

N° de collectivité gestionnaire : **5 0 9 3 9**

N° de collectivité distributeur : **P 0 2 5 3**

| CARACTÉRISTIQUES DES GARANTIES | IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT(E) |
|---|---|
| Type de risques : <input type="checkbox"/> Décès / PTIA | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Partenaire de PACS <input type="checkbox"/> Concubin(e) Retraité(e) de : <input type="checkbox"/> la Poste <input type="checkbox"/> France Télécom <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| Montant des garanties (fonctions des caractéristiques définitives du produit) € | Nom patronymique (nom de jeune fille) : _____ Nom usuel : _____ Prénom(s) : _____ Né(e) le _____ Lieu de naissance : _____ Dépt : _____ Adresse du candidat à l'assurance : _____ |

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

1 Indiquez : Votre taille : _____ cm, Votre poids : _____ kg

Répondez obligatoirement OUI ou NON dans chaque case et si OUI, complétez
 Si vous le désirez, vous pouvez remettre ce questionnaire rempli, sous enveloppe fermée portant la mention « confidentiel-secret médical, à l'attention du Médecin conseil de CNP Assurances, » à votre courtier ou mutuelle qui la transmettra sans l'ouvrir.
TOUT QUESTIONNAIRE INCOMPLET SERA RETOURNÉ

| | | | |
|---|-------|--|----------------------------------|
| 2 Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ? | _____ | Pourquoi ? A quel taux ou quelle catégorie ? Quel est l'organisme qui vous verse la prestation ? | Depuis quelle date ? |
| 3 Êtes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des 15 dernières années ? | _____ | Pourquoi ? | Quand (mois/année) ? Durée : |
| 4 Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail d'au moins 30 jours consécutifs au cours des 5 dernières années sur prescription médicale, pour raison de santé ? | _____ | Précisez pour chacun des arrêts : Pourquoi ? | Quand (mois/année) ? Durée : |
| 5 Avez-vous été hospitalisé au cours de votre existence, pour un motif autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ? | _____ | Pourquoi ? | Quand ? Durée : |
| 6 Avez-vous subi au cours de votre existence une intervention chirurgicale, pour un motif autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ? | _____ | Pourquoi ? | Quand ? |
| 7 Êtes-vous ou avez-vous été atteint au cours de votre existence ? | _____ | Laquelle ? | Quand ? Durée : |
| - d'une affection cardiaque et/ou vasculaire et/ou d'hypertension artérielle ? | _____ | | |
| - d'une affection de la thyroïde ou de l'hypophyse ou des surrénales ? | _____ | | |
| - d'une affection maligne (cancéreuse, hématologique) ? | _____ | | |
| - de diabète ? | _____ | | |
| - d'une affection digestive ? | _____ | | |
| - d'une affection neurologique ou du système nerveux ? | _____ | | |
| - d'une affection psychique ou d'une dépression nerveuse ? | _____ | | |
| - d'une affection rénale ? | _____ | | |
| - d'une affection respiratoire ? | _____ | | |
| - d'une affection rhumatismale et/ou ostéo-articulaire ? | _____ | | |
| 8 Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 30 jours au cours des 10 dernières années ? | _____ | Précisez pour chaque traitement : Lequel ? Pourquoi ? | Quand (mois/années) ? Durée : |
| 9 Êtes-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie chronique, d'affections récurrentes ou de séquelles (accident - maladie) ? | _____ | Lesquelles ? | Depuis quand ? |
| 10 Êtes-vous actuellement sous surveillance médicale ? | _____ | Pourquoi ? | Depuis quand ? |
| Suivez-vous actuellement un traitement médical ? | _____ | Lequel ? | Pourquoi ? Depuis quand ? |
| 11 Hors médecine préventive, médecine du travail ou grossesse, votre état de santé actuel nécessite-t-il dans les 12 prochains mois de : | _____ | Lesquels ? | |
| - réaliser des examens de laboratoires ou d'autres examens ? | _____ | Pourquoi ? | Quand ? |
| - d'être hospitalisé, traité ou opéré ? | _____ | <input type="checkbox"/> hospitalisé <input type="checkbox"/> traité <input type="checkbox"/> opéré | |
| (si oui, cochez la (les) case(s) et précisez) | _____ | Pourquoi ? | Quand ? |

N.B. : Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à ce questionnaire toute copie de document se rapportant à votre santé.
 Je déclare que l'ensemble des renseignements communiqués et des déclarations faites est exact et que j'ai répondu de façon complète et sincère à toutes les questions posées et m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la date de conclusion de l'adhésion. Je reconnais avoir été informé que toute omission, déclaration inexacte, fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé par l'Assureur, entraîne la nullité du contrat (art. L1138 du Code des Assurances.) J'ai bien noté que la durée de validité du présent questionnaire de santé est de 3 mois à compter de la date de signature. J'accepte que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue de mon adhésion à l'assurance, fassent l'objet d'une gestion interne, à cette fin par l'Assureur, ses délégataires et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel.

Conformément au Règlement n°2016/679 relatif à la protection des personnes physiques, à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (« RGPD ») et à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, le traitement de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre contrat d'assurance, le respect d'une obligation légale et l'exercice d'un intérêt légitime par CNP Assurances.

Les traitements mis en œuvre ont pour finalité : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ; l'élaboration des statistiques et études actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients ; l'amélioration du service au client permettant de proposer des produits ou services réduisant la sinistralité, d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services.

Les destinataires de ces données à caractère personnel, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de CNP Assurances, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs respectifs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat. Ces éventuels transferts des données à caractère personnel sont formalisés dans un cadre contractuel entre les parties concernées.

Dans le cadre de la gestion de votre contrat d'assurance, CNP Assurances est amenée à collecter des données de santé vous concernant au moyen d'un questionnaire de santé. Vos données de santé sont collectées aux fins d'appréciation du risque et des conditions tarifaires qui vous sont applicables ou de mise en œuvre des garanties demandées. Elles pourront être communiquées exclusivement pour cette finalité aux réassureurs qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises compte tenu de leur sensibilité.

CNP Assurances peut être amenée à utiliser des traitements décisionnels notamment pour l'acceptation du candidat à l'assurance et la tarification de son contrat. Ces traitements constituent des décisions individuelles automatisées.

Vos données à caractère personnel seront conservées durant toute la vie de la relation contractuelle, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation (pour plus d'informations vous pouvez vous rendre sur notre site Internet « cnp.fr » rubrique sur le RGPD).

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer.

Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.

Vous pouvez exercer ces différents droits en contactant directement le service DPO par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15) ou par courriel (dpo@cnp.fr).

Vous disposez également du droit de prévoir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès.

En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez le droit de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, 01 53 73 22 22.

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité de transmettre mes données à caractère personnel de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de CNP Assurances. Dans le cas où je ne fais pas ce choix, j'accepte qu'elles soient traitées par l'assureur, ou [Désignation du partenaire], leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs respectifs, dans le respect du secret professionnel.

Fait à : _____ le : _____ Signature du Candidat à l'Assurance

Je déclare avoir pris connaissance des informations visées ci-dessus et consens de manière expresse à la collecte et au traitement de mes données de santé pour les finalités ci-avant exposées et en particulier pour l'appréciation du risque et des conditions tarifaires qui me seraient applicables et accepte que mes données de santé soient transmises aux destinataires visés.

Je suis informé(e) qu'en l'absence de mon accord l'assureur ne pourra donner suite à la demande d'assurance.

Fait à : _____ le : _____ Signature du Candidat à l'Assurance