



UGIP PHARMA

A s s u r e u r
d e
P h a r m a c i e n s

PHARMA



Demande d'adhésion

DÉCLARATIONS À COMPLÉTER ET À SIGNER PAR LA PERSONNE À ASSURER

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

Le questionnaire doit obligatoirement être rempli et signé par l'Assuré. Il doit être répondu sans rature ni surcharge à toutes les questions. Les traits tirés et les mentions RAS ou « néant » ne constituent pas une réponse. Les conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration, sont celles prévues par le Code des Assurances, article L 113.8 – nullité du contrat – reproduit ci-dessous :

« Indépendamment des causes ordinaires de nullité et sous réserve des dispositions de l'article L 132-26, le contrat est nul en cas de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre »

Nom Prénom

Date de naissance Email.....

ACTIVITE PROFESSIONNELLE

Vous déclarez exercer la profession de pharmacien d'officine avec le statut de TNS ou de gérant de société.

S'il s'agit d'une société, nombre d'Associés (assuré compris) :.....

DEPLACEMENTS – VOYAGES – ACTIVITES SPORTIVES

Pendant les cinq dernières années, avez-vous résidé plus de 30 jours par an à l'étranger, à l'exception de l'Europe ou des Etats-Unis ? OUI NON

Comptez-vous y résider plus de 30 jours ? OUI NON

Si oui, où ?

Quand ?

Pourquoi ?

Quels sports pratiquez-vous ?

Participation à des compétitions ? OUI NON

ASSURANCES EN COURS

Avez-vous déjà demandé à souscrire un contrat d'Assurance Vie, Décès, Incapacité-Invalidité ? OUI NON

Si oui, but ?

Avez-vous été refusé ou ajourné ? OUI NON

Si oui, à quelle(s) date(s) ?

Avez-vous été accepté avec surprime ou exclusion(s) ? OUI NON

Si oui, à quelle(s) condition(s) ?

DECLARATION SPECIALE NON-FUMEUR

Je soussigné(e) déclare ne pas avoir fumé de cigarettes, cigares ou pipes au cours des 24 derniers mois. Je déclare, également, que je n'ai pas dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical. Cette déclaration fait partie intégrante de mon contrat d'assurance.

Fait à :

Le :/...../.....

Signature de la main de la personne à assurer précédée de la mention « Lu et approuvé »

Je soussigné(e) demande à adhérer à UGIP et simultanément au contrat groupe à adhésion facultative N°0138 FACL auprès de Financial Assurance Company Limited (FACL). Je verse à ce jour la cotisation à UGIP et lui donne mandat pour choisir les organismes qu'elle aura sélectionnés et me représenter auprès de ceux-ci. Je déclare avoir reçu copie des statuts ainsi qu'un exemplaire des conditions générales valant notice d'information du contrat N°0138 FACL, l'ensemble formant un tout indissociable. Je déclare avoir connaissance que je peux former toutes réclamations écrites au sujet du présent contrat auprès de l'Assureur. Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 dite "Informatique et libertés" modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, je suis informé que le responsable du traitement des données personnelles est l'Assureur. L'exercice des droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée, s'effectue auprès du Médecin Conseil du service médical d'UGIP 22-24, rue Saint Georges 75009 PARIS. Les données personnelles recueillies seront exclusivement utilisées pour le traitement du dossier, dans le strict respect du secret médical, par UGIP et par GENWORTH ASSURANCES, destinataires, avec ses mandataires et réassureurs, de l'information. Le défaut de réponse aux questions peut avoir pour conséquence le non examen du dossier

Par l'intermédiaire de : (Cachet du cabinet)

N°ORIAS

Adresse du site internet de l'ORIAS : www.orias.fr

CONSEILLER :

Code Apporteur :

Fait à : Le :

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

QUESTIONNAIRE MEDICAL

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

AVIS IMPORTANT

Le questionnaire doit obligatoirement être rempli et signé par l'Assuré. Il doit être répondu sans rature ni surcharge à toutes les questions. Les traits tirés et les mentions RAS ou « néant » ne constituent pas une réponse. Les conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration, sont celles prévues par le Code des Assurances, article L 113.8 – nullité du contrat – reproduit ci-dessous :

« Indépendamment des causes ordinaires de nullité et sous réserve des dispositions de l'article L 132-26, le contrat est nul en cas de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre »

Nom de l'Assuré..... Prénom.....

