

QUESTIONNAIRE MEDICAL DETAILLE

A renseigner par le postulant à l'assurance

NOM | _____ | PRENOM | _____ | NE(E) LE : | | | | | | | | | |

CONSENTEMENT A L'UTILISATION DES DONNEES DE SANTE

L'assureur a besoin de vos données d'état de santé pour établir les conditions d'acceptation des garanties et le montant de votre cotisation, ainsi que pour vous verser les prestations en cas de sinistre. Ces données et tout autre document complémentaire qui seront nécessaires pour le traitement de votre dossier seront transmis au Service Médical de l'assureur, si besoin, à ses prestataires (réassureurs, gestionnaires, médecins-experts désignés...) et aux autorités appropriées, dans le respect de la vie privée et du secret médical. Nous conservons vos données d'état de santé tout au long de la vie de votre contrat. Une fois ce dernier fermé, elles sont conservées pendant le délai de prescription. Au cas où la souscription ou l'adhésion au contrat n'a pas lieu, elles sont conservées pendant un délai de 5 ans. Nous mettons en œuvre des dispositions spécifiques pour assurer la protection complète de vos données d'état de santé. Vous gardez tout loisir d'y accéder, de demander leur rectification, portabilité ou effacement et de vous opposer à leur utilisation. Pour cela, il vous suffit de nous écrire : par e-mail à protectiondesdonnees@kereisfrance.com ou par courrier à l'adresse « Kereis France – Service Réclamations – CS 20008 – 44967 Nantes Cedex 9 ». À cette même adresse, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données Personnelles (DPO) pour toute réclamation. Vous pouvez aussi vous adresser à la CNIL. Protéger nos clients et nous protéger nous-mêmes est au cœur de notre politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude.

Aussi, nous gardons la possibilité de vérifier ces informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes. Pour en savoir plus sur notre politique de protection des données personnelles, vous pouvez consulter votre espace adhésion « Espace Assuré Kereis France » notre site internet : <https://www.kereisfrance.com/service-client/respect-vie-privee>.

Nous ne pouvons traiter vos données d'état de santé qu'avec votre accord préalable. Même si vous donnez votre accord aujourd'hui, vous pouvez retirer ce consentement à tout moment pendant la vie de votre contrat en faisant une demande par écrit par e-mail à protectiondesdonnees@kereisfrance.com ou par courrier à l'adresse ci-dessus. Ce retrait de consentement ne remettra pas en cause les traitements déjà effectués, mais ne nous permettra pas de vous verser les prestations en cas de sinistre ultérieur.

Nous vous remercions de nous faire part de votre choix en cochant l'une des deux cases suivantes :

- OUI « j'accepte que mes données d'état de santé soient utilisées par AXA, Kereis France et leurs prestataires pour l'étude de mon dossier d'adhésion et d'un éventuel sinistre garanti par le contrat et j'accepte de remplir le questionnaire figurant ci-après ».
- NON « je refuse que mes données d'état de santé soient utilisées par AXA, Kereis France ou leurs prestataires pour l'adhésion au contrat et son exécution ». **Nous ne pourrons pas donner suite à votre demande.**

Nous attirons votre attention sur la nécessité de compléter avec le plus grand soin ce questionnaire. L'absence de réponse à au moins une question nous empêchera de statuer sur votre demande d'admission à l'assurance.

Comme le prévoit la convention AERAS, nous vous conseillons de prendre **seul**, le temps de la réflexion pour apporter des réponses précises aux questions posées. Vous avez le droit de ne pas répondre à ce questionnaire au sein de votre agence bancaire. Vous pouvez y répondre soit sur place, soit à votre domicile. Il vous est possible de demander l'assistance de votre conseiller pour compléter ce questionnaire. Il pourra le transmettre à l'assureur dans le respect des règles de secret professionnel ou **vous pourrez le transmettre avec votre demande d'admission au médecin conseil de l'assureur sous pli confidentiel à : AXA – à l'attention du Médecin Conseil – Kereis France – CS 20008 – 44967 NANTES cedex 9**, ou par tous moyens à votre convenance. **Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à ce questionnaire tout document se rapportant à votre santé (bilans biologiques, radiologies, copies d'ordonnances, etc.)**. Le Médecin Conseil de l'assureur se réserve le droit de vous demander la communication de documents médicaux complémentaires.

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

Vos déclarations sont valables 6 mois.

Taille : cm	Poids : kg	Différence Taille - Poids :	OUI	NON	En cas de réponse positive, donner les précisions demandées
1- Cette <u>différence</u> 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 quelle date ? Le ou les Taux ? <i>(joindre copie de la notification de rente)</i>
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(s) date(s) ?
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) ? A 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 : - 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 ? Merci pour chaque réponse positive, de bien préciser : les motifs, les noms et doses des médicaments, la date et la durée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ? Nom et doses des médicaments ? A quelle(s) date(s) ? Durée(s) ?
9- Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé(e) dans une clinique, un hôpital ou une maison de santé pour un ou plusieurs motif(s) autres(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 cloison nasale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ? A quelle(s) date(s) ? Durée(s) ?
10- Avez-vous été informé(e) que, dans les 12 prochains mois, vous devrez : - 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"/>	Pour quel(s) motif(s) ? A quelle(s) date(s) ?

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.

Je déclare avoir pris connaissance de la notice ci-jointe et en accepter tous les termes, notamment les dispositions de l'article L113.8 du Code des Assurances.

Fait à _____ / le / / / / / / / / / /

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

