

QUESTIONNAIRE MEDICAL SIMPLIFIE

A renseigner par le postulant à l'assurance

NOM | _____ | PRENOM | _____ | NE(E) LE : | | | | | | | | | |

CONSENTEMENT A L'UTILISATION DES DONNEES DE SANTE

L'assureur a besoin de vos données d'état de santé pour établir les conditions d'acceptation des garanties et le montant de votre cotisation, ainsi que pour vous verser les prestations en cas de sinistre. Ces données et tout autre document complémentaire qui seront nécessaires pour le traitement de votre dossier seront transmis au Service Médical de l'assureur, si besoin, à ses prestataires (réassureurs, gestionnaires, médecins-experts désignés...) et aux autorités appropriées, dans le respect de la vie privée et du secret médical. Nous conservons vos données d'état de santé tout au long de la vie de votre contrat. Une fois ce dernier fermé, elles sont conservées pendant le délai de prescription. Au cas où la souscription ou l'adhésion au contrat n'a pas lieu, elles sont conservées pendant un délai de 5 ans. Nous mettons en œuvre des dispositions spécifiques pour assurer la protection complète de vos données d'état de santé. Vous gardez tout loisir d'y accéder, de demander leur rectification, portabilité ou effacement et de vous opposer à leur utilisation. Pour cela, il vous suffit de nous écrire : par e-mail à protectiondesdonnees@kereisfrance.com ou par courrier à l'adresse « Kereis France – Service Réclamations – CS 20008 – 44967 Nantes Cedex 9 ». À cette même adresse, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données Personnelles (DPO) pour toute réclamation. Vous pouvez aussi vous adresser à la CNIL. Protéger nos clients et nous protéger nous-mêmes est au cœur de notre politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude.

Aussi, nous gardons la possibilité de vérifier ces informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes. Pour en savoir plus sur notre politique de protection des données personnelles, vous pouvez consulter votre espace adhésion « Espace Assuré Kereis France » notre site internet : <https://www.kereisfrance.com/service-client/respect-vie-privee>.

Nous ne pouvons traiter vos données d'état de santé qu'avec votre accord préalable. Même si vous donnez votre accord aujourd'hui, vous pouvez retirer ce consentement à tout moment pendant la vie de votre contrat en faisant une demande par écrit par e-mail à protectiondesdonnees@kereisfrance.com ou par courrier à l'adresse ci-dessus. Ce retrait de consentement ne remettra pas en cause les traitements déjà effectués, mais ne nous permettra pas de vous verser les prestations en cas de sinistre ultérieur.

Nous vous remercions de nous faire part de votre choix en cochant l'une des deux cases suivantes :

- OUI « j'accepte que mes données d'état de santé soient utilisées par AXA, Kereis France et leurs prestataires pour l'étude de mon dossier d'adhésion et d'un éventuel sinistre garanti par le contrat et j'accepte de remplir le questionnaire figurant ci-après ».
- NON « je refuse que mes données d'état de santé soient utilisées par AXA, Kereis France ou leurs prestataires pour l'adhésion au contrat et son exécution ». **Nous ne pourrons pas donner suite à votre demande.**

Nous attirons votre attention sur la nécessité de compléter avec le plus grand soin ce questionnaire. L'absence de réponse à au moins une question nous empêchera de statuer sur votre demande d'admission à l'assurance.

Comme le prévoit la convention AERAS, nous vous conseillons de prendre **seul**, le temps de la réflexion pour apporter des réponses précises aux questions posées. Vous avez le droit de ne pas répondre à ce questionnaire au sein de votre agence bancaire. Vous pouvez y répondre soit sur place, soit à votre domicile. Il vous est possible de demander l'assistance de votre conseiller pour compléter ce questionnaire. Il pourra le transmettre à l'assureur dans le respect des règles de secret professionnel ou **vous pourrez le transmettre avec votre demande d'admission au médecin conseil de l'assureur sous pli confidentiel à : AXA – à l'attention du Médecin Conseil – Kereis France – CS 20008 – 44967 NANTES cedex 9**, ou par tous moyens à votre convenance. **Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à ce questionnaire tout document se rapportant à votre santé (bilans biologiques, radiologies, copies d'ordonnances, etc.).** Le Médecin Conseil de l'assureur se réserve le droit de vous demander la communication de documents médicaux complémentaires.

Rappel : Pour connaître les conditions d'éligibilité, les modalités d'application et les pathologies concernées par les dispositifs du **Droit à l'oubli** et de la **Grille de Référence** mis en place dans le cadre de la **convention AERAS**, reportez-vous au Document d'information AERAS annexé à ce questionnaire.

Pour plus d'informations, vous pouvez également consulter le site officiel de la convention AERAS : www.aeras-infos.fr

Vos déclarations sont valables 6 mois.

	OUI	NON
1 - Etes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé ou avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 30 jours consécutifs au cours des 5 dernières années, sur prescription médicale, pour raison de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Suivez-vous actuellement un traitement médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Etes-vous titulaire de l'Allocation pour Adulte Handicapé (AAH) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

