriptif daté et signé par la personne à assurer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	3. Conditions d'acceptation (tarif normal, motif en cas de refus, ajournement, restriction, surprime) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	4. Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre état de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	5. Quel est votre médecin habituel (adresse) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

La validité des présentes déclarations est de 180 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 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\_\_\_\_

**Signature de la personne à assurer**

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



# EXAMEN MÉDICAL

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

	OUI	NON	COMMENTAIRES
9	Avez-vous déjà soigné la personne à assurer ?		Quand ? _____ Pourquoi ? _____
<b>10 CONSTITUTION</b>			
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ cm (résultat de la mensuration)
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ kg (résultat de la pesée)
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ cm en inspiration    _____ cm en expiration
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ cm
<b>11 GÉNÉRALITÉS</b>			
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Existe-t-il des anomalies congénitales et de la croissance ? Lesquelles ? _____
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Y a-t-il des difformités ou des malformations (thorax, colonne vertébrale, membres, autres) ? Lesquelles ? _____
<b>12 HABITUDES</b>			
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Les occupations ou les habitudes de la personne à assurer peuvent-elles nuire à sa santé ? Lesquelles ? _____
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 ? Lesquels ? _____
<b>13 SYSTÈME ENDOCRINIEN ET MÉTABOLISME</b>			
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Votre examen met-il en évidence une anomalie ? Laquelle ? _____
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taux de cholestérol* Total _____ g/l    HDL _____ g/l
<b>14 PSYCHIATRIE</b>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Y a-t-il des troubles du comportement ou des signes pouvant évoquer une affection psychiatrique ? Lesquels ? _____
<b>15 SYSTÈME NERVEUX ET MUSCLES</b>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constatez-vous une symptomatologie évocatrice d'une atteinte du système nerveux ou d'une myopathie ? Laquelle ? _____
<b>16 ORGANES DES SENS</b>			
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Y a-t-il une affection de l'appareil auditif ? Laquelle ? _____ D. <input type="checkbox"/> G. <input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Y a-t-il une baisse de l'acuité auditive ? Degré ? _____ D : _____ G : _____
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Y a-t-il une affection des yeux ? Laquelle ? _____
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nécessite-t-elle une correction ? Acuité avant correction ? OD _____ OG _____ Acuité après correction ? OD _____ avec _____ dioptries Acuité après correction ? OG _____ avec _____ dioptries
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La langue, le pharynx et les amygdales ont-ils un aspect pathologique ? Lequel ? _____

\* Si connu ou joindre un bilan déjà réalisé.



OUI	NON	COMMENTAIRES
-----	-----	--------------

**17 APPAREIL CARDIOVASCULAIRE**

1. Y a-t-il des troubles du rythme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? _____
2. Les bruits du coeur sont-ils anormaux (dédoublément, roulement, autres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intensité ? _____
3. Entendez-vous un souffle cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Systolique <input type="checkbox"/> où ? _____ intensité ? _____ Diastolique <input type="checkbox"/> où ? _____ intensité ? _____
4. Le souffle est-il organique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diagnostic ? _____ Siège ? _____
5. Existe-t-il une anomalie du pouls radial, carotidien, fémoral, tibial, postérieur ou pédieux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Droit <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> Cause ? _____ Importance ? _____
6. Troubles du système veineux, oedème, troubles trophiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? _____ Importance ? _____
<b>TENSION ARTÉRIELLE</b>			
1. Est-elle ou a-t-elle été traitée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Systolique _____ Diastolique _____ Si oui, depuis quand ? _____
2. Fréquence du pouls :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ /mn
a. Si fréquence inférieure à 60, veuillez effectuer une prise du pouls à l'effort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultat ? _____
b. 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.			
<b>Contrôle éventuel :</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Systolique _____ Diastolique _____ Diastolique _____ /mn

**18 APPAREIL RESPIRATOIRE**

1. Votre examen met-il en évidence une anomalie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, laquelle ? _____
2. Un examen radiologique a-t-il mis en évidence une anomalie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, laquelle ? _____

**19 APPAREIL DIGESTIF**

1. La palpation de l'abdomen décèle-t-elle une anomalie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? _____
2. Le foie est-il agrandi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De combien de cm ? _____ Consistance ? _____
3. La rate est-elle agrandie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palpable ? _____ cm Cause ? _____
4. Y a-t-il une hernie, une éventration ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Siège ? _____ Bilatérale ? non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

**20 APPAREIL UROGENITAL**

1. Examen de l'urine : (bandelette si ECBU non nécessaire)	autres substances anormales		
a. albumine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dosage éventuel _____ g/l _____
b. sucre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dosage éventuel _____ g/l _____
c. sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d. pus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Y a-t-il des indices d'une affection des organes génitaux ou des seins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? _____
3. Un toucher rectal a-t-il été effectué ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A-t-il mis en évidence des anomalies ? non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Si oui, lesquelles ? _____



	OUI	NON	COMMENTAIRES
--	-----	-----	--------------

<b>21 PEAU</b>			
	Y a-t-il une affection cutanée ou des phanères ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>22 GANGLIONS LYMPHATIQUES</b>			
	Y a-t-il une augmentation de volume des ganglions lymphatiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>23 OS, ARTICULATIONS ET TISSU CONJONCTIF</b>			
	Votre examen met-il en évidence une anomalie des os, articulations et du tissu conjonctif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>24 CONCLUSION</b>				
	1. Estimez-vous que le pronostic vital de cette personne est altéré ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	2. Faites-vous des réserves sur les risques d'invalidité totale ou partielle ou d'incapacité de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	3. Remarques spéciales et suggestions :	<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 180 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





# Cardif Garantie Couverture Personnelle

CONTRAT DE PRÉVOYANCE



**CARDIF**  
GROUPE BNP PARIBAS

# PROTÉGER VOS PROCHES ET VOUS-MÊME... ... C'EST UN GESTE DE PRÉVOYANCE ESSENTIEL POUR GARANTIR VOTRE AVENIR !

Cardif Garantie prévoit le versement de capitaux ou de rente au bénéficiaire. Cela vous permet de maintenir le niveau de vie de votre conjoint, de préserver la poursuite des études et l'avenir financier de vos enfants, de réorganiser votre vie en cas d'invalidité ou de financer des droits de succession.



# SOMMAIRE

**PRÉSENTATION DE VOTRE CONTRAT** ..... P.4

**VOS FORMULES DE GARANTIES**..... P.6

**VOS ÉTAPES D'ADHÉSION** ..... P.7

*Les pages 4 à 13 sont à caractère publicitaire et non contractuel.*

**NOTICE** ..... P.14

# PROTÉGER VOS PROCHES GRÂCE À CARDIF GARANTIE COUVERTURE PERSONNELLE

La maladie, les accidents, par nature imprévisibles, peuvent avoir des conséquences financières sur sa vie de famille.

Une chute dans les escaliers et c'est l'équilibre de toute la famille qui peut être remis en cause. Aussi, assurer l'avenir de vos proches en les protégeant des conséquences financières d'un arrêt de travail, d'une invalidité ou d'un décès est essentiel.

## ► Cardif Garantie, un contrat d'exception :

- **Complet.** Il offre des garanties étendues en cas de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie, d'arrêt de travail et d'invalidité totale et partielle.
- **Sur-mesure.** Vous modulez votre contrat selon votre profil et vos objectifs.
- **Flexible.** Vous êtes libre de modifier votre contrat au regard des évolutions de votre situation.

## ► Cardif Garantie, une assurance prévoyance aux multiples avantages :

- Une adhésion possible jusqu'à 84 ans pour le décès et 59 ans pour la perte totale et irréversible d'autonomie, l'invalidité ou l'arrêt de travail.
- La garantie décès jusqu'à 90 ans.
- Un parcours médical simplifié.



**JEAN-MICHEL, 43 ANS**

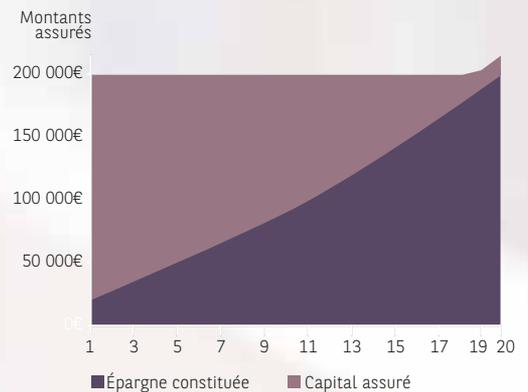
**MARIÉ ET PÈRE DE 2 ENFANTS**

« Je suis devenu tétraplégique à la suite d'une chute dans l'escalier de ma cave. En plus du grave traumatisme que cet accident a provoqué au sein de ma famille, ce diagnostic aurait pu avoir des conséquences financières dramatiques. Grâce à mon contrat Cardif Garantie, j'ai perçu un capital de 250 000 € qui m'a permis de financer les travaux pour réaménager la maison et l'adapter aux nouvelles conditions de vie engendrées par mon handicap. »



### ZOOM SUR L'OPTION CAPITAL DEGRESSIF

Grâce à l'option « capital décès dégressif », vous assurez la protection de votre famille et constituez une épargne en parallèle. Celle-ci prend le relais pour assurer l'avenir de vos proches : plus vous avancez en âge, plus votre couverture diminue au profit de la constitution d'une épargne dans un objectif de transmission à vos proches.



