



Assurance dépendance ☎ 01 34 53 55 00	Cachet des mutuelles	Contrat d'assurance dépendance n°4427 M Souscrit auprès de CNP Assurances FORMALITÉS D'ADHÉSION
--	----------------------	---

N° de collectivité : 727350

<b>PERSONNE À ASSURER</b>	
État civil	<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"/> Partenaire (PACS) <input type="checkbox"/> Divorcé(e)
Nom de naissance	.....
Nom marital	.....
Prénoms	.....
Date de naissance	..... / ..... / ..... Lieu ou pays de naissance : ..... Dpt : .....
Adresse	..... ..... .....

**OBSERVATIONS**

- Après avoir rempli complètement le cadre ci-dessus donnant vos nom, prénom, date de naissance et adresse,  
- Lire attentivement ce qui suit et répondre :  
• d'abord sur cette page à la déclaration d'état de santé  
• puis éventuellement sur les pages suivantes aux questions sur votre état de santé.  
- Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de l'assuré ou de ses ayant droits, concernant les réponses à la déclaration d'état de santé ou au questionnaire de santé, entraîne la nullité de l'adhésion dans les conditions prévues à l'article L 113-8 du code des assurances.

DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ	Répondez OUI ou NON en cochant la case correspondant	
1 - Êtes-vous actuellement hospitalisé(e) ou hébergé(e) en moyen séjour, cure médicale, long séjour, ou maison de retraite ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
2 - Bénéficiez-vous de l'assistance d'une tierce personne ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
3 - Avez-vous été titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité pour un taux supérieur à 40 % ou en êtes-vous actuellement titulaire ou en avez-vous fait la demande ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
4 - Avez-vous bénéficié d'une prise en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de Sécurité Sociale au cours des 15 dernières années ou en bénéficiez-vous ou fait la demande ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
5 - Avez-vous au cours des 5 dernières années : - été hospitalisé (e) plus de 7 jours consécutifs ? - été en arrêt de travail de plus de 3 mois consécutifs ? - suivi un traitement médicamenteux d'une durée supérieure à 1 mois ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
6 - Avez-vous été suivi (e) ou êtes-vous suivi (e) pour une affection rhumatologique ou neurologique ou psychique ou cardiaque ou vasculaire ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

**DÉCLARATION DU CANDIDAT À L'ASSURANCE**

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 de la présente déclaration d'état 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. Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'Assureur. 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.

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 conformément 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 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 ses 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.

Si vous avez répondu OUI au moins à l'une des 6 questions posées ci-dessus, remplissez le questionnaire de santé pages 3, 4 et 5

Assurance dépendance  ☎ 01 34 53 55 00	Cachet des mutuelles	Contrat d'assurance dépendance n°4427 M Souscrit auprès de CNP Assurances <b>FORMALITÉS D'ADHÉSION</b>
---	----------------------	--

N° de collectivité : 727350

#### DÉCLARATION DU CANDIDAT À L'ASSURANCE (SUITE)

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'une déclaration d'état 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, ses prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs respectifs, dans le respect du secret professionnel.

Fait à ....., le ..... / ..... / ..... Signature de l'adhérent (précédée de la mention «lu et approuvé»)

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 d'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 réponse de cet accord l'assureur ne pourra donner suite à la demande d'assurance.

Fait à ....., le ..... / ..... / ..... Signature de l'adhérent (précédée de la mention «lu et approuvé»)

N° de collectivité : 727350

PERSONNE À ASSURER	
Etat civil	1. <input type="checkbox"/> M.    2. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Partenaire (PACS) <input type="checkbox"/> Divorcé(e)
Nom de naissance	.....
Nom marital	.....
Prénoms	.....
Date de naissance	..... / ..... / .....    Lieu ou pays de naissance : .....    Dpt : .....
Adresse	..... ..... .....

Complétez et signez le questionnaire de santé ci-dessous :  
- si vous avez répondu «oui» à au moins une question de la déclaration de santé,  
OU  
- si vous êtes âgé(e) de 65 ans ou plus.

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ																										
<b>Indiquez :</b>																										
1	Taille : ..... cm    Votre Poids : ..... Kg																									
2	Si vous portez des verres correcteurs : • quel est votre degré de vision avant correction ?    oeil droit : ..... /10 <sup>e</sup> oeil gauche : ..... /10 <sup>e</sup> • quel est votre degré de vision après correction ?    oeil droit : ..... /10 <sup>e</sup> oeil gauche : ..... /10 <sup>e</sup> • ou quelle est votre correction (en dioptries) ?    oeil droit : .....    oeil gauche : .....																									
<b>Répondez OUI ou NON dans chaque case : si OUI, complétez. TOUT QUESTIONNAIRE INCOMPLET SERA RETOURNÉ.</b>																										
3	Êtes-vous actuellement hospitalisé(e) ou hébergé(e) en moyen séjour, cure médicale, long séjour ou maison de retraite ? .....    Précisez la structure ..... .....    Depuis quand ? .....																									
4	Bénéficiez-vous de l'assistance d'une tierce personne ? .....    Depuis quand ? .....																									
5	Êtes-vous atteint(e) d'une maladie chronique, d'affections récidivantes et/ou présentez-vous des séquelles d'accident ? .....    Précisez ..... .....    Depuis quand ? .....																									
6	Etes-vous titulaire d'une pension, rente, ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une d'invalidité ? (Si oui, joindre un justificatif) .....    Pourquoi ..... .....    Taux ..... .....    Depuis quand ? .....																									
7	Avez-vous été hospitalisé(e) en service de : a - cardiologie ? b - pneumologie ? c - neurologie ? d - neuropsychiatrie ou pour dépression nerveuse ou autres troubles nerveux ? e - rhumatologie ? f - chirurgie ? g - pour un autre motif (précisez lequel) ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Pourquoi ?</th> <th>Quand ?</th> <th>Durée ?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> </tbody> </table>	Pourquoi ?	Quand ?	Durée ?	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Pourquoi ?	Quand ?	Durée ?																								
.....	.....	.....																								
.....	.....	.....																								
.....	.....	.....																								
.....	.....	.....																								
.....	.....	.....																								
.....	.....	.....																								
.....	.....	.....																								
8	Avez-vous eu : a - un traitement par radiation, ou cobalt et/ou chimiothérapie ? b - une transfusion sanguine ? c - d'autres traitements (d'une durée supérieure à 1 mois) ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Pourquoi ?</th> <th>Quand ?</th> <th>Durée ?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> </tbody> </table>	Pourquoi ?	Quand ?	Durée ?	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....												
Pourquoi ?	Quand ?	Durée ?																								
.....	.....	.....																								
.....	.....	.....																								
.....	.....	.....																								

