



## VOTRE IDENTITÉ

NOM Prénom

Date de naissance / / Pays d'expatriation

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 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. A 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 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
<b>1</b>	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)
<b>2</b>	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)
<b>3</b>	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)
<b>4</b>	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)
<b>5</b>	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 <b>positif</b> ?	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 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 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 »*

*Conformément au règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations que vous nous communiquez sont traitées par l'organisme assureur, responsable de traitement, ou l'organisme gestionnaire par délégation. Ces traitements sont nécessaires aux fins de la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et peuvent également être réalisés aux fins d'opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale. De plus, ces traitements sont mis en œuvre en vue de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude. Les destinataires de ces données sont, dans le strict cadre des finalités précitées, les personnels habilités du responsable de traitement ou de l'organisme gestionnaire par délégation, ainsi que notamment ses prestataires, sous-traitants éventuels et partenaires, y compris les réassureurs, les coassureurs et s'il y a lieu les intermédiaires d'assurance. Ces destinataires peuvent éventuellement se situer en dehors de l'Union européenne (UE). Les références aux garanties juridiques appropriées en cas de transfert de données hors de l'UE sont disponibles sur le site du groupe HUMANIS à l'adresse URL indiquée ci-dessous. En cas de conclusion d'un contrat, vos données sont conservées selon les durées de prescriptions légales attachées au contrat d'assurance. En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé peuvent être conservées pendant une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte à des fins probatoires. S'agissant des autres données et notamment en matière de prospection commerciale, vos données peuvent être conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant de votre part. Vous trouverez l'ensemble des durées de conservation de vos données sur le site internet du groupe HUMANIS à l'adresse URL indiquée ci-dessous. Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement de vos données personnelles ainsi que limiter ou vous opposer au traitement en écrivant aux services du Délégué à la Protection des Données (DPO) aux coordonnées suivantes : protection-donneespersonnelles@humanis.com ou à Groupe HUMANIS – cellule Protection des données personnelles - 141, Rue Paul Vaillant Couturier - 92246 MALAKOFF Cedex. Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis. Nous pouvons vous demander de nous fournir un justificatif d'identité pour confirmer votre identité avant de répondre à votre demande. Pour en savoir plus, consultez le site internet du groupe HUMANIS à l'adresse URL suivante : <https://humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/>. En tout état de cause, il vous est possible de saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07*

IMP2476-01MMH 02-19



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 d'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.