





## 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](mailto: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**