

GARANTIE DÉPENDANCE

Cachet et code du Courtier



18, rue d'Algérie - BP 1023 - 69201 Lyon Cedex 01
Tél. 04 72 41 78 32 - Fax. 04 69 96 37 67
Mail : contact@auditium.fr
SIRET 50123313400037 - RCS LYON / ORIAS N° 08041062

COMPLÉTER CETTE DEMANDE D'ADHÉSION EN MAJUSCULES

Êtes-vous ou avez-vous déjà été inscrit à l'Association ? OUI Adhérent n° NON

N° de proposition Internet C20
CODE C60

Je soussigné(e) M Mme

Nom marital Prénom Nom de naissance

Adresse

Code postal Ville

Téléphone Portable E-mail Date de naissance

Situation de famille : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Vie Maritale Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve)

Profession Code CSP de l'adhérent*

*Agriculteurs exploitants (500) - Artisans (410) - Commerçants et assimilés (430) - Chefs d'entreprise de plus de 10 salariés (420) - Professions libérales et assimilées (450) - Cadres et employés de la fonction publiques (280) - Cadres d'entreprises du secteur privé (220) - Employés et agents de maîtrise (242) - Ouvriers (243) - Retraités (700) - Personnes sans activité professionnelle (290).

demande à adhérer à l'association et au contrat groupe n° 1701 Z, souscrit par elle auprès de CNP Assurances pour les garanties suivantes.

MON CONJOINT (nom et prénom) demande également son adhésion à la même formule de garantie
 OUI (je joins la Demande d'Adhésion complétée de mon conjoint à la mienne) NON

DATE DE PRISE D'EFFET SOUHAITÉE* POUR LES GARANTIES CHOISIES

*Date d'effet de l'adhésion : l'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception au siège d'Alptis Assurances de la présente demande d'adhésion, complétée et signée, sous réserve d'acceptation expressément notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et du paiement de la 1^{ère} cotisation. Si le candidat à l'assurance a rempli un questionnaire de santé, l'adhésion prend effet au plus tôt le lendemain de l'acceptation de l'assureur.

FORMULE Dépendance lourde

Cochez la couverture choisie	Couverture 1 <input type="checkbox"/> 500 €	Couverture 2 <input type="checkbox"/> 700 €	Couverture 3 <input type="checkbox"/> 900 €	Couverture 4 <input type="checkbox"/> 1100 €	Couverture 5 <input type="checkbox"/> 1300 €	Couverture 6 <input type="checkbox"/> 1500 €	Couverture 7 <input type="checkbox"/> 1800 €	Couverture 8 <input type="checkbox"/> 2100 €	Couverture 9 <input type="checkbox"/> 2400 €	Couverture 10 <input type="checkbox"/> 2700 €
------------------------------	--	--	--	---	---	---	---	---	---	--

FORMULE Dépendance partielle et lourde

Cochez la couverture choisie	Couverture 1 <input type="checkbox"/>	Couverture 2 <input type="checkbox"/>	Couverture 3 <input type="checkbox"/>	Couverture 4 <input type="checkbox"/>	Couverture 5 <input type="checkbox"/>	Couverture 6 <input type="checkbox"/>	Couverture 7 <input type="checkbox"/>	Couverture 8 <input type="checkbox"/>	Couverture 9 <input type="checkbox"/>	Couverture 10 <input type="checkbox"/>
Dépendance partielle	250 €	350 €	450 €	550 €	650 €	750 €	900 €	1 050 €	1 200 €	1 350 €
Dépendance lourde	500 €	700 €	900 €	1100 €	1300 €	1500 €	1800 €	2100 €	2400 €	2700 €
Je demande à bénéficier de l'option :										
• Capital 1 ^{ères} dépenses <input type="checkbox"/> oui	2 500 €	3 500 €	4 500 €	5 500 €	6 500 €	7 500 €	9 000 €	10 500 €	12 000 €	13 500 €
• Repos de l'aïdant <input type="checkbox"/> oui	750 €	750 €	750 €	750 €	750 €	750 €	750 €	750 €	750 €	750 €

