

Questionnaire de santé

A compléter par le demandeur et à placer sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil (Agrafer l'enveloppe à la demande d'adhésion)

Questionnaire à retourner sous deux mois maximum à compter de la date de signature

• **Mutuelle :**

• **Contrat souscrit :** **Entreprise ou Administration :**

M Mme Nom de naissance :

• Nom d'usage : Prénoms :

• Date de naissance : Lieu de naissance :

• Adresse actuelle :

• Code postal : Ville :

• N° de téléphone _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ Mail, (en lettre capitale) :@.....

Répondez à chaque question en cochant OUI ou NON. En cas de réponse positive à l'une des questions, il est indispensable de joindre pour chaque affection :

- les pièces importantes de votre dossier médical (compte-rendu d'examens complémentaires, de consultations spécialisées ou d'hospitalisation(s), compte-rendu(s) opératoire(s) et anatomopathologique(s), bilans sanguins et urinaires, ordonnances...), vous pouvez vous procurer ces pièces auprès des médecins ou des services hospitaliers privés ou publics qui vous ont pris en charge,
- les pièces administratives (notifications Allocation Personnalisée d'Autonomie, CDAPH (ex COTOREP), de mise en retraite pour invalidité, arrêté ministériel, etc.).

Toute réticence ou omission, ou tout document raturé ou surchargé, ou non daté ou non signé, ou tout dossier incomplet notamment en ce qui concerne les documents médicaux demandés rend la demande irrecevable.

1. Il nous est nécessaire de connaître votre IMC, en conséquence pouvez vous nous indiquer :

Votre taille en centimètres :CM.

Votre poids en kilogrammes :KG.

2. Etes-vous en arrêt de travail ? OUI NON

* Si OUI, depuis quand ? [] [] [] [] [] [] Quelle est la date de reprise prévue ? [] [] [] [] [] []

* pour quelle(s) affection(s) ?

3. Avez-vous été en arrêt de travail plus de 30 jours consécutifs au cours des 5 dernières années ? OUI NON

* Si OUI, pour quelle(s) affection(s) A quelle(s) date(s) ? [] [] [] [] [] [] Durée(s) :

* Joindre la ou les pièces correspondantes : compte-rendu de consultations ou d'hospitalisation(s) & examens complémentaires, ordonnances.

4. Avez-vous été reconnu(e) en invalidité ou avez-vous été mis(e) en retraite anticipée pour invalidité ou pour inaptitude ou en avez-vous fait la demande ? OUI NON

* Si OUI, depuis quand ? [] [] [] [] [] [] et pour quelle(s) raison(s)

5. Bénéficiez-vous de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou d'une allocation compensatrice tierce personne ou en avez-vous fait la demande ? OUI NON

* Si OUI, depuis quand ? [] [] [] [] [] []

6. Bénéficiez-vous d'une rente suite à un accident de travail ou une maladie professionnelle d'un taux supérieur à 10 % ou en avez-vous fait la demande ? OUI NON

* Si OUI, depuis quand ? [] [] [] [] [] []

* Joindre la ou les notifications correspondantes.

7. Etes-vous ou avez-vous été exonéré(e) du ticket modérateur ou une demande d'exonération est-elle en cours ? OUI NON

* Si OUI,

- précisez la date ou la période d'exonération ou la date de la demande
- pour quelle(s) affection(s)

* Joindre le ou les protocoles d'entente préalables.