# DES GARANTIES ADAPTÉES À VOS BESOINS

## 4 FORMULES

1.

Décès / PTIA

2.

Décès / PTIA limités aux causes accidentelles

3\*

Décès / PTIA

+ Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)

+ Invalidité Permanente Totale (IPT)

4\*

Décès / PTIA

+ Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)

+ Invalidité Permanente Totale (IPT)

+ Invalidité Permanente Partielle (IPP)

## OPTIONS

- Capital Dégressif  
(réservée aux formules 1 et 2)
- Doublement accidentel dans la limite de 300 000 €

*\* Les garanties hors décès et PTIA ne peuvent être choisies qu'en cas d'activité professionnelle rémunérée.*



## LES **PLUS** DE CARDIF GARANTIE

- Une simple déclaration d'état de santé si vous êtes âgé de moins de 46 ans pour un capital inférieur à 250 000 €.
- Une couverture décès sans limite de capitaux jusqu'à 90 ans.

### IL FAUT ENTENDRE PAR :

**ITT** : Incapacité Temporaire Totale de travail

**IPP** : Invalidité Permanente Partielle

**IPT** : Invalidité Permanente Totale

**PTIA** : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

# POUR FACILITER VOTRE ADHÉSION, SUIVEZ LE GUIDE !

Afin de faciliter la prise en charge de votre dossier et de réduire au maximum son délai de traitement, nous vous invitons à suivre les étapes suivantes. Elles vous permettront de compléter facilement votre demande d'adhésion.

## 1

### VOS FORMALITÉS D'ADHÉSION Déterminez votre catégorie socio-professionnelle

(activité professionnelle rémunérée)

- ▶ **CATÉGORIE N° 1** Dirigeants d'entreprise, professions libérales, cadres sédentaires ayant des déplacements professionnels à titre occasionnel.
- ▶ **CATÉGORIE N° 2** Professions libérales, cadres ayant des déplacements professionnels fréquents<sup>(1)</sup>.  
Dirigeants d'entreprise ayant des déplacements professionnels fréquents<sup>(1)</sup> et n'effectuant pas de travail manuel important avec utilisation d'outillages et/ou manipulations dangereuses.  
Salariés non cadre, enseignants, commerçants et artisans exerçant une activité sédentaire ne comportant pas de travail manuel ou un travail manuel occasionnel peu important et non dangereux.
- ▶ **CATÉGORIE N° 3** Dirigeants d'entreprise ayant un travail manuel important avec utilisation d'outillages et/ou manipulations dangereuses.  
Salariés non cadres, commerçants et artisans ayant des déplacements professionnels fréquents<sup>(1)</sup> et/ou un travail manuel important avec utilisation d'outillages et/ou manipulations dangereuses.
- ▶ **CATÉGORIE N° 4** Feront l'objet d'une étude préalable, les professions présentant des risques tels que la manipulation d'explosifs ou de substances toxiques, transport d'explosifs ou de matières dangereuses, port ou manipulation d'armes, travail à hauteur supérieure à 20 mètres, travail souterrain, travail sur site dangereux, démolition, plongée, risques artistiques, risques politiques, risques liés à des missions humanitaires, risques liés aux animaux sauvages, les métiers de l'aviation, du pétrole-gaz on-shore, du nucléaire, les chauffeurs routiers, les guides de haute montagne, les mineurs et les sportifs professionnels.

(1) déplacements professionnels fréquents: plus de 20 000 km par an à titre professionnel en véhicule terrestre à moteur (hors déplacements en train).

# 2 VOS FORMALITÉS MÉDICALES

Cette grille vous permet de déterminer les formalités médicales à effectuer selon le montant des capitaux à assurer par Cardif et l'âge de l'assuré. Il est à noter que dans le cadre de la Formule 2, aucune formalité médicale n'est à effectuer pour les capitaux inférieurs ou égaux à 1 000 000 €.

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 100 000 €	1	1	2	3
de 100 001 € à 175 000 €	1	2	3	4
de 175 001 € à 250 000 €		5	8	
de 250 001 € à 500 000 €		8	9	
de 500 001 € à 700 000 €	6	8	9	
de 700 001 € à 1 000 000 €	7	9	9	
de 1 000 001 € à 2 000 000 €	10	9	11	12
de 2 000 001 € à 3 500 000 €		12		12
au-delà de 3 500 000 €		12		12

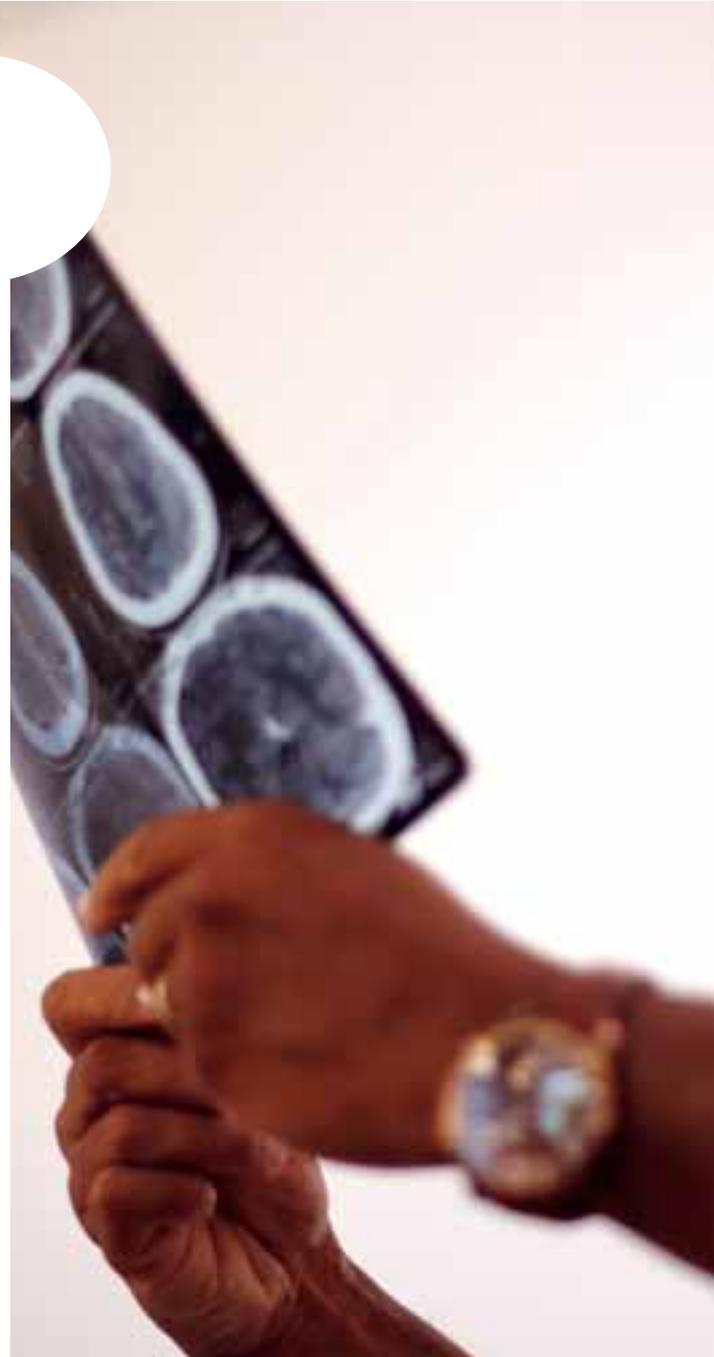
- 1 Déclaration d'état de santé (le cas échéant le questionnaire de santé)
- 2 Questionnaire de santé
- 3 Rapport médical
- 4 Rapport médical + Examen cardiologique 1
- 5 Rapport médical + Profil Sanguin 1
- 6 Rapport médical + Profil Sanguin 2
- 7 Rapport médical + Profil Sanguin 2 + Analyse d'urine + Dosage de la cotinine urinaire pour bénéficier de la tarification non-fumeur
- 8 Rapport médical + Profil Sanguin 2 + Analyse d'urine + Examen cardiologique 1
- 9 Formalités 7 + Examen cardiologique 2
- 10 Formalités 8 + Dosage de la cotinine urinaire pour bénéficier de la tarification non-fumeur
- 11 Formalités 9 + Dosage des PSA pour les hommes
- 12 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 d'euros, ne pas oublier de joindre les questionnaires financiers spécifiques.

Ces examens médicaux doivent être datés de moins de 6 mois pour être pris en compte.