Je déclare adhérer à l'association Alptis Seniors ou à l'association Apti. Je reconnais résider fiscalement en France. Je m'engage à payer les primes d'assurance que je choisis de régler par le débit d'un compte ouvert à mon nom auprès d'un établissement de crédit domicilié en France ou dans l'Union européenne. Si je souhaite régler mes cotisations de cette manière, je remplis le mandat de prélèvement SEPA prévu à cet effet. J'accepte par avance de fournir tout renseignement ou pièce justificative sur l'origine des fonds destinés au paiement des cotisations de mon contrat d'assurance dans le cadre des obligations auxquelles est soumis tout assureur en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Je déclare avoir pris connaissance et rester en possession, en application de l'article L.141-4 du Code des assurances, de la notice d'information du contrat d'assurance de groupe Garantie Dépendance (Notice GD_V2) comportant les informations suivantes :

- les dispositions essentielles du contrat,
- les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation.

Je déclare exact l'ensemble des renseignements communiqués. Je déclare être informé que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de mon état de santé par l'Assureur

entraînera la nullité de l'assurance (article L. 113-8 du Code des assurances). Je devrai déclarer dans un délai d'un mois, toute modification sous peine de déchéance. Les informations recueillies par Alptis Assurances sont nécessaires à l'appréciation de la demande d'adhésion et font l'objet d'un traitement informatique pour les besoins de la gestion de votre adhésion au contrat. Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études statistiques, de prévention de la fraude, de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, et autres obligations légales et à des fins commerciales. Certaines de ces données seront transmises aux associations souscriptrices du contrat groupe, à l'organisme assureur et à nos partenaires appelés à connaître de l'adhésion en raison de sa gestion. Alptis Assurances prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité de vos données personnelles.

Fait à , le

Signature précédée de la mention manuscrite "LU ET APPROUVÉ"



VOUS AVEZ CHOISI LA FORMULE DÉPENDANCE LOURDE ET VOUS AVEZ MOINS DE 50 ANS :

Je soussigné(e) M Mme Nom Prénom

déclare sur l'honneur :

- ne pas bénéficier de prestations de type invalidité ;
- ne pas bénéficier de l'exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée ;
- ne pas avoir de demande en cours pour les deux motifs précédents.

déclare ne pas pouvoir valider les déclarations ci-dessus, et m'engage à renseigner le Questionnaire de Santé.

Fait à

le

Signature précédée de la mention manuscrite "LU ET APPROUVÉ"



Cette attestation est valable 4 mois à compter de sa signature

POUR LES AUTRES CAS, LE CANDIDAT À L'ASSURANCE DOIT REMPLIR LA DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ CI-DESSOUS.



Déclaration d'État de Santé

Réf. : DÉPENDANCE D.E.S.

Toute déclaration incomplète sera retournée.

Si le candidat répond "NON" à toutes les questions de la Déclaration d'Etat de Santé, il est admis dans l'assurance.

S'il répond "OUI" à l'une des questions, il doit remplir un Questionnaire de Santé.

La décision d'accepter ou de refuser le risque est prise par l'assureur, après examen de ce questionnaire, complété éventuellement par des renseignements médicaux.

L'assureur se réserve alors la faculté d'accepter ou de refuser le risque.

Nom Prénom

Question préalable : êtes-vous actuellement hospitalisé(e) ou hébergé(e) en moyen séjour, cure médicale, long séjour ou maison de retraite médicalisée ou bénéficiez-vous de l'assistance d'une tierce personne ?

Une réponse par "OUI" à cette question ne permet pas de compléter la suite du présent document.

OUI NON

RÉPONDRE PAR OUI OU NON.

SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À AU MOINS L'UNE DES 4 QUESTIONS POSÉES CI-DESSOUS, COMPLÉTEZ LE QUESTIONNAIRE DE SANTÉ CI-APRÈS.

1 - 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 ?.....