- 8. Présentez-vous des séquelles de maladie(s) ou d'accident(s) ?** OUI NON
Si OUI, lesquelles ?
- 9. Avez-vous subi une ou des interventions chirurgicales ou endoscopiques ou arthroscopiques ?** OUI NON
Si OUI, quand ? [][][][][][][][][][] et pour quelle(s) raison(s) ?
- 10. Avez-vous été hospitalisé(e) plus de 3 jours au cours des 5 dernières années ?** OUI NON
Si OUI, quand ? [][][][][][][][][][] et pour quelle(s) raison(s) ?
- 11. Etes-vous en traitement ou sous surveillance médicale ou avez-vous subi un ou des traitements continus de plus de 30 jours au cours des 5 dernières années ?** OUI NON
Si OUI, quand ? [][][][][][][][][][] et pour quelle(s) raison(s) ?
- 12. Avez-vous bénéficié d'une transfusion sanguine ?** OUI NON
Si OUI, quand ? [][][][][][][][][][] et pour quelle(s) raison(s) ?
- 13. Avez-vous subi des tests de dépistage HIV ou Hépatite B ou Hépatite C dont le résultat aurait été positif ?** OUI NON
- 14. Allez-vous dans l'année :**
- être hospitalisé ? OUI NON
Si OUI, quand ? [][][][][][][][][][] et pour quelle(s) raison(s) ?
- bénéficier d'examens autres que de prévention ? OUI NON
Si OUI, quand ? [][][][][][][][][][] et pour quelle(s) raison(s) ?
- * joindre les pièces correspondantes : compte-rendu de consultations spécialisées, d'hospitalisation(s), opératoire et anatomopathologique & examens complémentaire, ordonnances.*
- 15. Etes-vous porteur d'une prothèse articulaire (hanche, genou, épaule) ?** OUI NON
- 16. Utilisez-vous une aide technique pour vous déplacer (petit ou grand appareillage : exemple : canne, chaussure orthopédique, déambulateur, fauteuil roulant) ?** OUI NON
- 17. Avez-vous besoin de l'aide d'une personne pour l'un des actes suivants et si OUI lesquels ? :** OUI NON
 vous alimenter vous laver vous habiller ou vous déplacer ?
- 18. Avez-vous consulté un neurologue au cours des 5 dernières années ?** OUI NON
Si OUI, quand ? [][][][][][][][][][] et pour quelle(s) raison(s) ?
- 19. Avez-vous consulté un cardiologue au cours des 5 dernières années ?** OUI NON
Si OUI, quand ? [][][][][][][][][][] et pour quelle(s) raison(s) ?
- 20. Avez-vous consulté un rhumatologue au cours des 5 dernières années ?** OUI NON
Si OUI, quand ? [][][][][][][][][][] et pour quelle(s) raison(s) ?
- 21. Avez-vous consulté un psychiatre au cours des 5 dernières années ?** OUI NON
Si OUI, quand ? [][][][][][][][][][] et pour quelle(s) raison(s) ?
- 22. Avez-vous consulté un pneumologue au cours des 5 dernières années ?** OUI NON
Si OUI, quand ? [][][][][][][][][][] et pour quelle(s) raison(s) ?
- 23. Avez-vous bénéficié ou bénéficiez-vous d'un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, cobaltothérapie ou curiethérapie ?** OUI NON
Si OUI, quand ? [][][][][][][][][][] et pour quelle(s) raison(s) ?
- * joindre les pièces correspondantes : compte-rendu de consultations spécialisées, d'hospitalisation(s), opératoire et anatomopathologique & examens complémentaire, ordonnances.*
- 24. Avez-vous été ou êtes-vous sous traitement antidépresseur quelle qu'en soit la raison ?** OUI NON
Si OUI, quand ? [][][][][][][][][][] et duréemois
**joindre les pièces correspondantes : compte-rendu de consultations ou d'hospitalisation(s) & examens complémentaires, ordonnances*
- 25. Etes-vous atteint d'une affection des yeux (glaucome, cataracte, rétinopathie, décollement de rétine, cécité, perte de la vision d'un œil, affection de la cornée, DMLA) ?** OUI NON
Si OUI, laquelle ?
- 26. Etes-vous atteint (e) de myopie ?** OUI NON
- 27. En cas de myopie, votre correction est-elle supérieure à 7 dioptries ? :** OUI NON
** Si OUI, joindre la photocopie de votre dernière prescription de verres correcteurs*

INFORMATIQUE ET LIBERTES

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 des données « RGPD » et à la loi « Informatiques 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 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 et à la prospection commerciale ; les statistiques commerciales ; 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 personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de CNP Assurances, ses délégataires, ses prestataires, ses sous-traitants ou ses 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.

Vos données à caractère personnel seront conservées durant toute la vie du contrat, 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.

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 (i) en contactant directement le service DPO par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 Promenade Cœur de Ville, 92130 ISSY LES MOULINEAUX) 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, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, 01 53 73 22 22.

Vous reconnaissez avoir été informé de la possibilité de transmettre vos données à caractère personnel de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de CNP Assurances. Dans le cas où vous ne faites pas ce choix, vous acceptez qu'elles soient traitées par l'assureur ou leur délégataire, leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs, respectifs, dans le respect du secret professionnel

En cochant la présente case, 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.

Déclaration sur l'honneur :

Je soussigné : Nom Prénom (s) déclare avoir répondu à toutes les questions de façon complète, sincère et exacte, n'avoir rien caché qui puisse gêner l'appréciation du risque à garantir, m'engager à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici à la date réelle de mon entrée dans le contrat.

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée par l'Assureur est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle 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 a été sans influence sur la réalisation du risque. (Article L 113-2 du Code des assurances).

A

Le

Signature de l'assuré



GUIDE DE RECEVABILITE DU QUESTIONNAIRE DE SANTE

Ce questionnaire comporte 3 pages et permet de statuer sur votre adhésion au contrat
LA BONNE COMPLETUDE DE CE DOCUMENT EST INDISPENSABLE
Tout questionnaire de santé **incomplet** rendra votre demande **irrecevable**.



- ✓ Chaque question doit être complétée par **OUI** ou **NON** (questions 2 à 26 et 27 si 26 positive)
- ✓ A chaque fois que la case « OUI » est cochée, vous devez :
 - Indiquer la raison médicale
 - Indiquer la date à laquelle la pathologie est survenue
 - Adresser les pièces médicales afférentes à la pathologie
- ✓ **INFORMATIQUE ET LIBERTES**
- ✓ La **case** doit être **obligatoirement cochée**
- ✓ **DECLARATION SUR L'HONNEUR**
Compléter le nom et prénom
Dater et signer



Votre questionnaire est irrecevable dans les cas suivants :

- ✗ Non réponse volontaire de votre part à une question
- ✗ Omission d'une réponse, de la date, du nom et prénom, de la signature
- ✗ Rature
- ✗ Surcharge
- ✗ Omission de la case à cocher (informatique et libertés)
- ✗ Omission de l'envoi des pièces médicales

Ce questionnaire de santé devra être **retourné dans un délai de 2 mois à compter de la date de signature Sous pli confidentiel** à l'attention du médecin conseil.

Dans le cas où ce formalisme n'est pas respecté les données seront traitées par l'Assureur, ou par ses prestataires, ses partenaires, ses sous-traitants, ses réassureurs respectifs, dans le respect du secret professionnel

A adresser accompagné du bulletin d'adhésion à la mutuelle