

VOTRE IDENTITÉ

NOM Prénom

Date de naissance / /

Profession Nom de l'entreprise (*uniquement en cas de souscription collective*)

Adresse email personnelle

Merci de lire attentivement ces instructions avant de remplir le questionnaire :

Vous devez répondre par « OUI » ou « NON » aux questions du PAVÉ 1 . Si vous avez répondu « OUI » à au moins une des questions du pavé 1, veuillez répondre également aux questions du PAVÉ 2 .

En cas de souscription d'un contrat Frais de Santé, le questionnaire doit être complété par chacun des bénéficiaires de cette garantie. Si l'un des bénéficiaires est un enfant mineur, le souscripteur en tant que représentant légal doit remplir le questionnaire de santé. Les **enfants mineurs ou les retraités** ne sont pas concernés par la question 4.

Les informations collectées sont toutes nécessaires à Malakoff Humanis Assurances. Elles concourent à une juste appréciation du risque et serviront de base au contrat. Aussi, nous attirons votre attention sur la nécessité de prendre le temps de la réflexion et de remplir ce questionnaire avec le plus grand soin et de manière précise. À défaut de réponse de votre part, nous ne pourrions pas statuer sur votre demande d'adhésion ou d'affiliation.

Vous devez apporter un caractère totalement confidentiel à vos réponses, et transmettre directement votre questionnaire à l'attention du Médecin Conseil du service médical de Malakoff Humanis Assurances **via le lien sécurisé mis à disposition par notre équipe de gestion** suite à l'envoi de votre bulletin d'adhésion ou d'affiliation.

Le questionnaire est valable 3 mois à compter de la date de signature.

PAVÉ 1

Taille cm Poids kg

| Questions | | Réponses | | En cas de réponse(s) positive(s), donner les précisions demandées |
|-----------|---|----------|-----|---|
| 1 | Au cours des 5 dernières années, avez-vous été soigné, opéré ou avez-vous séjourné plus de 8 jours dans un établissement hospitalier (hôpital, clinique, maison de repos, maison de santé, établissement thermal), hors maternité ? | OUI | NON | Date(s) Durée(s) Motif(s) |
| | | | | |
| 2 | Êtes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100% par un régime de sécurité sociale pour une affection longue durée ou en avez-vous fait la demande ? | OUI | NON | Date de début Durée Motif(s) |
| | | | | |
| 3 | Bénéficiez-vous actuellement, ou avez vous bénéficié au cours des 5 dernières années, d'un traitement médical sur prescription médicale, d'une durée de plus de 21 jours (hors contraception) ? | OUI | NON | A quelle date ? Le ou lesquels ? Durée(s) Motif(s) |
| | | | | |
| 4 | Êtes-vous actuellement ou avez-vous été au cours des 5 dernières années en arrêt de travail de plus de 21 jours sur prescription médicale pour raison de santé (hors congé légal de maternité) ? | OUI | NON | Date(s) Durée(s) Motif(s) |
| | | | | |
| 5 | Dans les 12 prochains mois, devez-vous être hospitalisé avec ou sans intervention chirurgicale ou subir des analyses ou examens médicaux ? | OUI | NON | À quelle date ? Motif(s) |
| | | | | |

PAVÉ 2

| Questions | | Réponses | | En cas de réponse(s) positive(s), donner les précisions demandées |
|-----------|--|----------|-----|---|
| 6 | Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies portant en particulier sur les virus des hépatites B et C (VHB, VHC) ou sur celui de l'immunodéficience humaine (VIH) dont le résultat se soit révélé positif ? | OUI | NON | Date(s) Le ou lesquels ? Résultat(s) |
| | | | | |
| 7 | Au cours des 10 dernières années, avez vous été atteint ou souffrez-vous actuellement d'une ou plusieurs affections médicales telle(s) que : tension artérielle élevée, cholestérol, triglycérides, diabète, maladies cardiovasculaires, respiratoires, digestives, hépatiques, urogénitales, des os, des articulations, de la colonne vertébrale y compris lombalgies ou sciatiques, neurologiques, psychiques y compris dépression, fibromyalgie, maladies du sang ou de la peau, ophtalmologiques, endocrinienne ou thyroïdienne, tumeurs ? | OUI | NON | Date(s) Nature(s) Traitement(s) Séquelle(s) |
| | | | | |
| 8 | Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ? | OUI | NON | Depuis quand ? À quel taux ou quelle catégorie ? Pourquoi ? Quel est l'organisme qui verse la prestation ? |
| | | | | |

