

QUESTIONNAIRE DE SANTE A COMPLETER PAR LA PERSONNE A ASSURER - CONTRAT n° 5369- 03/2022

Pour assurer la confidentialité, vous pouvez transmettre ce questionnaire **de santé** sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil -Cbp France -CS 20008 - 44967 NANTES cedex 9. **Vous y êtes formellement invité si au moins l'une de vos réponses aux questions posées est positive et/ou si vous y joignez d'éventuelles pièces médicales.**

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...). Le Médecin Conseil de l'assureur se réserve le droit de vous demander la communication de documents médicaux complémentaires. **Vos déclarations sont valables 6 mois pour cette 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'adhésion à l'assurance.

Les réponses à ce questionnaire doivent être écrites obligatoirement de votre main et **vous devez prendre seul(e) connaissance des questions et y répondre seul(e)**, soit sur place, soit à votre domicile. Toutefois à votre demande, vous pouvez être assisté par votre interlocuteur pour remplir le questionnaire ; en ce cas, avant de vous assister votre conseiller **vous rappelle les règles de confidentialité définies dans le code de bonne conduite** annexé à la convention AERAS.

DROIT A L'OUBLI et GRILLE DE REFERENCE (prévu par la Convention AERAS)

Qu'est-ce que le droit à l'oubli : Sous certaines conditions, le « droit à l'oubli » permet aux anciens malades du cancer ou d'autres pathologies, de ne plus avoir à les déclarer lors de l'adhésion au contrat d'assurance emprunteur et de ne se voir appliquer aucune exclusion de garantie ou surprime du fait de ce cancer ou de ces pathologies. Si vous avez procédé à la déclaration d'une pathologie bénéficiant du « droit à l'oubli », Allianz ne tiendra pas compte de ces informations médicales.

De plus, une grille de référence fixe des délais au-delà desquels des conditions standard ou se rapprochant des conditions standard sont appliquées, pour certaines pathologies répondant à un ensemble de critères médicaux et dans certaines conditions.

Pour plus d'information concernant le « droit à l'oubli » et la « grille de référence », consultez le document d'information AERAS qui vous est remis ou le site officiel de la convention AERAS : www.aerasinfos.fr

CONSENTEMENT A L'UTILISATION DES DONNEES DE SANTE

Allianz Vie, agissant en tant que responsable de traitement, 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 d'Allianz Vie et, si besoin, à ses prestataires (réassureurs, 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 6 mois.

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 informatiqueetliberte@allianz.fr ou par courrier à l'adresse « Allianz - Informatique et Libertés - Case courrier S1805 - 1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex ». 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 le site internet d'Allianz France (www.allianz.fr).

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 informatiqueetliberte@allianz.fr 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 Allianz Vie et ses 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 Allianz Vie ou ses prestataires pour l'adhésion au contrat et son exécution ». **Nous ne pourrons pas donner suite à votre demande**

Questions	Cochez		Si vous cochez OUI, vous devez donner les précisions demandées
	NON	OUI	
Précisez : Votre taille :cm Votre poids :kg	↓	↓	
1- Etes-vous actuellement en arrêt de travail, sur prescription médicale, pour raison de santé ? (hors congé légal de maternité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ?..... Depuis quand ?.....
2- Suivez-vous actuellement un traitement médical ? (Sauf pour affections saisonnières, contraception, ménopause)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ?..... Depuis quand ?..... Pourquoi ?.....
3- Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une incapacité au travail, d'une pension d'invalidité ou de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ou êtes-vous pris en charge à 100 % pour une affection de longue durée (ALD) pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ?..... Depuis quelle date ?..... De quelle nature ?..... Taux ou catégorie ?.....
4- Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 30 jours consécutifs sur prescription médicale pour raison de santé ? (hors congé légal de maternité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quels motifs ?..... Durée ?..... A quelle date ?.....