- **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, hématocrite, 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** : électrocardiogramme de repos avec compte-rendu et rapport cardiovasculaire.
- **Examen Cardiologique 2** : électrocardiogramme de repos avec compte-rendu + Électrocardiogramme 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).



## **3 PRENEZ RENDEZ-VOUS DANS UN CENTRE AGRÉÉ CARDIF**

**Pour faciliter vos démarches de formalités médicales, vous avez la possibilité d'effectuer l'ensemble de vos examens dans un centre agréé Cardif. Dans ce cas, vous êtes dispensé de toute avance de fonds et l'intégralité des frais engagés est prise en charge par Cardif.**

Spécialisés en bilans de santé, les centres médicaux agréés Cardif sont gratuits et sans avances de fonds. Ils vous assurent :

- un parcours de soin ;
- une transmission directe à notre compagnie.

Situés en centre ville, ces centres médicaux sont faciles d'accès.

Vous pouvez aussi accomplir ces examens auprès du médecin ou du laboratoire de votre choix. Dans ce cas, vous devrez envoyer les résultats sous pli confidentiel, accompagnés des relevés de frais et honoraires à l'adresse suivante :

À l'attention du Médecin Conseil

**Cardif Garantie**

8, rue du Port – 92728 Nanterre Cedex

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.



### **BON À SAVOIR**

## **UN RENDEZ-VOUS SOUS 48H DU LUNDI AU SAMEDI**

Ouverts du lundi au samedi, les centres médicaux agréés Cardif vous proposent un rendez-vous sous 48h sur simple appel téléphonique.

Pour connaître le numéro du ou des centres médicaux le(s) plus proche(s) de votre domicile, appelez le numéro Azur :

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

### **IMPORTANT !**

Lors de votre rendez-vous au centre agréé Cardif, 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,
- la demande d'adhésion

# 4

## LES DOCUMENTS À COMPLÉTER ET SIGNER

**Dernière étape de votre dossier d'adhésion, les documents suivants sont indispensables pour assurer le traitement rapide de votre demande d'adhésion. N'oubliez pas de les compléter et de les signer avant envoi par votre conseiller.**

- ▶ votre demande d'adhésion ;
- ▶ votre déclaration spéciale non-fumeur (concerne les personnes n'ayant pas fumé depuis au moins 24 mois) ;
- ▶ les formalités médicales, complétées, datées et signées ;
- ▶ un mandat sepa complété, signé et accompagné du Relevé d'Identité Bancaire.

## INFORMATION FINANCIÈRE

Au-delà de 1 000 000 € de capitaux assurés par Cardif (tous contrats confondus), des questionnaires financiers spécifiques sont à remplir. Vous les obtiendrez sur simple demande auprès de votre conseiller. L'assureur peut, toutefois, être amené à demander des informations financières pour des capitaux moins élevés.





## BON À SAVOIR

### ASSUREZ VOS « ACTIVITÉS SPORTIVES » !

**Vous souhaitez être assuré pour une ou plusieurs activités sportives exclues du contrat ?**

Rien de plus simple, complétez la demande de prise en charge d'activités exclues par la notice et joignez le document spécifique à l'activité concernée. Vous l'obtiendrez sur simple demande auprès de votre conseiller.

# Cardif Garantie « Couverture Personnelle »

## NOTICE

Convention d'assurance collective n° 2284

# SOMMAIRE

<b>DEMANDES D'INFORMATION ET RECLAMATION</b> .....	P.15
<b>L'OBJET DE VOTRE CONTRAT CARDIF GARANTIE « COUVERTURE PERSONNELLE »</b> .....	P.16
<b>LES GARANTIES ET OPTIONS DE VOTRE CONTRAT</b>	
<b>01.</b> Quelles sont les <b>formules de garanties et options</b> que vous pouvez choisir ? .....	P.17
<b>02.</b> Quelles sont les <b>caractéristiques des garanties et options proposées</b> ? .....	P.17
<b>03.</b> Quels sont les <b>événements non couverts</b> par votre contrat? .....	P.19
<b>VOTRE ADHÉSION ET SES MODALITÉS</b>	
<b>04.</b> Qui peut <b>adhérer</b> au contrat et être <b>assuré</b> ? .....	P.21
<b>05.</b> Qui peut <b>bénéficier</b> des garanties? .....	P.21
<b>06.</b> Dans quels <b>pays êtes vous couvert</b> ? .....	P.21
<b>07.</b> A partir de quand et pour <b>combien de temps êtes-vous couvert</b> ? .....	P.21
<b>LA VIE DE VOTRE CONTRAT</b>	
<b>08.</b> Votre contrat peut-il être <b>modifié</b> ? .....	P.22
<b>09.</b> Quelles sont les caractéristiques de votre <b>cotisation d'assurance</b> ? .....	P.22
<b>LE SINISTRE</b>	
<b>10.</b> Quelles sont les <b>formalités</b> à accomplir? .....	P.23
<b>11.</b> Dans quel cas un <b>médecin expert</b> peut-il être désigné? .....	P.23
<b>LES INFORMATIONS GÉNÉRALES</b>	
<b>12.</b> Prescription .....	P.24
<b>13.</b> Faculté de renonciation .....	P.24
<b>14.</b> Informatique et Libertés .....	P.25
<b>15.</b> Contrôle de l'entreprise d'assurance .....	P.25
<b>LEXIQUE</b> .....	P.26

Tous les mots indiqués en **italique** dans le texte sont définis dans notre **lexique**.

# DEMANDE D'INFORMATION ET RÉCLAMATION



- **Pour toute question relative à votre adhésion ou à la vie de votre contrat, vous pouvez vous adresser à :**

CARDIF ASSURANCE VIE  
Service Gestion Prévoyance  
8, rue du Port  
92728 Nanterre Cedex  
**Tél : 01 41 42 42 50**

- **Pour toute question relative à un sinistre, vous pouvez vous adresser à :**

CARDIF ASSURANCE VIE  
Service Sinistres  
8, rue du Port  
92728 Nanterre Cedex  
**Tél : 01 41 42 23 09**

- **Toute réclamation concernant l'assurance peut être adressée à :**

CARDIF ASSURANCE VIE  
Service Relation Clients Prévoyance  
8, rue du Port  
92728 Nanterre Cedex

**Tél : 01 41 42 42 50** si votre réclamation porte sur votre adhésion et/ou la vie de votre contrat  
**01 41 42 84 76** si votre réclamation porte sur un sinistre

- **En cas de désaccord avec CARDIF et si toutes les voies de recours internes ont été épuisées, l'assuré ou ses ayants droit peut(peuvent) solliciter l'avis du Médiateur désigné par la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (F.F.S.A.), personne indépendante de CARDIF, sans préjudice pour l'assuré ou ses ayants droit d'exercer une action en justice.**

**La saisine du Médiateur se fait à l'adresse suivante :**

Le Médiateur de la FFSA  
BP 290  
75425 PARIS CEDEX 09

**Fax : 01 45 23 27 15**

Email : [le.mediateur@mediation-assurance.org](mailto:le.mediateur@mediation-assurance.org)

La Charte de la Médiation est disponible sur le site internet de la FFSA. Les conditions d'accès à ce Médiateur sont disponibles sur le site internet de la FFSA ou sur simple demande à l'adresse de nos bureaux.

## L'OBJET DE VOTRE CONTRAT CARDIF GARANTIE « COUVERTURE PERSONNELLE »

---

Cardif Garantie Couverture Personnelle propose une convention d'assurance collective à adhésion facultative n° 2284, régie par le Code des assurances, souscrite par l'Union Française d'Épargne et de Prévoyance (UFEP) auprès de CARDIF Assurance Vie (ci-après dénommée « CARDIF »), au profit de ses membres répondant aux conditions définies ci-après au paragraphe 4 de votre notice.

L'adhésion est constituée par la présente notice, par le *certificat d'adhésion* et ses annexes, la demande d'adhésion et les *formalités d'adhésion*.

Cardif Garantie Couverture Personnelle garantit :

- le versement d'un capital ou d'une rente temporaire (5, 10, 15 ans) en cas de décès et de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) de l'*assuré* ;
- le versement d'une rente d'invalidité en cas d'invalidité permanente partielle (IPP) ou d'invalidité permanente totale (IPT) de l'*assuré* ;
- le versement d'indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale de travail (ITT) de l'*assuré*.

Pour vous faciliter la lecture de cette notice :

- « vous » désigne l'*adhérent/assuré* à ce contrat;
- « nous » et « CARDIF » désignent l'assureur et le gestionnaire de ce contrat : CARDIF Assurance Vie.

Avant d'adhérer à Cardif Garantie Couverture Personnelle, étudiez attentivement les garanties au regard de vos besoins et de votre mode de vie. Elles détermineront l'étendue de votre assurance.