OUI NON

2 - Avez-vous bénéficié d'une prise en charge à 100 % pour raison médicale par un organisme de Sécurité sociale ou régime assimilé (exonération du ticket modérateur) au cours des 15 dernières années ou en bénéficiez-vous ou fait la demande ?.....

OUI NON

3 - 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 ?.....

OUI NON
 OUI NON
 OUI NON

4 - Avez-vous été suivi(e) ou êtes-vous suivi(e) pour une affection rhumatologique ou neurologique ou psychique ou cardiaque ou vasculaire ?.....

OUI NON

Je déclare avoir répondu à toutes les questions de façon complète et sincère. Je m'engage à signaler par lettre recommandée toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici à la date de prise d'effet de l'assurance.

Je reconnais avoir été averti(e) que toute omission, déclaration inexacte, fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé entraîne la nullité de l'assurance (articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances).

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

Je déclare avoir pris connaissance des informations visées ci-dessous et consens de manière expresse à la collecte et au traitement de mes données de santé pour les finalités ci-après 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.

(*) La date d'effet des garanties ne peut être postérieure à quatre mois par rapport à la date d'établissement de la présente déclaration d'état de santé. J'ai noté que je devrai déclarer sans délai toute modification sous peine de déchéance.

Fait à , le(*)

Signature précédée de la mention manuscrite "LU ET APPROUVÉ"



Cette Déclaration d'État de Santé est valable 4 mois à compter de sa signature.

Nom Prénom

ACOMPTE FORFAITAIRE	
Droit d'entrée à l'association*	11 €
Acompte cotisation	29 €
Cotisation d'association (1 € par mois)	
TOTAL chèque d'acompte forfaitaire	40 €

FRÉQUENCE DE RÈGLEMENT
Prélèvement obligatoire, sans frais supplémentaire
<input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Trimestre <input type="checkbox"/> Semestre <input type="checkbox"/> Année

*Le droit d'entrée de **11,00 €** est perçu une fois pour toute lors de l'adhésion. Il n'est pas dû si l'adhérent est déjà membre de l'association.

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

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 / le respect d'une obligation légale / l'exercice d'un intérêt légitime par CNP Assurances ou par Alptis 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 ou de Alptis Assurances, de leurs 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 et Alptis Assurances sont amenés à collecter des données de santé vous concernant au moyen d'une déclaration d'état de santé ou 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. 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 consulter 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 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux) ou par courriel (dpo@cnp.fr) ; et/ou auprès d'Alptis Assurances - Délégué à la Protection des données - 25 cours Albert Thomas 69445 Lyon cedex 03 ou contact-cnil@alptis.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.

RÈGLEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance par prélèvement automatique d'un compte bancaire ouvert au nom de l'adhérent auprès d'un établissement de crédit domicilié en France ou dans l'Union européenne, sans frais. Le chèque d'acompte libellé à l'ordre d'Alptis Assurances, émis d'un compte bancaire ouvert au nom de l'adhérent auprès d'un établissement de crédit domicilié en France ou dans l'Union européenne, est à joindre à la Demande d'Adhésion. (Le montant de l'acompte forfaitaire est restitué dans l'hypothèse où l'adhésion ne peut être acceptée ou si le demandeur refuse les conditions particulières qui lui sont éventuellement faites. Il est également restitué en cas de renonciation à l'adhésion).

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA À COMPLÉTER INTÉGRALEMENT ET OBLIGATOIREMENT

Joindre 1 Relevé d'Identité Bancaire (RIB)

Votre avis d'échéance, indiquant les montants et dates de prélèvement, vous sera adressé à minima 5 jours avant le premier prélèvement. Vos cotisations seront prélevées sans frais.

N° IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA (ICS)
FR75ZZZ234176

COMPTE À DÉBITER
<input type="text"/>
IBAN (International Bank Account Number)
<input type="text"/>
BIC (Bank Identifier Code)
<input type="text"/>

DÉSIGNATION DU CRÉANCIER
Alptis Assurances
25 cours Albert Thomas
69003 Lyon

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER
Nom <input type="text"/>
Prénom <input type="text"/>
Adresse <input type="text"/>
Code postal <input type="text"/> Ville <input type="text"/>

Paiement récurrent

DATE

SIGNATURE



En signant ce formulaire de mandat, j'autorise Alptis Assurances à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions d'Alptis Assurances. Je bénéficie du droit d'être remboursé par ma banque selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de mon compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Questionnaire de Santé

Réf. : DÉPENDANCE Q.S.

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, résultats d'examens médicaux, ordonnances...). Veuillez fournir des réponses précises à toutes les questions posées. L'imprécision ou l'absence de réponse nous obligerait à vous retourner ce questionnaire.

Nom Prénom Date de naissance

A compléter par l'adhérent principal lorsqu'il n'a pas pu répondre "NON" à toutes les questions de la Déclaration d'État de Santé ou par le candidat à l'assurance de moins de 50 ans ayant choisi la Formule Dépendance lourde, s'il n'a pas pu signer l'attestation sur l'honneur.

Indiquez : Votre taille : _____ cm Votre poids : _____ kg
 Si vous portez des verres correcteurs :
 • quel est votre degré de vision avant correction ? œil droit/10 : _____ œil gauche/10 : _____
 • quel est votre degré de vision après correction ? œil droit/10 : _____ œil gauche/10 : _____
 • ou quelle est votre correction (en dioptries) ? œil droit : _____ œil gauche : _____

Répondez OUI ou NON dans chaque case : si OUI, complétez

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	Précisez la structure _____ Depuis quand ? _____
Bénéficiez-vous de l'assistance d'une tierce personne ? _____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Depuis quand ? _____
Êtes-vous atteint(e) d'une maladie chronique, d'affections récidivantes et/ou présentez-vous des séquelles d'accident ? _____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Précisez _____ Depuis quand ? _____
Êtes-vous titulaire d'une pension, rente, ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ? _____ (joindre un justificatif)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Pourquoi ? _____ Quand ? _____ Taux _____
Avez-vous été hospitalisé(e) en service de : • Cardiologie _____ • Pneumologie _____ • Neurologie _____ • Rhumatologie _____ • Chirurgie _____ • Neuropsychiatrie ou pour dépression nerveuse ou autres troubles nerveux _____ • Pour un motif autre (précisez lequel) _____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Pourquoi ? _____ Quand ? _____ Durée ? _____ _____ _____ _____
Avez-vous eu : • un traitement par radiation, ou cobalt et/ou chimiothérapie ? _____ • une transfusion sanguine ? _____ • d'autres traitements (d'une durée supérieure à 1 mois) ? _____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Pourquoi ? _____ Quand ? _____ Durée ? _____ _____ _____

ÊTES-VOUS OU AVEZ-VOUS ÉTÉ ATTEINT(E) CES 10 DERNIÈRES ANNÉES ?

D'une affection du cœur ou des vaisseaux (hypertension artérielle, troubles du rythme, souffle, infarctus du myocarde, angine de poitrine, artérite, insuffisance cardiaque, malformation) ? _____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Laquelle ? _____ Depuis quand ? _____
D'une affection ou allergie respiratoire (asthme, bronchite, pleurésie, emphysème, tuberculose, insuffisance respiratoire) ? _____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Laquelle ? _____ Depuis quand ? _____
D'une affection neurologique (Parkinson, épilepsie, perte de connaissance, attaque cérébrale, hémorragie, paralysie, myopathie...) ? _____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Laquelle ? _____ Depuis quand ? _____
D'une affection psychique (dépression nerveuse, troubles de la mémoire, confusion, désorientation, troubles de la parole...) ? _____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Laquelle ? _____ Depuis quand ? _____
D'une affection des os ou des articulations (scoliose, lumbago sciatique, hernie discale, arthrose de hanche, arthrose des genoux, rhumatismes, troubles de la marche) ? _____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Laquelle ? _____ Depuis quand ? _____

→ Suite à compléter

Questionnaire de Santé

Réf. : DÉPENDANCE Q.S.