ENGAGEMENT

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 de Malakoff Humanis Assurances.
- certifie exactes, sincères et complètes les informations et déclarations mentionnées au présent document et reconnais avoir été informé(e) que :
 1. toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation du risque par Malakoff Humanis Assurances entraîne la nullité du contrat (article L113-8 du Code des assurances),
 2. 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 de l'assuré précédée de « Lu et approuvé »*

Les informations relatives au traitement de vos données personnelles sont disponibles dans l'annexe 1 qui vous est remise avec le présent document



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

Le médecin-conseil de Malakoff Humanis Assurances se réserve la possibilité de vous demander tout document ou informations médicales complémentaires. Ses conclusions médicales peuvent conduire à refuser ou à proposer des conditions d'acceptation spécifiques (surprime...).

Dans ces hypothèses, vous serez contacté(e) par défaut via courriel confidentiel à l'adresse personnelle indiquée ci-dessus. Si vous souhaitez être contacté(e) par courrier confidentiel, cochez la case ci-contre.

Annexe 1 :

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'assuré et les bénéficiaires sont informés par l'organisme assureur, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que : Malakoff Humanis a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à : dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Malakoff Humanis ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ; - la gestion des avis de l'assuré et des bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'assuré et les bénéficiaires ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification de l'assuré et des bénéficiaires ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à l'inscription de l'assuré et/ou des bénéficiaires sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en oeuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA).
- la proposition à l'assuré et aux bénéficiaires de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- la mise en oeuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'assuré et des bénéficiaires. Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'assuré et des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, à la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à la situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle de l'assuré et des bénéficiaires, à leur vie personnelle, à leur santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, lorsque le contrat intervient en complément de la Caisse des Français de l'Etranger, Malakoff Humanis, en sa qualité d'organisme d'assurance utilise le numéro d'immatriculation de la Caisse des Français de l'Etranger, ou, le cas échéant, le NIR (dénommé couramment « numéro de sécurité sociale ») de l'assuré et des bénéficiaires pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en oeuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique de l'assuré et des bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de Malakoff Humanis dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégués de gestion, la CFE, lorsque le contrat intervient en complément de celle-ci, Axa Partners, le cas échéant, pour les garanties Assistance, Assurance Bagages et Responsabilité civile, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé de l'assuré et des bénéficiaires sont destinées au Service médical de Malakoff Humanis et à toute personne placée sous la responsabilité de celui-ci, exclusivement aux fins de la passation, de la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

Malakoff Humanis s'engage à ce que les données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré et des bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en oeuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Dans la mesure où les données seraient amenées à être transférées en dehors de l'Union Européenne et dans un pays ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, Malakoff Humanis s'engage à prendre toutes les garanties juridiques appropriées pour encadrer le transfert.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec l'assuré et les bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de Malakoff Humanis et des prescriptions légales applicables.

Malakoff Humanis, le cas échéant la CFE, Axa Partners et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'assuré et des bénéficiaires et (2) à notifier à la CNIL et informer les assurés et les bénéficiaires en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. L'assuré et les bénéficiaires disposent du droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. L'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes de leurs données à caractère personnel, de limiter le traitement dont elles font l'objet et du droit à la portabilité de celles-ci dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés directement sur le site internet de Malakoff Humanis via les formulaires mis à disposition, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Le ou les Bénéficiaires peuvent également écrire à la CFE, lorsque le contrat intervient en complément de celle-ci : Monsieur le Directeur de la CFE - 160, Rue des Meuniers - CS 70238 Rubelles - 77052 MELUN Cedex et, le cas échéant, à : Service juridique d'AXA Partners - 6, Rue André Gide - 93320 CHATILLON.

En cas de réclamation relative à la protection des données, l'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

L'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.