#### IL FAUT ENTENDRE PAR :

**ITT:** Incapacité Temporaire Totale de travail

**IPP:** Invalidité Permanente Partielle

**IPT:** Invalidité Permanente Totale

**PTIA:** Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

# LES GARANTIES ET OPTIONS DE VOTRE CONTRAT

 > Voir tableau

## IL FAUT ENTENDRE PAR :

- ITT:** Incapacité Temporaire Totale de travail
- IPP:** Invalidité Permanente Partielle
- IPT:** Invalidité Permanente Totale
- PTIA:** Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

## 1. QUELLES SONT LES FORMULES DE GARANTIES ET OPTIONS QUE VOUS POUVEZ CHOISIR ?

Vous pouvez bénéficier au choix des formules de garanties et options suivantes : 

Vous pouvez choisir les formules 3 et 4 uniquement si vous exercez une activité professionnelle rémunérée à la date de signature de la demande d'adhésion ou le cas échéant à la date de modification de votre formule de garantie.

## 2. QUELS SONT LES CARACTÉRISTIQUES DES GARANTIES ET OPTIONS PROPOSÉES ?

En cas de *sinistre*, les prestations versées dépendent des garanties et options choisies.

### 2.1. La garantie décès

- CARDIF verse au(x) *bénéficiaire(s)* le montant du capital ou du capital constitutif de la rente indiqué sur le *certificat d'adhésion* ou ses éventuels avenants, en vigueur à la date du décès. Ce montant ne peut être inférieur à 15 000 €.
- Dans le cas d'une rente, l'arrêlage de rente est déterminé pour chaque rentier lors de la transformation en rente en fonction du montant du capital constitutif de la rente qui lui

est attribuée, de la durée de rente choisie, de sa date de naissance, des tables de mortalité et du taux technique en vigueur à la date de transformation.

**Il est précisé que le versement de la rente cesse lors du décès du/des bénéficiaire(s).**

Le versement de cette prestation met fin au contrat.

La garantie décès peut être accompagnée de l'une ou bien des deux options suivantes :

#### ■ Option capital décès dégressif

Qu'est ce que l'*option capital décès dégressif* ?

Le montant du capital garanti en cas de décès est dégressif par paliers et fonction d'un échancier qui prend en compte les objectifs de l'adhérent et leur délai de réalisation. Le montant du capital garanti en cas de décès et les cotisations afférentes diminueront chaque année en fonction du palier déterminé initialement. Au terme du délai de réalisation fixé par l'*adhérent*, celui-ci reste couvert pour un montant de capital correspondant au dernier palier de l'échancier. En tout état de cause, ce montant ne peut être inférieur à 15 000 €.

Si le versement d'une rente en cas de décès a été choisi lors de l'adhésion, la prestation sera versée sous forme de rente temporaire.

**Il est précisé que le versement de la rente cesse lors du décès du/des bénéficiaire(s).**

&gt;&gt;&gt;



	GARANTIES						OPTIONS		
	Décès		PTIA		IPT	ITT	IPP	Options capital décès dégressif	Option doublement du capital décès
	accident + maladie	accident	accident + maladie	accident	accident + maladie	accident + maladie	accident + maladie		
formule 1	✖		✖					✖	✖
formule 2		✖		✖				✖	✖
formule 3	✖		✖		✖	✖			✖
formule 4	✖		✖		✖	✖	✖		✖

## LES GARANTIES ET OPTIONS DE VOTRE CONTRAT

Cette option est réservée aux *adhérents* ayant choisi les formules 1 ou 2.

### Que prend en charge CARDIF ?

CARDIF verse au(x) *bénéficiaire(s)* le montant du capital ou du capital constitutif de la rente déterminé selon les modalités décrites ci-dessus.

Le versement de cette prestation met fin à l'adhésion.

### ■ Option doublement du capital décès

Qu'est ce que l'option doublement du capital décès ?

En cas de décès accidentel, CARDIF double votre capital décès, **ce dans la limite de 300 000 €**.

Si le versement d'une rente en cas de décès a été choisi lors de l'adhésion, la prestation sera versée sous forme de rente temporaire.

**Il est précisé que le versement de la rente cesse lors du décès du/des *bénéficiaire(s)*.**

### Que prend en charge CARDIF ?

CARDIF verse au(x) *bénéficiaire(s)* le montant du capital ou du capital constitutif de la rente déterminé selon les modalités décrites ci-dessus.

Le versement de cette prestation met fin à l'adhésion.

## 2.2. La garantie perte totale et irréversible d'autonomie

### ■ Qu'est ce que la perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) ?

Vous êtes considéré en état de perte totale et irréversible d'autonomie :

- lorsque vous êtes reconnu inapte par CARDIF à tout travail à la suite d'une maladie ou d'un *accident*, et définitivement incapable de vous livrer à une activité, même de surveillance ou de direction, susceptible de vous procurer salaire, gain ou profit,
- et devez avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer au moins trois des quatre actes ordinaires de la vie courante (se laver, se nourrir, se vêtir, se déplacer).

### ■ Que prend en charge CARDIF ?

CARDIF vous verse le montant du capital ou du capital constitutif de la rente indiqué sur le *certificat d'adhésion* ou ses éventuels avenants, en vigueur à la date de constatation de la PTIA par CARDIF. Ce montant ne peut être inférieur à 15 000 €.

Le versement de cette prestation met fin à l'adhésion.

## 2.3. La garantie invalidité permanente totale ou partielle

### ■ Qu'est ce que l'invalidité permanente totale (IPT) ?

Vous êtes considéré en état d'invalidité permanente totale par CARDIF si vous présentez, à la suite d'une maladie ou d'un *accident* et après *consolidation* de votre état, un taux d'invalidité égal ou supérieur à 66 % (conformément au tableau ci-contre), vous rendant inapte à tout travail et définitivement incapable de vous livrer à une activité, même de surveillance ou de direction, susceptible de vous procurer salaire, gain ou profit. ■■

Cette garantie prend fin en cas de mise en jeu des garanties décès ou PTIA.

### ■ Qu'est ce que l'invalidité permanente partielle (IPP) ?

Vous êtes considéré en état d'invalidité permanente partielle par CARDIF, lorsque vous présentez, à la suite d'une maladie ou d'un *accident* et après *consolidation* de votre état, un taux d'invalidité supérieur à 33 % et inférieur à 66 % (conformément au tableau ci-contre), vous mettant dans l'impossibilité définitive et permanente d'exercer une partie de votre activité professionnelle. ■■

**Toute reprise d'une activité professionnelle, à temps plein, entraîne la cessation des prestations.**

Cette garantie prend fin en cas de mise en jeu des garanties décès, PTIA ou IPT.

### ■ Que prend en charge CARDIF ?

Si vous êtes reconnu par *CARDIF* en IPT ou

en IPP, vous percevrez une rente d'invalidité payable mensuellement à terme échu. Le montant de la rente versé est fonction du taux d'invalidité permanente constaté par expertise médicale.

**En tout état de cause, que vous soyez reconnu en IPT ou en IPP par CARDIF, le montant de la rente d'invalidité se trouve limité :**

- à 1/50<sup>e</sup> du montant du capital décès ;
- à la *limite de prestation* en vigueur à la *date de début d'arrêt de travail* ;
- à 7 750 € par mois sauf pour les demandes d'adhésion ayant fait l'objet d'un accord particulier avec CARDIF.

### ■ Comment est déterminé le taux d'invalidité permanente ?

Le tableau se trouvant à la page suivante permet de déterminer le taux contractuel d'invalidité permanente qui détermine le droit aux prestations et leur montant. Ce taux contractuel d'invalidité permanente est déterminé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle.

Le taux d'incapacité fonctionnelle est apprécié en dehors de toute considération professionnelle, selon le *barème de droit commun du Concours Médical*, en vigueur au jour de constatation de l'état d'invalidité. Il est basé uniquement sur la diminution de capacité physique consécutive à l'*accident* ou à la maladie.

Le taux d'incapacité professionnelle est apprécié par rapport à l'activité professionnelle exercée, en tenant compte :

- de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'*accident* ;
- des conditions normales d'exercice de cette activité ;
- des possibilités d'exercice restantes ;
- des possibilités de reclassement correspondant à votre niveau de formation et d'expérience professionnelle.

>>>

#### IL FAUT ENTENDRE PAR :

**ITT :** Incapacité Temporaire Totale de travail

**IPP :** Invalidité Permanente Partielle

**IPT :** Invalidité Permanente Totale

**PTIA :** Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

## LES GARANTIES ET OPTIONS DE VOTRE CONTRAT

 > Voir tableau

Ce taux est défini par le Médecin Conseil de CARDIF. Le tableau figurant ci-après indique le taux d'invalidité permanente (N) à retenir résultant de la combinaison du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle. ■■

Si le taux « N » est égal ou supérieur à 66 %, l'Invalidité Permanente est considérée comme totale et la rente indiquée au *certificat d'adhésion* est servie en totalité.

Si le taux « N » est compris entre 33 et 66 %, l'Invalidité Permanente est considérée comme partielle.