1 - A votre connaissance, est-ce qu'un de vos proches (parents, frères et sœurs) a été atteint ou est décédé avant l'âge de 60 ans d'une maladie grave telle qu'une maladie cardiaque, un accident vasculaire cérébral, une affection rénale, un cancer ou un diabète ?

Répondez par OUI ou par NON :si Oui, remplir le cadre ci-dessous

Nature précise de la Maladie	Age actuel de la personne malade	Age si décès

Questions	Répondre par Oui ou par Non	* Si OUI : Détaillez vos réponses
2	- Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi des opérations, hospitalisations ou séjourné dans un établissement de soins ou de repos ?	Nature Date(s) Motif(s) Séquelles :
3	- Avez-vous prévu, d'être opéré, hospitalisé, consulter un médecin, faire des examens ou un bilan de santé au cours des 12 prochains mois ?	Nature Date(s) Motif(s) Séquelles :
4	- Avez-vous déjà subi un scanner, artériographie, IRM, bilan de santé, électroencéphalogramme, ou tout autre examen (radios, ECG, échographie notamment) ?	Nature : Date(s) Motif(s) Résultats :
5	- Prenez-vous des médicaments ou êtes-vous sous surveillance ou suivi médical ?	Lesquel(s) Pourquoi :
6	- Présentez-vous des séquelles de maladies ou d'accidents actuels ou passés ?	Nature Date(s) Limitation :
7	- Êtes-vous titulaire d'une pension d'invalidité, privée, militaire ou accident du travail ?	Indiquez le taux d'invalidité retenu :% (fournir la copie du titre de rente)
8	- Êtes-vous ou avez vous été atteint d'une infirmité ou d'une affection de quelque nature que ce soit (hormis affection saisonnière) ?	Nature Date(s) Traitement(s) Séquelles :
9	- Suivez-vous ou avez-vous suivi des traitements ou un régime d'une durée supérieure à 30 jours ?	Nature Date(s) Motif(s)
10	- Êtes-vous actuellement en arrêt de travail (total ou partiel) ou avez-vous été en arrêt de travail (total ou partiel) plus de 3 semaines au cours des 5 dernières années ?	Nature Date(s) Motif(s)
11	VOTRE TAILLE VOTRE POIDS VOTRE TENSION ARTERIELLE	
Cet examen peut être effectué dans une pharmacie		
12	Quelle est votre consommation « chiffrée » par jour :	
Alcool	Aucune <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> quantité chiffrée
Tabac	Aucune <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> quantité chiffrée.....
	Tranquillisants	Aucune <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> quantité chiffrée
	Stupéfiants	Aucune <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> quantité chiffrée.....
13	- Avez-vous subi un test de dépistage dont le résultat indique la mention «positif» concernant des sérologies portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine ?	Si Oui, à quelle date

Je certifie que les réponses sont sincères et véritables et affirme n'avoir rien dissimulé qui puisse induire en erreur la société d'assurance et risquer de fausser la décision qu'elle doit prendre au sujet de l'assurance proposée. Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 dite "Informatique et libertés" modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, je suis informé que le responsable du traitement des données personnelles est GENWORTH ASSURANCES. L'exercice des droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée, s'effectue auprès du Médecin Conseil du service médical d'UGIP 22-24, rue Saint Georges 75009 PARIS. Les données personnelles recueillies seront exclusivement utilisées pour le traitement du dossier, dans le strict respect du secret médical, par UGIP et par GENWORTH ASSURANCES, destinataires, avec ses mandataires et réassureurs, de l'information. Le défaut de réponse aux questions peut avoir pour conséquence le non examen du dossier.

Fait à le/...../.....

Signature de la main de l'assuré précédée de la mention "Lu et approuvé"

