

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

KLESIA
Pro

INFORMATIONS CONCERNANT L'ADHÉRENT

M. Mme Nom et Prénom :

N° de Sécurité sociale :

Date de naissance :

Profession :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone

(élément essentiel pour vous contacter)

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 ?

(joindre obligatoirement les comptes rendus opératoires, d'hospitalisation, anatomo-pathologiques ...)

oui

non

Souffrez-vous d'une autre affection ?

Si oui laquelle

oui

non

Au cours des 10 années antérieures, avez-vous :

• Été en ALD ou êtes-vous en ALD

Si oui depuis quand

oui

non

• Été hospitalisé(e) ?

Si oui, joindre le compte rendu d'hospitalisation

oui

non

• Subi une opération chirurgicale ?

Si oui, joindre le compte rendu opératoire et éventuellement histologique

oui

non

• 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 loi n°78-17 du 6 janvier 1978, les informations transmises via ce questionnaire médical simplifié sont destinées à KLESIA Prévoyance en sa qualité de responsable du traitement. Ces données sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de votre dossier et pourront également être utilisées à des fins de lutte contre la fraude. Les informations que vous nous communiquez sont destinées au Médecin conseil ainsi qu'aux personnels strictement habilités du groupe de protection sociale KLESIA. Les données sont conservées durant la relation contractuelle, puis jusqu'aux termes des délais de prescription. Vous pouvez exercer sur vos données votre droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, de portabilité et d'opposition pour motif légitime aux données personnelles vous concernant. Pour exercer ce droit, merci d'effectuer votre demande auprès de : KLESIA-Service INFO CNIL - 4 rue Georges Picquart - 75017 Paris ou par courrier à l'adresse suivante : info.cnil@klesia.fr. Si après nous avoir contactés, vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenay - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

FAIT À

LE

COMPLÉTEZ ET IMPRIMEZ LE FORMULAIRE PUIS SIGNEZ-LE DANS CE CADRE
AVANT DE NOUS L'ADRESSER AVEC LES JUSTIFICATIFS