CARDIF prend en charge (N-33)/33 fois le montant de la rente prévue au titre de l'invalidité permanente totale (N étant le taux d'Invalidité Reconnu) dans la limite de 100 %.

Aucune rente n'est due lorsque le taux d'invalidité permanente « N » est inférieur à 33 %.

### 2.4. La garantie incapacité temporaire totale de travail

#### ■ Qu'est ce que l'incapacité temporaire totale de travail (ITT) ?

Vous êtes considéré en état d'incapacité temporaire totale de travail par CARDIF, lorsque vous vous trouvez, à la suite d'une maladie ou d'un *accident*, temporairement dans l'impossibilité totale et continue d'exercer, même à temps partiel, votre activité professionnelle, et

n'exercez aucune autre activité ou occupation, même de surveillance ou de direction susceptible de vous procurer salaire, gain ou profit.

#### ■ Que prend en charge CARDIF ?

CARDIF vous verse une indemnité journalière payable mensuellement à terme échu après expiration du délai de *franchise* choisie. Le montant de l'indemnité journalière versé sera égal au montant de base en incapacité temporaire totale de travail, indiqué sur le *certificat d'adhésion* ou ses éventuels avenants, en vigueur à la date d'arrêt de travail.

Vous pouvez choisir la durée de la *franchise* : 15, 30, 60 ou 90 jours.

Le montant de l'indemnité journalière se trouve toutefois limité :

- à 1/1000<sup>e</sup> du montant du capital décès ;
- à 1/30<sup>e</sup> de la limite de prestation en vigueur à la date de début d'arrêt de travail ;
- à 250 € par jour (7 750 € par mois) sauf pour les demandes d'adhésion ayant fait l'objet d'un accord particulier avec CARDIF.

La durée maximale de prise en charge est de 1095 jours.

Si vous êtes victime d'une rechute provenant du même *accident* ou de la même maladie survenant après une reprise d'activité professionnelle inférieure à 60 jours, celle-ci n'est pas considérée comme un nouveau *sinistre*.

En conséquence, il n'est pas fait application de la *franchise*.

Toutefois, une rechute survenant plus de 60 jours après une reprise d'activité professionnelle est considérée comme un nouveau *sinistre*. En conséquence, la *franchise* s'applique à nouveau.

La garantie ITT prend fin en cas de mise en jeu des garanties décès, PTIA, IPT et IPP.

### 3. QUELS SONT LES ÉVÈNEMENTS NON COUVERTS ?

**3.1. Les conditions d'indemnisation au titre du contrat Cardif Garantie Couverture Personnelle s'appliquent à tout accident ou maladie survenu(e) après la date de prise d'effet des garanties, à l'exclusion des cas suivants et de leurs suites, conséquences, rechutes et récidives :**

- le suicide intervenu au cours de la première année du contrat, les tentatives de suicide, les faits intentionnels de l'*assuré*. En cas d'augmentation des garanties, le suicide est exclu pour le supplément de garantie pendant la première année suivant la prise d'effet de cette augmentation ;
- l'usage de médicaments ou de stupéfiants à doses non prescrites médicalement, l'état d'ivresse (taux supérieur ou égal au taux

>>>



Taux d'Incapacité Professionnelle	Taux d'Incapacité Fonctionnelle								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10				29,24	33,02	35,69	40,00	43,27	46,42
20			31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30		30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	92,22	100,00

#### IL FAUT ENTENDRE PAR :

**ITT :** Incapacité Temporaire Totale de travail

**IPP :** Invalidité Permanente Partielle

**IPT :** Invalidité Permanente Totale

**PTIA :** Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

## LES GARANTIES ET OPTIONS DE VOTRE CONTRAT

d'alcoolémie défini dans le Code de la route en vigueur au jour du sinistre) ;

- les guerres civiles ou étrangères, les rixes, les crimes, les délits, les mouvements populaires, les attentats, les émeutes. Toutefois, dans les pays de l'Union Européenne, la Suisse, l'Islande, la Norvège, les États-Unis, le Japon et le Canada, ces exclusions ne s'appliquent pas en cas de légitime défense, en cas d'assistance à personne en danger ou si l'assuré n'a pas de participation active à l'un de ces événements ;
- la manipulation d'armes, d'engins explosifs, de produits inflammables ou toxiques ;
- les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur et d'irradiation, provenant de la transmutation des noyaux d'atomes ;
- les maladies ou les accidents dont la première constatation médicale est antérieure à la date de prise d'effet des garanties et dont l'exclusion a été notifiée par écrit à l'adhérent et acceptée par celui-ci ;
- les risques spéciaux dont l'exclusion a été notifiée par écrit à l'adhérent et acceptée par celui-ci ;
- les accidents résultant de comportements inadaptés de l'assuré qui n'a pas respecté les prescriptions réglementaires applicables à l'exercice des sports et activités qu'il pratique ;
- la pratique de raids, de tentatives de record, du saut à l'élastique, de la tauromachie, de la randonnée en montagne en solitaire, de la planche à voile à plus de 1 mile des côtes.

### 3.2. En outre, sont exclus les cas suivants et leurs suites et conséquences :

- la pratique des sports aériens et/ou l'utilisation de tous engins aériens (autre que l'utilisation en tant que passager ou personnel navigant des lignes commerciales régulières et de vols charters) ; la pratique des sports de combat, du cyclisme professionnel en compétition, de l'équitation (quand celle-ci est pratiquée à titre professionnel, à l'occasion de compétitions équestres ou dans le cadre de la chasse à courre), des sports de neige ou de glace (autre que la pratique amateur sur piste du ski alpin ou de fond, du monoski ou/et du surf ainsi que celle du patinage), de l'escalade, de la randonnée en montagne au-dessus de 3000 mètres, de l'alpinisme, du canyoning, de la spéléologie, du motonautisme en compétition (y compris scooter des mers), de la voile à plus de 25 miles des côtes, de la plongée sous-marine (autre que la pratique amateur à moins de 20 mètres de profondeur), des sports automobiles, de la moto en compétition.

Toutefois, à la demande expresse de l'adhérent, tout ou partie de ces activités peuvent être assurées moyennant une tarification spéciale.

### 3.3. En outre sont exclues les ITT, IPP, IPT et PTIA résultant :

- des affections psychiatriques et des troubles

anxio-dépressifs, de la spasmophilie, du syndrome de fatigue chronique, de la fibromyalgie. Toutefois ne sont pas exclus les troubles anxio-dépressifs, neuro-psychiques, la spasmophilie, et leurs conséquences, s'ils ont nécessité une hospitalisation de plus de 30 jours continus dans les 6 mois suivant le premier jour d'arrêt de travail ;

- des atteintes discales et/ou vertébrales, sauf si elles nécessitent une hospitalisation d'au moins 7 jours ou s'il s'agit de fractures ;
- de traitements esthétiques, d'opération de chirurgie esthétique ;
- les arrêts de travail pour séjour hospitaliers dans les conditions suivantes : cures thermales, maisons de repos ou de plein air, maisons dites de santé médicales, séjours climatiques ou diététiques, cures de désintoxication ou de sommeil.

#### En outre sont exclus les ITT résultant :

- des arrêts de travail liés à la maternité sauf la grossesse pathologique et ses conséquences.

#### IL FAUT ENTENDRE PAR :

**ITT**: Incapacité Temporaire Totale de travail

**IPP**: Invalité Permanente Partielle

**IPT**: Invalité Permanente Totale

**PTIA**: Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

# VOTRE ADHÉSION ET SES MODALITÉS

## IL FAUT ENTENDRE PAR :

**ITT:** Incapacité Temporaire Totale de travail

**IPP:** Invalidité Permanente Partielle

**IPT:** Invalidité Permanente Totale

**PTIA:** Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

## 4. QUI PEUT ADHÉRER AU CONTRAT ET ÊTRE ASSURÉ ?

Sous réserve de l'acceptation du risque par CARDIF au vu des *formalités d'adhésion*, et de l'éventuelle demande de levée d'exclusions, est admissible au présent contrat, sous le terme d'*assuré*, toute personne physique âgée à la date de signature de la demande d'adhésion de :

- plus de 18 ans ;
- moins de 85 ans pour la garantie décès ;
- moins de 60 ans pour les garanties perte totale et irréversible d'autonomie, incapacité temporaire totale de travail, invalidité permanente totale et invalidité permanente partielle.

L'*assuré* est désigné de façon définitive sur la demande d'adhésion comme étant l'*adhérent* lui-même.

L'*adhérent/assuré* doit en outre être résident d'un État partie à l'Espace Économique Européen, de Nouvelle Calédonie, de Polynésie Française, de Wallis et Futuna ou de la Principauté de Monaco.

## 5. QUI PEUT BÉNÉFICIER DES GARANTIES ?

En cas de décès de l'*assuré*, le capital ou le capital constitutif de la rente est versé au(x) *bénéficiaire(s)* désigné(s) sur le *certificat d'adhésion* ou ses éventuels avenants.

En cas d'ITT, d'IPT, d'IPP ou de PTIA de l'*assuré*, les prestations sont versées à l'*assuré*.

## 6. DANS QUELS PAYS ÊTES-VOUS COUVERT ?

Les garanties proposées dans le cadre de l'adhésion au contrat s'exercent dans le monde entier dans les limites fixées par le paragraphe 3 de la notice.

## 7. À PARTIR DE QUAND ET POUR COMBIEN DE TEMPS ÊTES-VOUS COUVERT ?

### 7.1. A quelle date est conclue votre adhésion ?

L'adhésion est conclue :

- à la date de réception du *certificat d'adhésion* transmis par CARDIF si l'adhésion est acceptée sans surprime ni exclusion ;
- à la date de signature de l'accord de l'*assuré* sur la lettre de notification des surprimes et/ou exclusions envoyée par CARDIF.

En cas d'acceptation avec exclusion de certains risques, de levée d'exclusions ou avec majoration de la cotisation, l'*adhérent* doit donner son accord écrit sur les nouvelles conditions dans le délai prévu sur la lettre de notification des surprimes et/ou des exclusions. En cas de refus de l'*adhérent*, les frais de dossier perçus à l'adhésion restent acquis à CARDIF et le contrat est réputé n'avoir jamais pris effet.

### 7.2. A quel moment prennent effet vos garanties ?

Les garanties prennent effet sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation, à la date de conclusion de l'adhésion.

Pendant la période d'accomplissement des formalités médicales et financières, vous êtes garanti contre le risque de décès consécutif à un *accident*. Cette garantie est accordée pour le montant du capital assuré, dans la limite de 350 000 € et sous réserve des exclusions mentionnées au paragraphe 3 de votre notice. La date d'effet de cette garantie est la date de signature par l'*adhérent* de la demande d'adhésion. La garantie prend fin à la date de réception du *certificat d'adhésion* et au plus tard 60 jours après la date d'effet de cette garantie.

### 7.3. Quelle est la durée de l'adhésion ?

L'adhésion est conclue pour une durée d'un an et se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction.

## 7.4. Quand vos garanties et votre adhésion prennent-elles fin ?

L'adhésion et les garanties prennent fin :

- en cas de non paiement des cotisations par l'*adhérent* ;
- en cas de résiliation par l'*adhérent* de l'adhésion à la convention n° 2284, par lettre recommandée avec avis de réception adressée à Cardif Assurance Vie-Service Gestion Prévoyance- 8 rue du Port- 92728 Nanterre Cedex au moins 2 mois avant la date de renouvellement du contrat, le cachet de la poste faisant foi ;
- à la date de versement du capital ou de la rente en cas de décès ou de PTIA ;
- en cas de résiliation par CARDIF ou l'UFEP de la convention n° 2284, à la date de renouvellement de l'adhésion qui suit la date de résiliation. L'*adhérent* en sera informé 3 mois avant par lettre recommandée ;

De plus, CARDIF s'engage à maintenir les adhésions de plus de 2 ans, en vigueur, selon les dispositions de la présente notice, sur demande de l'*adhérent*, sous réserve du paiement des cotisations.

En outre,

- la garantie décès prend fin à la date de renouvellement qui suit le 90<sup>e</sup> anniversaire de l'*assuré* ;
- les garanties perte totale et irréversible d'autonomie, invalidité permanente partielle, invalidité permanente totale, incapacité temporaire totale de travail prennent fin à la date de renouvellement qui suit la survenance de l'un des événements suivants :
  - l'*assuré* ne répond plus aux conditions de prise en charge des garanties mises en jeu ;
  - le 65<sup>e</sup> anniversaire de l'*assuré* ;
  - la date de liquidation même partielle de toute pension de retraite ou de préretraite de l'*assuré* (sauf pour raisons médicales) ;
  - la date de cessation d'activité professionnelle de l'*assuré* (sauf pour raisons médicales) ;
- les garanties invalidité permanente totale et incapacité temporaire totale de travail prennent fin à la date de renouvellement qui suit la reprise d'activité, même partielle, ou le déplacement de l'*assuré* sur un lieu de travail pour exercer un rôle de surveillance ou de direction.

# LA VIE DE VOTRE CONTRAT

## 8. VOTRE CONTRAT PEUT-IL ÊTRE MODIFIÉ ?

### 8.1. Comment pouvez-vous modifier vos garanties ?

À tout moment, en cours de vie du contrat, vous pouvez demander à modifier le choix et le montant de vos garanties pour tenir compte des évolutions de votre situation personnelle et professionnelle.

Ces modifications entreront en vigueur à la date figurant sur l'avenant au *certificat d'adhésion* sous réserve de l'acceptation de la modification du risque et de l'encaissement effectif de la nouvelle cotisation par CARDIF conformément au paragraphe 8.2, au vu d'éventuelles *formalités d'adhésion* et de l'éventuelle demande de levée d'exclusions.

### 8.2. Que devez-vous faire en cas de modification de votre situation personnelle ?

Si votre situation personnelle a changé (changement d'activité professionnelle ou des conditions d'exercice de celle-ci, changement des activités liées à vos habitudes de vie, reprise ou arrêt du tabagisme depuis plus de 24 mois, changement de domicile), vous devez en informer CARDIF par lettre recommandée avec avis de réception (**Cardif Assurance Vie- Service Gestion Prévoyance- 8 rue du Port- 92728 Nanterre Cedex**), dans les 30 jours qui suivent ce changement.

Si CARDIF estime que votre nouvelle situation entraîne une modification du risque, nous pouvons :

- soit proposer des nouvelles conditions d'assurance et une nouvelle cotisation adaptée à la nouvelle situation ;
- soit mettre fin aux garanties.

**En cas de survenance d'un des événements cités au paragraphe 7-4 de votre notice mettant fin à l'une des garanties, l'adhérent ou le bénéficiaire se doit d'en informer CARDIF par lettre recommandée avec avis de réception (Cardif Assurance Vie- Service Gestion Prévoyance- 8 rue du Port- 92728 Nanterre Cedex ) dans les 30 jours suivant la survenance pour permettre la modification du *certificat d'adhésion* et l'adaptation de ses cotisations. À défaut de déclaration de la part de l'adhérent, le paiement des cotisations ne donne pas droit à prestations au titre des garanties, devenues sans objet.**

En outre, en cas de changement de votre situation personnelle entraînant une modification de

vos *revenu de référence fiscal*, vous devez en informer CARDIF par lettre recommandée (**Cardif Assurance Vie-Service Gestion Prévoyance- 8 rue du Port- 92728 Nanterre Cedex**) dans les 30 jours suivant la survenance de l'un des événements mentionnés ci-dessus pour permettre la modification du *certificat d'adhésion* et l'adaptation de vos cotisations.

Dans le cas contraire, les prestations et les cotisations seront réduites proportionnellement.

**En cas de non déclaration, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou de déclaration tardive de la part de l'adhérent d'une des situations précitées, CARDIF pourra faire application des articles L. 113-2, L. 113-8, L. 113-9 du Code des assurances.**

## 9. QUELLES SONT LES CARACTÉRISTIQUES DE VOTRE COTISATION D'ASSURANCE ?

### 9.1. Quel est le coût de votre assurance ?

Le montant de la première cotisation est fonction de l'âge de l'*assuré* à la date de prise d'effet des garanties, des montants de prestations et de la périodicité choisies lors de l'adhésion, de la *franchise* choisie pour l'ITT, des options choisies, de(s) la majoration(s) éventuelle(s) due(s) aux résultats des *formalités d'adhésion* ou à l'appartenance à une catégorie socio-professionnelle donnée. À chaque date de renouvellement, le montant de la cotisation est recalculé en tenant compte de l'âge atteint par l'*assuré* ainsi que d'une éventuelle modification du contrat.

### 9.2. Quelles sont les modalités de paiement de votre cotisation ?

Les cotisations sont payables d'avance, le 5 du mois mensuellement, trimestriellement, ou annuellement selon la périodicité choisie lors de l'adhésion. Si le fractionnement des cotisations choisi aboutit à une cotisation d'un montant inférieur à 15 €, CARDIF se réserve le droit de modifier le fractionnement. Le premier prélèvement s'effectuera même en cas de décès de l'*assuré*. Le contrat prévoit des frais de fractionnement de 4 % pour un règlement mensuel et de 3 % pour un règlement trimestriel. Les frais de dossier sont prélevés une seule fois et en même temps que la première cotisation. Ils s'élèvent à 20 € par demande d'adhésion

Le paiement des cotisations s'effectue par débit d'un compte bancaire ouvert dans un établis-

sement établi dans un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'Espace Economique Européen ou dans la Principauté monégasque.

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, il vous est adressé une lettre recommandée, vous invitant à vous acquitter du montant dû. Cette lettre recommandée indiquera que, si 30 jours après son envoi, la cotisation ou fraction de cotisation due n'est toujours pas payée, les garanties seront suspendues et 10 jours plus tard le contrat sera résilié (article L.113-3 du Code des assurances).