Réf. : 01-11811-02    Contrat DÉPENDANCE 4427M    Décembre 2020

N° de collectivité : 727350

PERSONNE À ASSURER	
État civil	<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"/> Partenaire (PACS) <input type="checkbox"/> Divorcé(e)
Nom de naissance	.....
Nom marital	.....
Prénoms	.....
Date de naissance	..... / ..... / ..... Lieu ou pays de naissance : ..... Dpt : .....

Êtes-vous ou avez-vous été atteint(e) ces 10 dernières années :			
9	D'une affection du cœur ou des vaisseaux (hypertension artérielle, troubles du rythme, souffle, infarctus du myocarde, angine de poitrine, artérite, insuffisance cardiaque, malformation...)?	.....	Laquelle ? ..... Depuis quand ? .....
10	D'une affection ou allergie respiratoire (asthme, bronchite, pleurésie, emphysème, tuberculose, insuffisance respiratoire...)?	.....	Laquelle ? ..... Depuis quand ? .....
11	D'une affection neurologique (Parkinson, épilepsie, perte de connaissance, attaque cérébrale, hémorragie, paralysie, myopathie...)?	.....	Laquelle ? ..... Depuis quand ? .....
12	D'une affection psychique (dépression nerveuse, troubles de la mémoire, confusion, désorientation, troubles de la parole...)?	.....	Laquelle ? ..... Depuis quand ? .....
13	D'une affection des os ou des articulations (scoliose, lumbago, sciatique, hernie discale, arthrose de hanche, arthrose des genoux..., rhumatismes, troubles de la marche...)?	.....	Laquelle ? ..... Depuis quand ? .....
14	D'une affection des organes des sens (troubles de l'audition, vertiges, glaucome, cataracte, myopie, rétinopathie...)?	.....	Laquelle ? ..... Date d'apparition ? ..... Date et nature du traitement ? ..... Date et nature de l'intervention chirurgicale éventuelle ? .....
15	D'autres affections (digestive, urinaire, rénale, hormonale, cutanée, déficience immunitaire...)?	.....	Laquelle ? ..... Depuis quand ? .....
16	Consultez-vous régulièrement votre médecin et/ou suivez-vous actuellement un traitement de manière permanente ou épisodique ? (Joindre copie de vos dernières ordonnances)	.....	Pourquoi ? ..... Depuis quand ? ..... Nature du traitement ? .....
17	Allez-vous être hospitalisé(e), opéré(e), recevoir un nouveau traitement, subir des examens de laboratoire ou d'autres examens ?	.....	Pourquoi ? ..... Quand ? ..... Lequel ? .....

**N.B.** Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à ce questionnaire toute copie de document se rapportant à votre santé (compte rendu d'hospitalisation, d'opération, résultat d'examens médicaux, ordonnances ....)

**TOURNER LA PAGE**



assurances

Assurance dépendance ☎ 01 34 53 55 00	Cachet des mutuelles	Contrat d'assurance dépendance n°4427 M Souscrit auprès de CNP Assurances FORMALITÉS D'ADHÉSION
--	----------------------	---

N° de collectivité : 727350

**PERSONNE À ASSURER**

État civil  M.  Mme  Marié(e)  Célibataire  Veuf(ve)  Partenaire (PACS)  Divorcé(e)

Nom de naissance : .....

Nom marital : .....

Prénoms : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu ou pays de naissance : ..... Dpt : .....

**DÉCLARATION DU CANDIDAT À L'ASSURANCE**

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. Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'Assureur. 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.

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 Conformément 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 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 ses 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, ses prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs respectifs, dans le respect du secret professionnel.

Fait à ....., le ..... / ..... / ....., Signature de l'adhérent (précédée de la mention «lu et approuvé»)

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 d'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 réponse de cet accord l'assureur ne pourra donner suite à la demande d'assurance.

Fait à ....., le ..... / ..... / ....., Signature de l'adhérent (précédée de la mention «lu et approuvé»)

*Si vous le désirez, vous pouvez mettre ce questionnaire rempli, dans une enveloppe fermée portant la mention « confidentiel-secret médical », à l'attention du Médecin-Conseil de CNP Assurances.*

*Cette enveloppe est à joindre au dossier d'adhésion rempli et à adresser à :*

*CNP Assurances - Service Dépendance - TSA 86753 - 95144 GARGES LES GONESSE Cedex*

CNP Assurances - Siège social : 4 place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15 - Tél : 01 42 18 88 88 - www.cnp.fr  
Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré - 341 737 062 RCS Paris - Entreprise régie par le code des assurances