



Je soussigné(e) .....

- déclare avoir été informé(e) et avoir **accepté** la communication des renseignements relatifs à ma santé ci-dessus, au médecin-conseil du service médical d'Humanis Assurances ;
- certifie exactes, sincères et complètes les informations et déclarations mentionnées au présent document et reconnais avoir été informé(e), que :
  - toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation du risque par Humanis Assurances entraîne la nullité du contrat (article L113-8 du Code des assurances),
  - en cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle, sa résiliation en cas de refus de l'augmentation des cotisations ou, si le manquement est constaté après un sinistre, la réduction des prestations (article L113-9 du Code des assurances).

Fait à .....

Le .....

Signature :

Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant les copies de document se rapportant à votre santé (compte-rendu d'hospitalisation, d'opération, résultats d'examens médicaux, ordonnances...).

Le médecin-conseil d'Humanis Assurances se réserve la possibilité de vous demander tout document ou informations médicales complémentaires.

Ses conclusions médicales peuvent conduire à vous refuser l'assurance ou à vous proposer des conditions d'acceptation spécifiques (surprime).

Si, dans ces hypothèses, vous souhaitez être contacté(e) par courriel confidentiel, cochez la case ci-contre

## BON À SAVOIR

Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du médecin-conseil de l'assureur. Conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toutes informations vous concernant figurant sur ce fichier en vous adressant par écrit au **Médecin-conseil d'Humanis, Cellule médicale - 8 Boulevard Vauban - 59024 Lille cedex.**