



Cachet de la collectivité

Assurances collectives

**BULLETIN INDIVIDUEL DE
DEMANDE D'ADMISSION**

CONTRAT PRÉVOYANCE

ASSURÉ

M. Mme Mlle Né(e) le Profession

Nom :

(Pour une femme nom de jeune fille)

Nom d'épouse :

Prénoms :

Résidence :

Complément d'adresse :

N° de rue :

Commune :

Code postal :

Bureau distributeur :

Cocher la case correspondant à
la catégorie socio-professionnelle

- 1 Agriculteurs exploitants
- 2 Artisans, Commerçants, Chef d'entreprise
- 3 Cadres, Professions libérales, Enseignants, etc.
- 4 Professions intermédiaires, Techniciens, Agents de maîtrise
- 5 Employés
- 6 Ouvriers (y compris Ouvriers-Agricoles)
- 7 Retraités
- 8 Autres sans activité professionnelle y compris les chômeurs

CARACTÉRISTIQUES CONTRAT

N° client

Nature de la garantie : Capital IJ/Rente

N° de contrat

Type de risque DÉCÈS/IPA IT

Montant

N° de bordereau

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ A COMPLÉTER AU VERSO

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

N° contrat N° de collectivité

- 1 Indiquez : Votre taille _____ cm - Votre poids _____ kg
- 2 Indiquez votre acuité visuelle avant correction si elle est inférieure à 2 dixièmes : Œil gauche _____/10^{ème} Œil droit _____/10^{ème}
et dans ce cas, indiquez votre correction en dioptries : Œil gauche _____ dioptries Œil droit _____ dioptries

Répondez obligatoirement **OUI** ou **NON** dans chaque case et si **OUI**, complétez

Vous avez la possibilité de répondre à votre domicile ou en agence.

« Si vous le désirez, vous pouvez mettre 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 ».

TOUT QUESTIONNAIRE INCOMPLET SERA RETOURNÉ

3 Etes-vous actuellement en arrêt de travail pour raison de santé ? Pourquoi ? _____ Depuis le :/...../.....
(sauf congé légal de maternité)

4 Etes-vous titulaire d'une rente ou d'une pension d'invalidité ? Pourquoi ? _____ Depuis le :/...../.....
Taux _____

5 Etes-vous ou avez-vous été exonéré du ticket modérateur pour raison de santé ? (prise en charge à 100 %) Pourquoi ? _____ Depuis le :/...../.....

6 Avez-vous durant les cinq dernières années, interrompu votre travail pour raison de santé sur une période d'au moins 30 jours consécutifs ? Pourquoi ? _____ Quand ? _____ Durée : _____

7 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 : _____

8 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 ? _____
- un traitement par radiations, cobalt ou chimiothérapie ? Pourquoi ? _____ Quand ? _____ Durée : _____
- un traitement pour maladie rhumatismale, lumbago ou sciatique ? Pourquoi ? _____ Quand ? _____ Durée : _____
- un traitement pour troubles nerveux, dépression nerveuse ? Pourquoi ? _____ Quand ? _____ Durée : _____
- un traitement pour troubles cardiaques ou vasculaires, hypertension artérielle ? Pourquoi ? _____ Quand ? _____ Durée : _____
- d'autres traitements de plus d'un mois ? Pourquoi ? _____ Quand ? _____ Durée : _____

9 Etes-vous atteint ou avez-vous été atteint d'une maladie chronique, d'une infirmité, d'affections récidivantes ou de séquelles (accident, maladie) ? Lesquelles ? _____ Depuis le :/...../.....

10 Etes-vous sous surveillance médicale ? Pourquoi ? _____ Depuis le :/...../.....
Etes-vous en cours de traitement médical ? Lesquels ? _____ Depuis le :/...../.....

11 Hors médecine préventive, médecine du travail ou grossesse, votre état de santé actuel nécessite-t-il dans les 12 prochains mois de :

- réaliser des examens de laboratoire ou d'autres examens ? Lesquels ? _____ Pourquoi ? _____ Quand ? _____
- être hospitalisé, traité, opéré ? Hospitalisé Traité Opéré Pourquoi ? _____ Quand ? _____

(si oui, cochez la ou les case(s) et précisez)

N.B. : Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à ce questionnaire toute copie de documents se rapportant à votre santé.

Je déclare avoir répondu à toutes les questions de façon complète et sincère. 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 (art. L113-8 du Code des Assurances). Je m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date de prise d'effet des garanties sous peine de nullité de l'assurance. Je déclare avoir pris connaissance des principales conditions d'assurance, dont un exemplaire m'a été remis par ma mutuelle.

Fait à _____ le _____ Signature _____

ATTENTION : LA VALIDITÉ DU QUESTIONNAIRE DE SANTÉ EST D'UNE DURÉE DE 3 MOIS A COMPTER DE LA DATE DE SIGNATURE.

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, à CNP Assurances, responsable du traitement, le souscripteur, l'organisme prêteur ainsi qu'à leurs mandataires, réassureurs, 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.