

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

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

### IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT(E)

M  Mme  Marié(e)  Célibataire  Veuf(ve)  Divorcé(e)  Partenaire de PACS  Concubin(e)

Retraité(e) de :  la Poste  France Télécom  Autre : \_\_\_\_\_

Nom patronymique (nom de jeune fille) : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Nom usuel : \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Dépt : \_\_\_\_\_

Adresse du candidat à l'assurance : \_\_\_\_\_

La confidentialité de vos réponses est garantie par le secret professionnel.

Avant de répondre, je lis intégralement le questionnaire ci-dessous.

**Si je dois répondre Oui à au moins une des questions, je complète uniquement le cadre B.**

**Si je peux répondre Non à chaque question, je complète le cadre A.**

**Attention : ce document ne doit être ni raturé, ni surchargé.**

### QUESTIONNAIRE DE SANTÉ SIMPLIFIÉ

### A - Cochez si la réponse est NON à chaque question

En fonction de votre taille, votre poids dépasse-t-il celui indiqué dans le tableau ci-dessous ?

Taille en cm	140-150	151-155	156-160	161-165	166-170	171-175	176-180	plus de 180	Non <input type="checkbox"/>
Poids en kg	80	83	88	92	98	102	108	110	

Êtes-vous actuellement :

- titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ? Non
- pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale ? Non
- soumis à un traitement médical ? Non

Au cours des 5 dernières années, avez-vous :

- été en arrêt de travail plus de 30 jours consécutifs sur prescription médicale pour raison de santé ? Non
- subi une intervention chirurgicale autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ? Non
- suivi un traitement médical de plus de 30 jours continus pour maladie du sang, affection rénale ou de l'appareil digestif, diabète, hypertension artérielle, affection cardiaque, vasculaire, respiratoire (hors allergies), cancéreuse, neurologique, psychiatrique, dépression nerveuse, maladie osseuse, articulaire, rhumatismale ? Non

À votre connaissance, devez-vous subir des examens médicaux (sauf cadre de la médecine préventive), un traitement médical, une hospitalisation, une intervention chirurgicale (sauf chirurgie esthétique, dents de sagesse, chirurgie de la myopie, canal carpien) dans les 12 mois à venir ? Non

### B - Cochez si la réponse est Oui

Devez-vous répondre Oui à l'une des questions ci-dessus ?

Oui

Je soussigné(e), ai déclaré lors de ma demande d'assurance :

- pouvoir répondre NON à l'ensemble des questions ci-dessus, je suis assuré(e) pour les garanties choisies par l'entreprise.
- devoir répondre OUI à au moins l'une des questions ci-dessus, je complète et signe le Questionnaire de Santé, page 3.

Je déclare avoir lu et compris chacune des déclarations ci-dessus et certifier qu'elles sont exactes.

Je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation du risque par l'assureur entraînera la nullité de l'assurance (article L.113-8 du code des assurances).

J'accepte que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue de mon adhésion et de la gestion de mon assurance, fassent l'objet d'une gestion interne, à ces fins 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

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)
<b>Type de risques :</b> <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 : _____
<b>Montant des garanties (fonctions des caractéristiques définitives du produit)</b> ..... €	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 ?	_____	Precisez 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 ?	_____	Precisez pour chaque traitement : Lequel ?    Pourquoi ?	Quand (mois/années) ?    Durée :
9 Êtes-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie chronique, d'affections récidivantes 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. L113.8 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