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, résultats d'examens médicaux, ordonnances...). Veuillez fournir des réponses précises à toutes les questions posées. L'imprécision ou l'absence de réponse nous obligerait à vous retourner ce questionnaire.

Nom Prénom Date de naissance

D'une affection des organes des sens (troubles de l'audition, vertiges, glaucome, cataracte, myopie, rétinopathie...)?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Laquelle ? _____ Date d'apparition ? _____ Date et nature du traitement ? _____ Date et nature de l'intervention chirurgicale éventuelle ? _____
D'autres affections (digestive, urinaire, rénale, hormonale, cutanée, déficience immunitaire...)?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Laquelle ? _____ Depuis quand ? _____
Consultez-vous régulièrement votre médecin et/ou suivez-vous actuellement un traitement de manière permanente ou épisodique ? Joindre une copie de vos dernières ordonnances	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Pourquoi ? _____ Depuis quand ? _____ Nature du traitement ? _____
Allez-vous être hospitalisé(e), opéré(e), recevoir un nouveau traitement, subir des examens de laboratoire ou d'autres examens ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Pourquoi ? _____ Quand ? _____ Lequel ? _____

COMPLÉMENT(S) D'INFORMATION

Je déclare avoir répondu à toutes les questions de façon complète et sincère.
Je m'engage à signaler par lettre recommandée toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici à la date de prise d'effet de l'assurance.
Je reconnais avoir été averti(e) que toute omission, déclaration inexacte, fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé entraîne la nullité de l'assurance (articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances).
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, leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs respectifs, dans le respect du secret professionnel.
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.

(*) La date d'effet des garanties ne peut être postérieure à quatre mois par rapport à la date d'établissement du présent questionnaire de santé. J'ai noté que je devrai déclarer sans délai toute modification sous peine de déchéance.

Fait à , le(*)

Signature précédée de la mention manuscrite
"LU ET APPROUVÉ"



Ce Questionnaire de Santé est valable 4 mois
à compter de sa signature.

Votre demande d'adhésion peut être adressée sous enveloppe confidentielle à l'attention du Médecin Conseil de l'Assureur, aux bons soins d'Alptis Assurances.

Pour ne rien oublier

Pour gagner un temps précieux et être couvert le plus rapidement possible, n'oubliez pas de vérifier si votre dossier est complet.

Avez-vous complété, daté, signé ?

- La Demande d'Adhésion.
- La Déclaration d'État de Santé.
- Le Questionnaire de Santé, s'il y a lieu.
- Le mandat de prélèvement SEPA.

Avez-vous joint à votre demande ?

- La photocopie d'une pièce d'identité (recto-verso).
- Votre chèque d'acompte forfaitaire de 40 € libellé à l'ordre d'Alptis Assurances.
- 1 Relevé d'Identité Bancaire (RIB).

Où renvoyer votre demande d'adhésion ?

Vous devez renvoyer votre demande d'adhésion à :

Alptis Assurances - Service Souscription - 25 cours Albert Thomas 69445 LYON CEDEX 03

Vous pouvez également l'adresser sous pli confidentiel à :

**Alptis Assurances - à l'attention de M. le Médecin Conseil de l'Assureur,
aux bons soins d'Alptis Assurances - 25 cours Albert Thomas 69445 LYON CEDEX 03**

Alptis Assurances

Intermédiaire en assurance

Société par Actions Simplifiée au capital de 10 000 000 € - 25 cours Albert Thomas 69003 Lyon - RCS de LYON n° 335 244 489 - N° TVA intracommunautaire : FR37335244489 - N° ORIAS : 07 005 850 - www.orias.fr - IDU REP Papiers : FR341758_03BAJO - Assurance de Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes au Code des Assurances - Tél : 04 72 36 16 16

CNP Assurances

Siège social : 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux - 01 42 18 88 88 - www.cnp.fr - Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré - 341 737 062 RCS Nanterre - Entreprise régie par le Code des assurances - IDU REP Papiers FR231782_03IAIS

