



CARACTERISTIQUES DES GARANTIES	IDENTIFIANT DU CANDIDAT A L ASSURANCE
TYPE DE RISQUES Décès PTIA toutes causes (hors accident) Décès PTIA accidentels	M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> né(e) le lieu de naissance : Département : <input type="text"/>
GARANTIES Capital : €	Marié(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Nom Patronymique (<i>nom de naissance</i>) : Nom usuel : Prénoms : Adresse : Rés, Appt, Bât : Nom de rue : Lieu-dit : Code Postal : Commune :
1 Indiquez : Votre taille cm. - Votre poids kg. Répondez obligatoirement OUI ou NON dans chaque case et si OUI , complétez.	
TOUT QUESTIONNAIRE INCOMPLET SERA RETOURNE	
2 Avez-vous été hospitalisé au cours de votre existence sur une durée de plus de 7 jours ?	<input type="checkbox"/> Pourquoi ? Quand ?
3 Avez-vous au cours de votre existence subi une ou plusieurs interventions chirurgicales ou endoscopiques ?	<input type="checkbox"/> Pourquoi ? Quand ?
4 Suivez-vous actuellement un traitement médical ?	<input type="checkbox"/> Lequel ? Pourquoi ? Depuis le :/...../.....
5 Etes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours de 15 dernières années ?	<input type="checkbox"/> Depuis le :/...../.....
6 Etes-vous atteint :	
6.1 d'une affection cardiaque ou vasculaire (hypertension artérielle, trouble du rythme, infarctus du myocarde, angine de poitrine, artérite, insuffisance cardiaque, etc.) ?	<input type="checkbox"/> Nature de l'affection ? Depuis le :/...../.....
6.2 d'une affection maligne (cancéreuse, hématologique) ?	<input type="checkbox"/> Nature de l'affection ? Depuis le :/...../.....
6.3 d'une affection respiratoire (asthme, bronchite chronique, emphysème, dilatation des bronches, insuffisance respiratoire, etc.) ?	<input type="checkbox"/> Nature de l'affection ? Depuis le :/...../.....
6.4 d'une affection neurologique ou psychiatrique (maladie de Parkinson, d'Alzheimer, épilepsie, accident vasculaire cérébral, myopathie, trouble de la mémoire, sclérose en plaques, dépression nerveuse, etc.) ?	<input type="checkbox"/> Nature de l'affection ? Depuis le :/...../.....
6.5 d'une ou plusieurs autres affections (digestive, rénale, urinaire, diabète, déficience immunitaire, rhumatisme, polyarthrite rhumatoïde, etc.) ?	<input type="checkbox"/> Nature de l'affection ? Depuis le :/...../.....
6.6 de séquelles d'accident ou de maladie ?	<input type="checkbox"/> Nature de l'affection ? Depuis le :/...../.....
7 Allez-vous dans les prochains mois subir un traitement médical, des examens médicaux, une hospitalisation, une intervention chirurgicale ou endoscopique ?	<input type="checkbox"/> Nature de l'affection ? Quand ?
Je déclare avoir répondu à toutes les questions de façon complète et sincère à toutes les questions posées. J'accepte que les données relatives à mon état de santé soient traitées par l'Assureur, ses délégataires et réassureurs éventuels. Je reconnais avoir été informé que toute omission, déclaration inexacte, fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé entraînent la nullité du contrat (article L 113-8 du Code des assurances). Je m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la date de conclusion de l'adhésion sous peine de nullité de l'assurance. Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité de transmettre ce questionnaire rempli, dans une enveloppe portant la mention « confidentiel-secret médical » à l'attention du médecin conseil de CNP Assurances. Cette enveloppe doit être remise à votre interlocuteur. Dans le cas où je renoncerais à cette possibilité, j'accepte qu'elles soient traitées par l'Assureur, ses délégataires et ses réassureurs éventuels, dans le respect du secret professionnel.	
Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi « Informatique, fichiers et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée. Elles sont nécessaires à l'adhésion de l'Assuré et à la gestion de son contrat d'assurance et sont destinées, à cette fin, aux responsables des traitements, CNP Assurances, le Souscripteur ainsi qu'à leurs mandataires, prestataires et aux organismes professionnels concernés. L'Assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant qu'il peut exercer à tout moment auprès de : CNP Assurances – Correspondant Informatique et Libertés – 4, place Raoul Dautry 75716 PARIS CEDEX 15.	
Fait à _____, le : ____ / ____ / ____ Signature	