

ATTESTATION MÉDICALE D'ÉTAT DE DÉPENDANCE

Vous avez demandé à bénéficier des prestations prévues dans votre contrat « dépendance » souscrit auprès de CNP Assurances.

Pour faciliter l'étude de votre dossier, CNP Assurances vous invite à remplir intégralement et avec le plus grand soin cette attestation. Des réponses claires et complètes faciliteront le traitement de votre dossier.

Vous êtes invité(e) à joindre les justificatifs en votre possession qui aideront au traitement de votre dossier (*copie des comptes rendus d'examen, d'opération, de consultation, d'hospitalisation, des ordonnances*).

Votre médecin peut utilement vous assister pour compléter les pages 2 et 3 de ce document.

Ce document est à adresser à l'organisme ci-dessous

Réf/ contrat

Si vous le souhaitez, vous pouvez transmettre directement ce document complété et signé, sous pli fermé « secret médical » à l'attention du médecin-conseil de CNP Assurances

Service médical d'assurances - TSA

VOTRE IDENTITÉ - À REMPLIR OBLIGATOIREMENT

Nom de naissance :

Nom d'usage : Prénoms :

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

Adresse actuelle :

Lieu d'hébergement si différent :

Code postal : Ville :

Profession au moment du sinistre ou **ancienne profession** exercée :

- 1 - Agriculteur exploitant
- 2 - Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- 3 - Cadre, profession intellectuelle supérieure
- 4 - Profession intermédiaire, technicien, agent de maîtrise
- 5 - Employé
- 6 - Ouvrier (y compris ouvrier agricole)
- 7 - Retraité depuis : / /
- 8 - Autre

A remplir avec l'assistance du médecin de l'assuré(e)

Cocher **une case par ligne** correspondant à l'état habituel et quotidien de l'assuré(e)

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

L'état de santé de l'assuré(e) lui permet de réaliser les actes de la vie quotidienne :

	Seul	Avec une aide partielle	Laquelle ?	Avec une aide totale	Laquelle ?
Transferts , changements de positions debout/assis/couché	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Déplacements à l'intérieur du domicile sur une surface plane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Déplacements à l'extérieur du domicile ou en étage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Toilette du haut du corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Toilette du bas du corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Hygiène de l'élimination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Habillage , mettre et retirer les vêtements du haut du corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Partie moyenne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Bas du corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Alimentation , manger des aliments préalablement servis et coupés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Orientation et cohérence	Bonne	Surveillance ou incitation ponctuelle	Assistance constante
Orientation dans le temps et l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportement adapté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Possibilités de communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MMS : _____ Date(s) : _____ Résultat(s) : _____ / 30

- Cette aide est susceptible de s'améliorer dans _____ mois
- ou**
- Ce besoin d'aide est susceptible de s'aggraver dans _____ mois
- ou**
- Ce besoin d'aide est permanent et définitif depuis le : _____ / _____ / 20

Document établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

A _____ **le** _____

Signature _____ **Cachet/qualité du signataire** _____

Les honoraires éventuels sont à la charge de l'assuré(e)

Informations médicales

à remplir avec l'assistance du médecin de l'assuré(e)

(Joindre copie des comptes rendus, des ordonnances, des certificats médicaux)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Poids :

kg

Taille :

cm

Main dominante :

droite

gauche

■ Ces 10 dernières années : l'assuré(e) a-t-il (elle) ?

- Bénéficié de traitements oui non date | _____
Si oui lesquels ?
- Été hospitalisé(e) oui non date | _____
Si oui pourquoi ?
- Été opéré(e) oui non date | _____
Si oui pourquoi ?

■ Les pathologies à l'origine de la perte d'autonomie :

S'agit-il d'un accident ? oui non date | _____
Nature de l'accident et des séquelles :

S'agit-il d'une maladie ? oui non date | _____

- Affection, motif principal de la dépendance : date du diagnostic | _____
- Décrire l'état de santé actuel :

- Autres affections ou antécédents qui aggravent l'état actuel :
 - date | _____
 - date | _____
 - date | _____

- Traitements médicaux ou chirurgicaux en cours ? oui non
Lesquels :
 - depuis quelle date | _____
 - depuis quelle date | _____
 - depuis quelle date | _____

Joindre une copie des ordonnances récentes

- Examens complémentaires, tests cognitifs (MMS), hospitalisations en lien avec la ou les affection(s) en cause
Si oui lesquels /résultats :
 - date | _____
 - date | _____
 - date | _____

Joindre une copie des comptes rendus et/ou les résultats

Document établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

A le
Signature

Cachet et qualité du signataire

Les honoraires éventuels sont à la charge de l'assuré(e)

SITUATION DE L'ASSURÉ(E)

Joindre les justificatifs demandés dans les conditions contractuelles

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

■ **Organisme de protection sociale obligatoire dont relève l'assuré(e) :**
Sécurité sociale MSA CANCAVA ORGANIC Autre :

■ **Prestations dont bénéficie l'assuré(e) actuellement :**

<input type="checkbox"/> Exonération du ticket modérateur (ALD), si oui :	date de 1 ^{ère} attribution	_____
<input type="checkbox"/> Indemnités journalières : maladie <input type="checkbox"/> , accident de travail <input type="checkbox"/>	si oui depuis le	_____
<input type="checkbox"/> Pension d'invalidité	si oui depuis le	_____
<input type="checkbox"/> Rente accident du travail ou maladie professionnelle	si oui depuis le	_____
<input type="checkbox"/> Pension COTOREP / MDPH	si oui depuis le	_____
<input type="checkbox"/> Assistance d'une tierce personne rémunérée <i>Pour __ heures par trimestre</i>	si oui depuis le	_____
<input type="checkbox"/> Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) <i>Dans quel groupe GIR êtes-vous classé ? __ </i>	si oui depuis le	_____
<input type="checkbox"/> Services de soins médicaux à domicile	si oui depuis le	_____

■ **Conditions de vie actuelle de l'assuré(e)**

À domicile . oui . non Si oui vit-il seul ? . oui . non
Si non avec qui :

<input type="checkbox"/> En maison de retraite	si oui depuis le	_____
<input type="checkbox"/> Hébergé en section de cure médicale	si oui depuis le	_____
<input type="checkbox"/> Hébergé dans un établissement destiné à l'accueil, des personnes âgées ou invalides ?	si oui depuis le	_____
<input type="checkbox"/> Hospitalisé en unité de long séjour ?	si oui depuis le	_____
<input type="checkbox"/> Hospitalisé en service de médecine ou de chirurgie ?	si oui depuis le	_____
<input type="checkbox"/> Autre ?		
.....		
.....		
.....		

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte 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 finalités : 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 personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de CNP Assurances ses 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.

Dans le cadre de la gestion de votre contrat d'assurance, CNP Assurances est amenée à collecter des **données de santé** vous concernant. 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 ces finalités 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 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 (cf. <http://www.cnp.fr/Particulier/Information-reglementee>).

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 exercer ces différents droits en contactant directement le service DPD par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15) par courriel (cil@cnp.fr).

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 disposez également du droit de prévoir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès.

Les réclamations touchant à la collecte ou au traitement de vos données à caractère personnel pourront être adressées au service du Délégué à la Protection des Données, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus. 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.

A le Nom et prénom de l'assuré(e) : A défaut, qualité du signataire :	Signature :
---	--------------------