En cas de contestation du mode de paiement de votre cotisation ou fraction de cotisation, telle que prévue par la réglementation bancaire européenne, vous disposez d'un délai de 2 jours ouvrés à compter de cette contestation pour le remplacement par tout autre mode de paiement. A défaut, seront appliquées les mêmes règles du Code des assurances décrites ci avant.

### 9.3. Votre cotisation peut-elle être révisée ?

Nous nous réservons le droit de réviser le barème des cotisations :

- à la date de renouvellement, si l'évolution des caractéristiques actuarielles de l'ensemble des *assurés* au titre de la convention n° 2284 Cardif Garantie Couverture Personnelle le justifie. Le nouveau barème des cotisations sera porté à votre connaissance moyennant un préavis de 3 mois avant la date de renouvellement de l'adhésion. Dans le mois suivant cette notification, vous pourrez refuser cette modification en résiliant votre adhésion par simple lettre adressée à Cardif Assurance Vie-Service Gestion Prévoyance- 8 rue du Port- 92728 Nanterre Cedex. À défaut, vous serez réputé l'accepter.
- à la prochaine échéance de cotisation, si les Pouvoirs Publics changent le taux de la taxe incluse dans le barème des cotisations.

#### IL FAUT ENTENDRE PAR :

**ITT**: Incapacité Temporaire Totale de travail

**IPP**: Invalidité Permanente Partielle

**IPT**: Invalidité Permanente Totale

**PTIA**: Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

# LE SINISTRE

## IL FAUT ENTENDRE PAR :

**ITT :** Incapacité Temporaire Totale de travail

**IPP :** Invalidité Permanente Partielle

**IPT :** Invalidité Permanente Totale

**PTIA :** Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

 > Voir tableau

## 10. QUELLES SONT LES FORMALITÉS À ACCOMPLIR ?

Les pièces suivantes sont à adresser, éventuellement sous pli confidentiel, à l'attention du Médecin Conseil à l'adresse suivante : 

CARDIF Assurance Vie  
Service Gestion des sinistres  
8 rue du port  
92728 Nanterre Cedex

dans les 6 mois suivant la survenance du *sinistre*.  
À défaut, la prise en charge débutera à compter de la date de votre déclaration.

## 11. DANS QUEL CAS UN MÉDECIN EXPERT PEUT-IL ÊTRE DESIGNÉ ?

Nous nous réservons le droit d'obtenir des renseignements sur le *sinistre* et/ou de demander des documents complémentaires.

Pour apprécier le bien fondé de la mise en jeu des garanties ITT, IPP, IPT et PTIA, nous nous réservons le droit, de vous soumettre à un examen médical auprès d'un médecin expert indépendant que nous désignerons à cet effet. Nous prenons en charge les frais relatifs à l'examen médical. Vous avez la possibilité de vous faire assister du médecin de votre choix ou d'opposer les conclusions de votre propre médecin traitant.

**Si vous refusez d'être examiné, vous serez considéré comme ayant renoncé au bénéfice de l'assurance.** Nous pouvons également procéder à tout contrôle en cours de prise en charge dont la conséquence peut être l'arrêt de l'indemnisation.

En cas de désaccord entre votre médecin et le(s) médecin(s) expert(s) que nous avons missionné(s), nous pourrions désigner ensemble un troisième médecin pour les départager. Si nous ne nous entendons pas sur le choix de ce médecin, le Président du Tribunal de Grande Instance de votre domicile s'en chargera. Nous nous partagerons les frais engagés pour l'intervention de ce troisième médecin.

L'examen médical et les éventuels contrôles seront réalisés sur le sol français métropolitain et conditionnent le versement des prestations ITT, IPT, IPP et PTIA.

L'appréciation par CARDIF des notions d'incapacité et d'invalidité est sans lien avec la décision de la Sécurité sociale, du médecin du travail ou de tout autre organisme.

Le règlement des sommes dues intervient dans le mois suivant la réception par CARDIF des pièces justificatives. Le compte bancaire de destination du paiement des prestations doit avoir été ouvert dans un établissement établi dans un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'Espace Economique Européen ou dans la Principauté monégasque.

### En cas de réalisation du risque

### Pièces à fournir en cas de sinistre

#### En cas d'accident

En plus des documents demandés pour la garantie mise en jeu :

- un certificat médical précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'*accident*
- les preuves de l'*accident* telles que : rapport de police, procès verbal de gendarmerie.

#### Décès

- un acte de décès de l'*assuré* ;
- le questionnaire médical qui est fourni par CARDIF, sur simple demande, à l'adresse ci-dessus indiquée, à remplir et signer par le médecin traitant ou le médecin ayant constaté le décès ;
- si nécessaire, une photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité du(des) *bénéficiaire(s)* et un acte de notoriété ;
- l'attestation de dissolution du PACS pour cause de décès si le *bénéficiaire* est le partenaire d'un PACS, ou un justificatif de vie commune (facture...) si le *bénéficiaire* est le concubin notoire ;
- le RIB du(des) *bénéficiaire(s)*.

#### PTIA

- le questionnaire médical qui est fourni par CARDIF, sur simple demande, à l'adresse ci-dessus indiquée, à remplir et signer par le médecin traitant ;
- la notification de mise en invalidité 3<sup>e</sup> catégorie pour les assujettis à la Sécurité sociale et, pour les non-assujettis, toute preuve attestant de l'invalidité.

#### IPT

- le questionnaire médical qui est fourni par CARDIF, sur simple demande, à l'adresse ci-dessus indiquée, à remplir et signer par le médecin traitant ;
- la notification de mise en invalidité 2<sup>e</sup> catégorie pour les assujettis à la Sécurité sociale et, pour les non-assujettis, toute preuve attestant de l'invalidité ;
- les documents justifiant le *revenu de référence de l'assuré* ainsi que les décomptes des prestations assurées par ses régimes d'assurances obligatoires et ses contrats complémentaires.

#### ITT ou IPP

- le questionnaire médical de déclaration de sinistre qui est fourni par CARDIF sur simple demande, à l'adresse ci-dessus indiquée, à remplir et signer par le médecin traitant ;
- un certificat d'arrêt de travail établi par le médecin ;
- un avis de prolongation du médecin le cas échéant ;
- les décomptes de règlement des indemnités journalières de la Sécurité sociale si l'*assuré* est salarié ;
- les documents justifiant le *revenu de référence de l'assuré* ainsi que les décomptes des prestations assurées par ses régimes d'assurances obligatoires et ses contrats complémentaires.

# LES INFORMATIONS GÉNÉRALES

La langue utilisée pendant la durée de l'adhésion est le français (L.112-3 du Code des assurances). Les relations précontractuelles et le présent contrat sont régis par le droit français. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

Vous bénéficiez au titre du présent contrat du *fonds de garantie* des assureurs de personnes dans les limites de la réglementation applicable.

## 12. PRESCRIPTION

■ Conformément à l'article L.114-1 du Code des assurances en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet 2013, « toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à 10 ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'Adhérent et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré ».

■ Conformément à l'article L.114-2 du Code des assurances en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet 2013, « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité ».

■ Conformément aux dispositions des articles 2240 à 2244 du Code civil en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet 2013 :

« La reconnaissance par le débiteur du droit

de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription » ;

« La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion » ;

« Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulée par l'effet d'un vice de procédure » ;

« L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance » et cette interruption « est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée » ;

« Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée ».

■ Conformément à l'article L. 114-3 du Code des assurances en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet 2013, « par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci ».

■ Conformément aux dispositions des articles 2233 à 2239 du Code civil en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet 2013 :

« La prescription ne court pas : à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ; à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé ».

« La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure » ;

« Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts » ;

« Elle ne court pas ou est suspendue entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité » ;

« Elle ne court pas ou est suspendue contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession » ;

« La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la consolidation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de

médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois » ;

« La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée ».

## 13. FACULTE DE RENONCIATION

En cas de démarchage, (article L. 112-9 du Code des assurances) :

« Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »

Au titre du présent contrat, ce délai est porté à 30 jours calendaires révolus à compter de la conclusion du contrat.

Le jour de la conclusion du contrat mentionnée ci-dessus correspond à la date de conclusion de l'adhésion telle que définie au paragraphe 7-1 de votre notice.

Modèle de lettre : « Je soussigné (M./Mme, nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat Cardif Garantie Couverture Personnelle N°.....

Le (date) Signature »

## LES INFORMATIONS GÉNÉRALES

---

Cette lettre est à envoyer à l'adresse suivante :

Cardif Assurance Vie  
Service Gestion Prévoyance  
8, rue du Port- 92728 Nanterre Cedex

Nous vous remboursons l'intégralité des sommes éventuellement versées dans un délai maximum de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre de renonciation. A compter de l'envoi de cette lettre, le contrat et les garanties prennent fin.

