



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Relatif au contrat GLOBAL+ CI N° 4057



L'article L.113-2 du CODE DES ASSURANCES fait obligation à la personne à assurer de répondre exactement aux questions posées par l'Assureur, notamment dans le questionnaire de santé simplifié par lequel l'Assureur l'interroge lors de la conclusion de l'adhésion au contrat, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'Assureur les risques qu'il prend à sa charge. L'adhésion au contrat d'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse réponse intentionnelle de la part de l'Assuré. **Les questions ci-dessous sont destinées à vous aider à rassembler vos souvenirs et à déclarer ce que vous connaissez de votre état de santé. Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire de santé simplifié, vous êtes formellement invité à les transmettre (sous pli cacheté dans l'enveloppe ci-jointe par la procédure de transmission sécurisée) au Médecin Conseil du service médical de l'assureur.**

PERSONNE À ASSURER

Qualité : M. Mme. Nom et prénom : _____

Date de naissance : |_|_| | |_|_| | |_|_|_|_|

DÉCLARATIONS DE SANTÉ

Nous vous remercions de répondre à chacune des questions posées ci-dessous, en remplissant la case correspondante ; en cas de réponse positive à l'une des questions, merci de donner les précisions demandées et de ne rien omettre qui pourrait altérer l'appréciation du risque par l'Assureur. D'une manière générale, pour les femmes, dans le cadre d'une grossesse pathologique, tout arrêt de travail ou hospitalisation doit être également déclaré.

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.

VEUILLEZ RÉPONDRE PAR OUI OU NON ET COMPLÉTER EN CAS DE RÉPONSE POSITIVE :

Poids : _____ kg Taille : _____ cm Différence Taille - Poids : _____

		OUI / NON		
1	Cette différence est-elle inférieure à 80 ou supérieure à 120 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2	Etes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ? _____ Depuis quelle date ? _____
3	Suivez-vous actuellement un traitement médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ? _____ Noms et doses des médicaments ? _____ Depuis quelle(s) date(s) ? _____
4	Etes-vous titulaire de l'Allocation pour Adulte Handicapé (AAH) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ? _____ Depuis quelle date ? _____
5	Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité supérieure à 15 % ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ? _____ Depuis quelles dates ? _____ Le ou les Taux ? (joindre copie de la notification de rente) _____
6	Etes-vous pris(e) en charge à 100 % par la Sécurité Sociale ou un régime assimilé en raison d'une maladie ou d'un accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ? _____ Depuis quelle date ? _____
7	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"/>	Pour quel(s) motif(s) ? _____ Depuis quelle(s) date(s) ? _____ Durée(s) ? _____
8	Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical (hormis pour raison contraceptive ou pour traitement d'une allergie saisonnière bénigne) de plus de 21 jours au cours des 10 dernières années ? Notamment : <ul style="list-style-type: none"> • Un traitement pour maladie rhumatismale, atteinte de la colonne vertébrale, lumbago, lombalgie ou sciatique ? • Un traitement pour troubles nerveux, affection neuropsychique, dépression nerveuse ? • Un traitement pour troubles cardiaques ou vasculaires, hypertension artérielle ? • Un traitement par rayons, cobalt, chimiothérapie ou immunothérapie ? • Ou d'autres traitements d'une durée continue supérieure à 1 mois ? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ? _____ Noms et doses des médicaments ? _____ A quelle(s) date(s) ? _____ Durée(s) ? _____

Merci pour chaque réponse positive, de bien préciser : les motifs, les noms et doses des médicaments, la date et la durée.



