

Répondez uniquement à la question n°2 pour les garanties :

■ Décès/PTIA Option 1 : Perte de Revenus Fonctionnaire 112 Label, Capital décès Perte totale et Irréversible d'Autonomie, Capital décès 112, CD 112 UD et CD 112 UD 82

Pour les autres garanties et options Décès et PTIA, veuillez compléter le questionnaire.

M. Mme

Nom (nom de jeune fille) : _____ Nom marital : _____

Prénoms : _____ Né(e) le : ____/____/____

GARANTIES CHOISIES ET MONTANTS DES GARANTIES :
Informations figurant sur la "demande de souscription ou la demande d'adhésion"

1 Indiquez : Votre taille : _____ cm Votre poids : _____ kgs

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

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.
Vous pouvez faciliter l'étude de votre dossier en joignant à ce questionnaire toute copie de document se rapportant à votre santé.

TOUT QUESTIONNAIRE INCOMPLET sera retourné et retardera la prise d'effet du contrat.

2 Êtes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé (sauf congé légal de maternité) ?	.....	Pourquoi ?	Depuis quand ?	
3 Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une d'invalidité ?	.....	Pourquoi ?	Depuis quelle date ?	
		À quel taux ou quelle catégorie ?		
		Quel est l'organisme qui vous verse la prestation ?		
4 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 :	Durée ?	
		Quand (mois/années) ?		
5 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 ?	.....	Précisez pour chacun des arrêts : Pourquoi ?		
		Quand (mois/année) ?		
6 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 ?		
7 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 ?		
8 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 ?	.....	.....	.....	.....
- de lombalgie, lumbago ou sciatique ?	.....	.....	.....	.....
9 Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 30 jours au cours des 10 dernières années ?	.....	Précisez pour chaque traitement : Lequel ?		
		Pourquoi ?		
		Quand (mois/année) ?		
10 Êtes-vous atteint ou avez-vous été atteint d'une maladie chronique, d'affections récidivantes ou de séquelles (accident, maladie) ?	.....	Lesquelles ?		
		Depuis quand ?		
11 Êtes-vous actuellement sous surveillance médicale ?	.....	Pourquoi ?		
		Depuis quand ?		
Suivez-vous actuellement un traitement médical ?	.....	Lequel ?		
		Pourquoi ?		
		Depuis quand ?		
12 Hors médecine préventive, médecine du travail ou grossesse, votre état de santé actuel nécessite-t-il dans les 12 prochains mois de :		Pourquoi ?		
- réaliser des examens de laboratoire ou d'autres examens ?	.....	Quand ?		
		Lesquels ?		
- être hospitalisé, traité ou opéré ?	.....	Hospitalisé <input type="checkbox"/> Traité <input type="checkbox"/> Opéré <input type="checkbox"/>		
(si oui, cochez la ou les cases(s) et précisez)	.....	Pourquoi ?		
		Quand ?		

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(e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé entraîne la nullité de l'assurance (article 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 au médecin conseil. 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. Je déclare avoir été informé(e) de la possibilité de répondre au questionnaire de santé par moi-même sur un formulaire papier et le cas échéant de l'adresser au médecin conseil de l'Assureur.

Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données relatives à votre santé que vous pouvez exercer à tout moment auprès du médecin conseil de CNP Assurances - 4 Place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15.

Je conserve la copie du questionnaire de santé dûment complété et signé par mes soins.

Fait à _____, le ____/____/____

Signature :