

Déclaration spéciale non-fumeur

1^{er} Assuré

Nom et prénom de la personne à assurer _____

Date de naissance _____

2^{ème} Assuré

Nom et prénom de la personne à assurer _____

Date de naissance _____

Je déclare sur l'honneur ne pas avoir fumé même à titre occasionnel, au cours des 24 derniers mois et qu'en cas d'arrêt de tabac antérieur à 24 mois, cet arrêt n'a pas été motivé par la demande expresse du corps médical. En outre, je dois informer l'Assureur si je (re)commence à fumer, même occasionnellement, pendant la durée du contrat. A cet égard, l'Assureur se réserve le droit de pratiquer, pendant la durée du contrat, tout contrôle qu'il juge nécessaire.

Je certifie que les renseignements fournis sont exacts et prends acte qu'une réticence ou fausse déclaration intentionnelle de ma part entraîne la nullité du contrat d'assurance conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances.

Conformément aux dispositions de l'article 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 Relations Clientèle SH 855 - Gestion Prévoyance - 4, rue des Frères Caudron 92858 Rueil-Malmaison Cedex, en joignant à leur demande la copie d'un justificatif d'identité comportant leur signature.

Fait à _____ Le _____

Signature de l'Adhérent/1^{er} Assuré
(précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé")

Signature du 2^{ème} Assuré
(précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé")

Important

Pour bénéficier de la tarification non-fumeur, l'Assuré se situant dans les cases 6, 9,10 ou 11 de la grille de formalités médicales (au-delà de 1 000 000 €) doit transmettre à CARDIF Assurance Vie, préalablement à la prise d'effet des garanties, le résultat d'un dosage de cotinine urinaire.

Pour les Assurés concernés :
Déclaration d'état de santé au verso