Dans tous les autres cas, vous bénéficiez de la faculté de renonciation, selon les modalités ci-dessus.

### 14. INFORMATIQUE ET LIBERTES

Dans le cadre de la relation d'assurance, CARDIF est amenée à recueillir auprès de l'*adhérent/assuré* des données personnelles protégées par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés. Le caractère obligatoire ou facultatif des données personnelles demandées et les éventuelles conséquences à l'égard de l'*adhérent/assuré* d'un défaut de réponse sont précisés lors de leur(s) collecte(s). Le responsable du traitement de ces données personnelles est CARDIF qui les utilise principalement pour les finalités suivantes, dans le strict respect du secret médical : gestion de la relation d'assurance, animation commerciale et études statistiques, enquêtes et sondages, évaluation du risque, prévention de la fraude, recouvrement et lutte contre le blanchiment d'argent.

À ce titre, l'*adhérent/assuré* est informé que les données personnelles le concernant peuvent être transmises :

- aux établissements et sous-traitants liés contractuellement à CARDIF pour l'exécution de tâches se rapportant directement aux finalités décrites précédemment ;
- aux partenaires commerciaux de CARDIF qui interviennent dans la réalisation d'un produit ou un service souscrit par l'*adhérent/assuré* aux seules fins d'exécution de leurs obligations contractuelles vis-à-vis de l'*adhérent/assuré* ou de CARDIF;
- à des organismes publics afin de satisfaire aux obligations légales ou réglementaires incom-

bant à CARDIF;

- vers des pays non membres de l'Union Européenne lorsque l'exécution du contrat le nécessite.

L'*adhérent/assuré* accepte que ses conversations téléphoniques avec CARDIF puissent être écoutées et enregistrées à des fins d'amélioration de la qualité de service et de la formation des équipes de CARDIF.

Enfin, toute déclaration fautive ou irrégulière pourra faire l'objet d'un traitement spécifique destiné à prévenir la fraude. L'ensemble de ces données peut donner lieu à l'exercice du droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime, dans les conditions et limites prévues par les articles 38, 39 et 40 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée. À cet effet, l'*adhérent/assuré* peut obtenir une copie des données personnelles les concernant par courrier (en joignant à sa demande la copie d'un justificatif d'identité comportant sa signature) adressé au Service Relation Clients- Prévoyance – 8 rue du Port- 92728 Nanterre Cedex.

### 15. CONTROLE DE L'ENTREPRISE D'ASSURANCE

L'organisme chargé du contrôle de CARDIF en tant qu'entreprise d'assurance est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution- 61, rue Taitbout- 75009 Paris.

# LEXIQUE

Les mots et expressions « essentiels » contenus dans la notice sont définis dans ce lexique pour vous aider à mieux comprendre votre contrat.

**Accident** : évènement soudain, extérieur et imprévisible qui provoque des dommages corporels. Vous ne devez pas avoir volontairement déclenché cet évènement. Ne sont donc pas des accidents au sens du contrat : le suicide et les suites et conséquences des tentatives de suicide, les maladies et leurs conséquences, ainsi que les interventions chirurgicales et leurs suites directes ou indirectes.  
A titre d'exemple, un « accident vasculaire » ou une hémorragie interne sans cause traumatique ne sont pas des accidents.

**Adhérent** : personne physique membre de l'UFEP, répondant aux conditions d'admission (l'adhésion à l'UFEP figure dans la demande d'adhésion à la convention d'assurance collective n° 2284), ayant signé la demande d'adhésion à l'assurance. Il est le payeur des cotisations et est obligatoirement assuré.

**Assuré** : personne physique ayant signé la demande d'adhésion, répondant aux conditions d'admission à l'assurance et sur laquelle reposent les garanties souscrites.

**Barème de droit commun du concours médical** : barème permettant au médecin de fixer votre taux d'atteinte à l'intégrité physique et psychique au regard du(des) dommage(s) corporel(s) subi(s). Il est publié par la revue « Concours médical ». Il s'agit du barème en vigueur au jour de la constatation de l'état d'invalidité.

**Bénéficiaire(s)** : personne(s) physique(s) désignée(s) par l'adhérent ou définies contractuellement comme devant recevoir le montant de la garantie choisie conformément aux dispositions du paragraphe 5 de votre notice.

**Certificat d'adhésion** : document adressé par CARDIF à l'adhérent, confirmant l'adhésion au présent contrat et sur lequel sont précisés la formule de garanties choisies, la personne assurée, le montant des cotisations, et le cas échéant l'existence des éventuelles exclusions et/ou surprimes.

**Date de début d'Arrêt de Travail** : date d'arrêt de travail figurant sur le certificat d'arrêt de travail fourni par le médecin traitant. Cette date ne peut être antérieure à la visite du médecin traitant. Si l'arrêt de travail survient hors de France Métropolitaine, c'est la date de la première

constatation médicale de cet état en France Métropolitaine.

**État consolidé** : état médical non susceptible d'évolution.

**Fonds de garantie des assureurs de personnes** : fonds visant à renforcer la protection des assurés en cas de défaillance d'une société d'assurances de personnes.

**Formalités d'adhésion** : demande d'adhésion, questionnaires médicaux, questionnaires financiers, questionnaires d'habitude de vie ainsi que d'éventuelles formalités complémentaires qui permettront à CARDIF d'accepter le risque avec ou sans condition, ou de le refuser.

**Franchise** : nombre minimum de jours consécutifs d'arrêt de travail au-delà duquel une indemnisation est possible.

**Fumeur** : personne physique consommant du tabac même à titre occasionnel, ou en ayant consommé au cours des 24 derniers mois.

**Limite de prestation** : revenu de référence déduction faite des prestations mensuelles assurées au titre des régimes d'assurance obligatoires et des contrats complémentaires.

**Revenu de Référence Fiscal** : moyenne des revenus annuels nets catégoriels fiscalement déclarés sur les deux dernières années (à défaut la dernière année) y compris les dividendes versés liés à l'activité professionnelle et ramenés sur une base mensuelle (à l'exclusion des BIC et des BNC non professionnels, des revenus des capitaux et des plus-values mobilières non liés à l'activité professionnelle et immobilières).

**Sinistre** : évènement donnant lieu à garantie au titre de votre adhésion : décès, perte totale et irréversible d'autonomie, invalidité permanente totale, invalidité permanente partielle, incapacité temporaire totale de travail.

**Union Française d'Epargne et de Prévoyance (UFEP)** : association qui souscrit des contrats collectifs d'assurance des personnes au profit de ses membres adhérents. Elle est régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 sur les associations et par des articles L 141-7 et R 141-1 à R 141-9 du Code des assurances. Ses statuts sont disponibles

sur le site Internet [www.ufep.fr](http://www.ufep.fr) ou peuvent être adressés sur demande au siège de l'association, 1 rue des Fondrières- 92000 Nanterre. Elle a pour objet de souscrire des contrats collectifs d'assurance vie et d'épargne retraite ou des contrats collectifs d'assurance prévoyance. A ce titre, elle représente les intérêts collectifs des adhérents dans les relations avec CARDIF.

# BNP PARIBAS CARDIF

## Un trait d'union entre des partenaires et des clients

90 millions de personnes dans le monde ont un point commun : elles sont assurées par BNP Paribas Cardif. En 40 ans d'existence, la filiale de BNP Paribas est en effet devenue un spécialiste mondial de l'assurance des personnes et des biens, présent dans 37 pays en Europe, en Asie et en Amérique latine.

## Deux activités : l'épargne et la protection

Spécialiste reconnu de l'assurance des emprunteurs, son activité historique, BNP Paribas Cardif conçoit et commercialise des produits et services dans le domaine de l'épargne, de la prévoyance individuelle et collective.

## Et toujours...

- > Les compétences et le savoir-faire de votre conseiller habituel.
- > La qualité et le professionnalisme des équipes de Cardif pour la gestion de votre contrat en cas de sinistre.

**UFEP**  
Association régie  
par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901  
sur les Associations et  
par les articles L. 141-7  
et R. 141 du Code des assurances  
Siège social : 1, rue des Fondrières 92000 Nanterre

**CARDIF Assurance Vie**  
Entreprise régie  
par le Code des assurances  
S.A. au capital de 717 559 216 €  
732 028 154 RCS Paris  
Siège social : 1, boulevard Haussmann  
TSA 93000 - 75318 Paris cedex 09  
Bureaux : 8, rue du Port  
92728 Nanterre Cedex  
Tél. 01 41 42 83 00

**CARDIF-Assurances Risques Divers**  
Entreprise régie  
par le code des assurances  
S.A. au capital de 16 875 840 €  
308 896 547 RCS Paris  
Siège social : 1, boulevard Haussmann  
TSA 93000 - 75318 Paris Cedex 09  
Bureaux : 8, rue du Port  
92728 Nanterre Cedex  
Tél. 01 41 42 83 00

