

Déclaration de bonne santé

Pour les garanties "Décès" et/ou "Incapacité de travail", cette déclaration doit être complétée dans tous les cas et est suffisante pour l'acceptation du risque décès si aucune autre police n'est actuellement en cours chez BNP Paribas Cardif et si l' (Les) assuré(e) (s)répond(ent) aux critères ci-dessous. Les formalités médicales indiquées dans le tableau sont minimales et peuvent faire l'objet d'éventuel(s) examen(s) complémentaire(s) demandé(s) par la compagnie.

	Age de l'assuré(e) à la souscription			
	de 18 à 40 ans	de 41 à 50 ans	de 51 à 65 ans	66 ans et plus
max. € 100.000	Déclaration de bonne santé			Questionnaire médical Les formalités médicales indiquées dans le tableau sont minimales et peuvent faire l'objet d'éventuel(s) examen(s) complémentaire(s) demandé(s) par la compagnie.
max. € 150.000				
max. € 250.000				
€ 250.001 et plus				

NB : si vous ne répondez pas à un de ces critères ou si vous répondez "Faux" à au moins une des déclarations ci-dessous, vous devez joindre à la présente déclaration le questionnaire médical complémentaire complété et signé.

	Assuré(e) / Assuré(e) 1*	Assuré(e) 2*
Je suis en bonne santé et je suis capable de travailler sans restriction.	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux
Je n'ai pas ou je ne suis pas atteint(e) d'une infirmité, d'un handicap ou d'une maladie de quelque nature que ce soit depuis ces dix dernières années, je n'ai pas subi un test sérologique (hépatites ou SIDA) qui se soit révélé positif et je n'ai pas eu ou je ne suis pas atteint(e) d'une affection au système nerveux, psychique, au cœur ou aux vaisseaux sanguins, au système respiratoire, au reins ou voies urinaires, aux organes génitaux, au sang, aux muscles, aux articulations, aux yeux ou d'un diabète, d'une tumeur, d'un cancer, depuis ces dix dernières années.	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux
Je ne suis actuellement pas ou je n'ai pas suivi de traitement d'une durée supérieure à trois semaines consécutives depuis ces cinq dernières années, je n'ai pas été hospitalisé(e), je n'ai pas subi d'intervention chirurgicale ces dix dernières années (à l'exclusion de l'ablation des végétations, des amygdales ou de l'appendice et de l'extraction des dents de sagesse) ou je ne dois pas en subir une prochainement.	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux
Je n'ai pas consulté de médecin au cours des douze derniers mois (en dehors des affections saisonnières comme la grippe, gastro-entérites ou rhinites allergiques au pollen) et aucune consultation n'est prévue endéans les trois prochains mois.	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux
Je n'ai pas été en incapacité de travail totale ou partielle ou je n'ai pas eu, au cours des cinq dernières années, un arrêt de travail ou un traitement supérieur à trois semaines consécutives.	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux

* En cas de formule 2win

Assuré(e) / Assuré(e) 1*

Veuillez préciser votre taille et votre poids. Taille : Poids :

Assuré(e) 2* (uniquement en cas de formule 2win)

Veuillez préciser votre taille et votre poids. Taille : Poids :

Déclaration fumeur / non-fumeur : vous pouvez bénéficier du tarif non-fumeur si vous n'avez pas fumé depuis au moins 24 mois.

Assuré(e) / Assuré(e) 1*

- Je n'ai jamais fumé
- J'ai arrêté de fumer depuis
- Je fume

Assuré(e) 2* (uniquement en cas de formule 2win)

- Je n'ai jamais fumé
- J'ai arrêté de fumer depuis
- Je fume

Souhaitez-vous utiliser le questionnaire médical en ligne ?

- Oui Non

Si oui, merci de bien vouloir nous communiquer votre adresse e-mail pour que nous puissions vous envoyer d'avantage d'informations.

E-mail de l'assuré(e) 1 :

E-mail de l'assuré(e) 2 (2win) :

Fait à le

Signature Preneur d'assurance et Assuré(e) 1 en cas de formule 2win (précédée de la mention "lu et approuvé")

Signature Assuré(e) ou Assuré(e) 2 en cas de formule 2win (précédée de la mention "lu et approuvé")