

QUESTIONNAIRE SIMPLIFIE RELATIF A L'ETAT DE SANTE DE LA PERSONNE A ASSURER

Les informations collectées sont toutes nécessaires à SSN co-responsable de traitement de Quatrem ci-après désigné Malakoff-Médéric Humanis. 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. Vous pouvez le remplir sur place, à votre domicile, ou sur votre espace sécurisé. A défaut de réponse de votre part, nous ne pourrions pas statuer sur votre demande d'adhésion.

Vous avez la possibilité dans certains cas de ne pas déclarer au Médecin Conseil une affection cancéreuse entrant dans le cadre du Droit à l'oubli prévu par la Convention AERAS. Afin de connaître les modalités d'application du « Droit à l'oubli », nous vous invitons à lire attentivement le document d'information joint en annexe du questionnaire.

Vous devez apporter un caractère totalement confidentiel à vos réponses, et transmettre directement votre questionnaire, à l'attention du Médecin Conseil de SSN - 118, rue Mathurin – CS 10160 -13395 Marseille Cedex 10.

Contrat : 32 007

NOM : Prénom : Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Adresse :

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : Profession :

REPENDRE EXPLICITEMENT A TOUTES LES QUESTIONS PAR OUI ou NON - UN TRAIT NE CONSTITUANT PAS UNE REPOSE

Questions

Réponses

- | | | |
|---|--|-------|
| 1 | Etes-vous actuellement et/ou avez-vous été, au cours des 10 dernières années, atteint(e) d'une maladie ou de séquelles nécessitant une surveillance médicale ? | _ _ _ |
| 2 | Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours consécutifs sur prescription médicale pour raison de santé ? | _ _ _ |
| 3 | Au cours des 5 dernières années, vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 21 jours (hors contraception) ? | _ _ _ |
| 4 | Etes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé ? | _ _ _ |
| 5 | Suivez-vous actuellement un traitement médical (hors contraception) ? | _ _ _ |
| 6 | A votre connaissance, devez-vous être hospitalisé(e) avec ou sans intervention chirurgicale ou subir des analyses ou des examens dans les 12 prochains mois ? | _ _ _ |

Taille : en cm

Poids : en kg

Si vous avez répondu 'OUI' à au moins une des questions ci-dessus OU si le montant du capital à assurer (c'est à dire le capital emprunté auquel on applique la quotité garantie), augmenté de l'encours assuré est supérieur à 250 000 euros et que votre âge est supérieur à 45 ans veuillez répondre au Questionnaire de Santé Complet

Conformément à l'article L113-8 du Code des assurances, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance, et conformément à l'article L113-9 en cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle, les prestations seront réduites (se reporter à la définition de ces articles sur la notice d'information). En application de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données, et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également du droit de vous opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité, par courrier à l'attention du Médecin Conseil Malakoff Médéric Humanis, Pôle Informatique et Libertés Assurance, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet de Malakoff Médéric Humanis.

En signant ce questionnaire, vous acceptez expressément que vos données de santé soient collectées et traitées confidentiellement par les services du délégataire et soient transférées au service de Médecine Conseil de l'assureur et le cas échéant au personnel habilité de son réassureur. Les données de santé vous concernant pourront faire l'objet, une fois anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification de votre personne, d'analyses statistiques. Celles-ci sont effectuées sous la seule responsabilité du Médecin Conseil Chef.

Je reconnais avoir pris connaissance et compris le document d'information joint en annexe concernant les modalités de l'application du Droit à l'Oubli dans le cadre de la convention AERAS.

Ce questionnaire de santé est valable 6 mois à compter de sa date de signature.

L'ASSUREUR SE RESERVE LE DROIT DE DEMANDER TOUT COMPLEMENT D'INFORMATION.

Fait à, le

NOUS VOUS CONSEILLONS VIVEMENT DE CONSERVER UNE COPIE DE CE DOCUMENT.

Signature de la personne à assurer
Précédée de la mention manuscrite « CERTIFIE EXACT »