

Nom d'usage et prénom du déclarant :

Avez-vous eu au cours des 10 dernières années ou êtes-vous atteint d'une ou plusieurs affections suivantes :

	OUI	NON	
7 – Cardio-vasculaire (hypertension, infarctus, varices, artérite, phlébite...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle : Date(s) :
8 – Respiratoire (asthme, allergie, bronchite, tabagisme...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle : Date(s) :
9 – Neurologique ou psychiatrique (anxiété, surmenage, dépression nerveuse, épilepsie, vertige, spasmophilie...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle : Séquelles : Date(s) :
10 – Digestive (gastrite, ulcère, colite, hépatite...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle : Séquelles : Date(s) :
11 – Rénale, urinaire et gynécologique (coliques néphrétiques, sang ou sucre dans les urines, infection urinaire, fibrome...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle : Séquelles : Date(s) :
12 – Endocrinienne, métabolique (diabète, goitre, cholestérol, triglycérides...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle : Séquelles : Date(s) :
13 – Ostéoarticulaire (fracture, arthrose, douleur vertébrale, sciatique, tassement vertébral, hernie discale ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle : Séquelles : Date(s) :
14 – Sanguine ou ganglionnaire (anémie, hémorragie, atteinte de la rate...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle : Date(s) :
15 – Infectieuse (paludisme, brucellose, hépatite, maladie sexuellement transmissible...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle : Date(s) :
16 – Autres affections (maladie de peau, atteinte de la vision, de l'audition, malformation, hernie...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle : Séquelles : Date(s) :
17 – Êtes-vous atteint d'une maladie chronique, d'une infirmité ou avez-vous des séquelles d'accident, de maladie, de chirurgie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature : Motif médical : Date(s) :
18 – Êtes-vous titulaire d'une pension (ou d'une rente) d'invalidité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif médical : Taux : Date(s) :
19 – Votre profession comporte-t-elle des activités particulières ou dangereuses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles :
20 – Avez-vous fait l'objet d'un refus, d'un ajournement, d'une exclusion ou d'une surprime lors d'une demande d'assurance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi : Date(s) :

La durée de validité des présentes déclarations est de 180 jours. Si la prise d'effet des garanties devait intervenir ultérieurement, la décision de l'institution pourrait être subordonnée au renouvellement des formalités médicales.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à atténuer l'importance du risque, entraîne la nullité du contrat (art. L 932-7 du Code de la Sécurité sociale).

J'atteste l'exactitude et la sincérité des réponses que j'ai formulées et n'avoir rien dissimulé qui puisse tromper l'assureur.

Fait à :	Le :
Signature du participant :	
<i>Précédée de la mention « lu et approuvé »</i>	

Les informations recueillies sur ce document sont enregistrées dans un fichier informatisé par **APICIL Prévoyance** pour la gestion des contrats. La base légale du traitement est l'exécution d'un contrat. Des traitements sont également mis en œuvre dans le cadre de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ou basés sur notre intérêt légitime, comme la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude. Les données collectées pourront être communiquées aux entités du Groupe APICIL, à ses partenaires et sous-traitants éventuels ainsi qu'aux tiers dûment habilités lorsque cette communication est strictement nécessaire pour les finalités déclarées. Les données de santé sont destinées au Service médical d'APICIL Prévoyance et à toute personne placée sous la responsabilité de celui-ci, exclusivement aux fins de la passation, de la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales. APICIL Prévoyance s'engage à ce que les données personnelles collectées ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés. Les données personnelles relatives à la santé sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées. Les données personnelles recueillies ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la finalité de leur traitement et des durées de prescription légale applicable en fonction du type de données collectées. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez également retirer votre consentement, vous opposer au traitement de vos données, exercer votre droit à la portabilité ou définir des directives post mortem. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez écrire à dpo@apicil.com ou à l'adresse : **APICIL Prévoyance – Délégué à la protection des données (DPO) – Direction des Systèmes d'Information – 51 boulevard Marius Vivier-Merle, 69003 Lyon.** Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. Plus de détails sur www.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles.