carcept prev
ASSUREUR D'INTÉRÊT GÉNÉRAL

CARCEPT-Prévoyance

DÉCLARATION DE SINISTRE

GARANTIE MALADIES REDOUTÉES

À remplir exclusivement par le salarié et à transmettre sous pli confidentiel à : KLESIA
à l'attention du médecin conseil
Service Médical -TSA 20202
69307 Lyon cedex

INFORMATIONS CONCERNANT L'ADHÉRENT

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle Nom et Prénom : _____

N° de Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_| Profession : _____

Adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____

Tél : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| E-mail : _____

Nom de votre entreprise : _____

numéro de SIRET (indiqué sur votre fiche de paie) : _____

HISTOIRE DE LA MALADIE

Date du début de la maladie responsable de l'état actuel : |_|_|_|_|_|_|

Date du début de l'arrêt de travail actuel : |_|_|_|_|_|_|

Hospitalisation ou soins dans un établissement assimilé ? ☐ oui ☐ non
(joindre obligatoirement les comptes rendus opératoires, d'hospitalisation, anatomo-pathologiques ...)

Souffrez-vous d'une autre affection ? ☐ oui ☐ non

Si oui laquelle _____

Au cours des 10 années antérieures, avez-vous :

- *Été en ALD ou êtes-vous en ALD* ☐ oui ☐ non
  Si oui depuis quand |_|_|_|_|_|_|
- *Été hospitalisé(e) ?* ☐ oui ☐ non
  Si oui, joindre le compte rendu d'hospitalisation
- *Subi une opération chirurgicale ?* ☐ oui ☐ non
  Si oui, joindre le compte rendu opératoire et éventuellement histologique
- *Eu d'autres arrêts de travail pour raison de santé ?* ☐ oui ☐ non

NOMS ET ADRESSES DES MÉDECINS ET SPÉCIALISTES CONSULTÉS AU COURS DE LA MALADIE :

_____

_____

_____

_____

« Je déclare avoir répondu à toutes les questions de façon complète et sincère. Je reconnais avoir été informé (e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, de nature à changer l'objet du risque ou à en diminuer l'appréciation pour KLESIA Prévoyance, entraînera, la nullité des garanties alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque (art.L 932-7 du Code de la Sécurité sociale) ».

« Je consens à ce que le personnel habilité du groupe de protection sociale KLESIA traite mes données de santé à des fins d'appréciation et de traitement de mon dossier ».

Conformément à la règlementation en vigueur, et en particulier au Règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations transmises via ce formulaire sont destinées à CARCEPT PREV en sa qualité de responsable du traitement et pourront être transmises au GIE KLESIA, au GIE KLESIA ADP, aux membres des GIE, à l'IRC KLESIA AGIRC ARRCO, ainsi qu'aux éventuels réassureurs et partenaires le cas échéant. Vos données sont collectées pour la gestion administrative de votre dossier dans le cadre de notre relation contractuelle. Nous utilisons également vos données en vue de respecter nos obligations légales et règlementaires, en particulier afin de lutter contre le blanchiment de capitaux, le financement du terrorisme et contre la fraude à l'assurance. Les données sont conservées durant toute la durée de l'exécution de votre contrat, puis jusqu'aux termes des délais de prescription légaux. Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement, la portabilité, le retrait du consentement au traitement de vos données personnelles, nous indiquer les directives quant à l'utilisation de vos données après votre décès, ainsi que limiter ou vous opposer au traitement en écrivant à info.cnil@klesia.fr ou à KLESIA - Service INFO CNIL CS 30027, 93108 Montreuil cedex. Veuillez noter, toutefois, que certaines données peuvent être exclues de ces demandes dans certaines circonstances, notamment si nous devons continuer à traiter vos données pour servir nos intérêts légitimes ou respecter une obligation légale. Afin de nous permettre de confirmer votre identité en cas de doute, un justificatif d'identité pourra vous être demandé. Nous conserverons une copie de votre pièce d'identité pendant une durée maximale d'un an. KLESIA prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité de vos données conformé ment à la règlementation en vigueur. Vous pouvez saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy -TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

FAIT À _____ LE |_|_|_|_|_|_|_|_|

SIGNATURE DE L'ASSURÉ(E)

TYPE DOC: PMEDDCMRDP

CAR.807/24

PAPIER