



**FORMULAIRE DE DECLARATION DE RISQUE
SANTÉ ET PREVOYANCE TNS**

Le proposant certifie que les déclarations figurant sur le présent formulaire de déclaration de risque sont conformes et qu'elles doivent servir de base à l'établissement du contrat d'assurance qu'il désire souscrire.

Cette étude sera traitée, conformément aux documents et informations portés à la connaissance de la Compagnie et/ou de son représentant et selon les caractéristiques déclarées, afin de proposer une solution adaptée aux besoins formulés et sélectionnés ci-après.

I - LE PROPOSANT

Dénomination sociale

Forme Juridique

SIRET

Adresse

Code Postal

Ville

Téléphone fixe

Téléphone Portable du TNS

Adresse mail du TNS

Prénom du TNS

Nom du TNS

Date de naissance du TNS

Situation familiale

Enfant(s) à charge Département de résidence

Fumeur (durant les 24 derniers mois, y compris la cigarette électronique) OUI NON

Profession

Régime obligatoire

Revenu annuel (€) Dividende (€)

Bénéficiaires additionnels

Il s'agit des bénéficiaires éventuels du contrat (lien de parenté : conjoint(e) ou enfant).

Les régimes possibles : général, agricole, TNS, Alsace-Moselle, spécial.

NOM	PRENOM	LIEN DE PARENTE	REGIME	DATE DE NAISSANCE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

II - INFORMATIONS ENTREPRISE

Nombre de salariés

Code APE IDCC Convention Collective

Devis souhaités

Santé Prévoyance Santé et Prévoyance

Date d'effet du contrat souhaitée

Remarques particulières à porter à l'attention de CBA

III - DECLARATION

Le proposant reconnaît avoir été informé(e)

• **Du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-dessus ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou fausse déclaration prévues aux articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances.**

• Que les destinataires des données personnelles le concernant pourront être d'une part, les collaborateurs de l'assureur responsable du traitement et, d'autre part, ses intermédiaires, réassureurs, organismes professionnels habilités ainsi que les sous-traitants, missionnés tant en France que dans des pays situés hors de l'Union Européenne. Conformément à la loi « informatique et libertés » de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 et 2018 et au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 applicable à compter du 25 mai 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, de suppression et d'opposition aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant par écrit à l'adresse de notre siège social sis CBA Assurance, 5, rue Gallice, 38 100 GRENOBLE ou via l'adresse mail contact@cba-groupe.fr. Enfin pour toute information sur notre politique de protection des données personnelles vous pouvez vous rendre directement sur notre site : www.cba-groupe.fr

• Que la finalité du traitement est la souscription, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution du contrat d'assurance mais que ses données pourront également être utilisées dans la mesure où elles seraient nécessaires :

- A la gestion et à l'exécution des autres contrats souscrits auprès de l'assureur, de son représentant ou auprès des autres sociétés du Groupe auquel il appartient.

- Dans le cadre de traitements mis en œuvre par l'Assureur dont l'objet est la recherche et le développement pour améliorer la qualité ou la pertinence de ses futurs produits d'assurance et offres de services.

• Que, en sa qualité d'assureur, il est fondé à effectuer des traitements de données relatives aux infractions, condamnations et mesures de sûreté soit au moment de la souscription du contrat d'assurance, soit au cours de son exécution ou dans le cadre de la gestion de contentieux conformément à l'autorisation unique donnée par la CNIL en date du 23 janvier 2014.

• Que l'assureur est soumis aux obligations légales issues principalement du Code Monétaire et Financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et, que à ce titre, il met en œuvre un traitement de surveillance des contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon ou à une mesure de gel des avoirs conformément à l'autorisation unique donnée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) le 16 Juin 2011.

IV - SIGNATURE

<p>Fait le <input style="width: 380px; height: 25px;" type="text"/></p> <p>Fait à <input style="width: 380px; height: 25px;" type="text"/></p>	<p>Signature</p> <div style="border: 1px solid black; height: 130px; width: 440px; margin: 10px auto;"></div>
--	--

CBA Assurance, SAS de Courtage d'assurances au capital de 50 000 € dont le siège social est sis 5, rue Gallice, 38 100 GRENOBLE et immatriculée sous le numéro 835 109 463 au RCS de Grenoble, enregistrée à l'ORIAS (www.orias.fr) sous le numéro 1800 1397. Tel : 04 76 63 01 42, Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes aux articles L 512-6 et L 512-7 du Code des Assurances. Sous le contrôle de l'ACPR, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75 436 Paris Cedex 09 (www.acpr.banque-france.fr). CBA Assurance, exerce son activité en application de l'article L 520-1 II b du Code des Assurances : la liste des compagnies d'assurances partenaires est disponible sur demande. Le service Réclamation se trouve au siège social de CBA aux coordonnées citées plus avant. Vous pouvez également le joindre à l'adresse reclamation@cba-groupe.fr ou au 04 76 63 01 42. A compter de la réception de votre demande, nous accuserons réception dans un délai de dix jours et vous répondrons dans un délai de deux mois. Vous avez également la possibilité de faire appel au Médiateur de l'Assurance aux coordonnées suivantes : La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09, www.mediation-assurance.org.