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Relatif au contrat GLOBAL+ CI N° 4057



9	<p>Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé(e) dans une clinique, un hôpital ou une maison de santé pour un (ou des) autres(s) motif(s) que les suivants : maternité, césarienne, PMA, appendicectomie, ablation des amygdales et/ou des végétations, ablation de la vésicule biliaire, hernie inguinale, hernie ombilicale, hernie hiatale, varices, hémorroïdes, IVG, chirurgie dentaire, déviation de la cloïson nasale ?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Pour quel(s) motif(s) ? _____ _____ A quelle(s) date(s) ? _____ Durée(s) ? _____</p>
10	<p>Avez-vous été informé(e) que, dans les 12 prochains mois, vous devrez :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subir un scanner, une IRM, des examens en milieu hospitalier ? • Être hospitalisé(e) ? • Suivre un traitement médical ? • Subir une intervention chirurgicale ? 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Pour quel(s) motif(s) ? _____ _____ A quelle(s) date(s) ? _____</p>

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de cette opération font l'objet d'un traitement dont le responsable de traitement est l'assureur à l'exception des opérations dont le responsable de traitement et le périmètre sont définis à la notice d'information.

Le traitement des données a pour finalité de satisfaire votre demande et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure. A ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle, de surveillance du risque et à des fins d'études statistiques et actuarielles. Ces traitements ont comme base juridique l'exécution du contrat ou de mesures précontractuelles.

Les informations relatives aux données de santé sont traitées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du contrat (finalités mentionnées ci-dessus). Ce traitement a pour base juridique le consentement.

En remplissant le questionnaire médical, vous acceptez le traitement des données de santé dans ce cadre et vous acceptez le traitement des données de santé qui pourraient vous être demandées ultérieurement pour ces mêmes finalités.

Dans les conditions prévues par la réglementation :

Vous avez le droit :

- De retirer le consentement donné pour un traitement de données fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués,
- De prendre connaissance des informations vous concernant et le cas échéant de demander à les corriger notamment en cas de changement de situation
- De demander d'effacer ou de limiter l'utilisation de vos données notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires,
- De récupérer dans un format structuré les données que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données.

Vous pouvez exercer ces droits sur simple demande après avoir fourni une preuve de votre identité :

- auprès du délégataire de gestion tel que mentionné à la notice d'information,

L'exercice de ces droits est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, dès lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation.

Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, nous vous invitons à consulter le paragraphe « Information sur la protection des données personnelles » figurant aux conditions générales.

DÉCLARATIONS

Je certifie que les réponses figurant sur le présent document sont sincères et complètes et j'affirme n'avoir rien dissimulé qui pourrait induire en erreur l'Assureur sur le risque à assurer. J'ai pleinement conscience que, dans le cas contraire, j'aurais commis des réticences et fausses déclarations pouvant entraîner la nullité de l'assurance (article L 113-8 du Code des assurances).

Je déclare faire miennes toutes ces réponses, qu'elles aient été renseignées par moi-même ou remplies sur la base de mes propres déclarations. Si ces réponses ont été adressées ou renseignées par un procédé informatique, je déclare les avoir saisies moi-même ou avoir autorisé expressément et sans contrainte la personne ayant effectué cette saisie.

Dans le cadre des formalités d'adhésion, je m'engage à communiquer au Médecin Conseil de l'assureur, toutes les informations d'ordre médical provenant des Médecins que j'ai consultés, dont il pourrait avoir besoin.

J'autorise l'Assureur à transmettre les données médicales me concernant au service médical de tout tiers dont l'intervention est nécessaire pour l'application de l'assurance et notamment les réassureurs.

Je déclare être pleinement informé que j'ai la possibilité de transmettre le questionnaire de santé simplifié sous pli fermé dans l'enveloppe qui m'a été remise, au Médecin conseil du service médical de l'Assureur. Dans le cas où je n'ai pas usé de cette faculté, je certifie l'avoir fait délibérément et sans contrainte.

Je reconnais avoir pris connaissance du Document d'information AERAS à destination des personnes souscrivant un contrat d'assurance en relation avec un emprunt entrant dans le cadre de la Convention AERAS, annexé à ce questionnaire.

CE QUESTIONNAIRE DE SANTÉ EST VALABLE 6 MOIS À COMPTER DE LA DATE DE SIGNATURE DU PRESENT DOCUMENT.

Fait à : _____ Le : ____ / ____ / _____

Signature de la personne à assurer :