

Nous attirons votre attention sur la nécessité de compléter avec le plus grand soin ce questionnaire. Il doit être répondu précisément sans rature ni surcharge. Pour toute réponse OUI, vous êtes invité à apporter les précisions complémentaires. 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 connaissance, soit sur place, soit à votre domicile, des dispositions et questions figurant dans le questionnaire de santé.

Pour connaître les modalités d'application du Droit à l'oubli et vérifier si vous remplissez les conditions requises, nous vous invitons à prendre connaissance avec la plus grande attention du Document d'information AERAS ci-joint annexé.

Pour en savoir plus sur la convention AERAS : www.aeras-infos.fr

Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, vous pouvez les transmettre avec votre demande d'admission au médecin conseil du service médical de l'assureur sous pli confidentiel à Kereis France - à l'attention du Médecin Conseil – CS 20008 – 44967 Nantes cedex 9 ou par tous moyens à votre convenance. Cependant, si parmi les réponses que vous avez données, au moins l'une d'entre elles concerne une maladie dont vous souffrez actuellement ou avez souffert dans le passé, ou encore les suites d'un accident antérieur, ou se rapporte à un traitement en cours, vous êtes **formellement invité** à transmettre ce questionnaire sous pli confidentiel au médecin conseil du service médical de l'assureur. 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, compte rendu opératoire, compte rendu d'hospitalisation, etc...). 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 à compter de la signature du présent questionnaire.**

CONSENTEMENT A L'UTILISATION DES DONNEES DE SANTE

La MNCAP, agissant en tant que responsable de traitement, collecte vos données d'état de santé pour établir les conditions d'acceptation des garanties, le montant de votre cotisation, et l'exercice de vos garanties 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 la MNCAP, de Kereis France, le gestionnaire du contrat 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 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 dpo@mncap.fr ou par courrier au DPO (délégué à la Protection des données Personnelles) du groupe MNCAP, 5 rue Dosne, 75116 Paris. 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 de la MNCAP (<https://www.mncap.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 dpo@mncap.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 La MNCAP, 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 La MNCAP, Kereis France ou leurs prestataires pour l'adhésion au contrat et son exécution ». Nous ne pourrions pas donner suite à votre demande

Nom :		Prénom :		Nom de jeune fille :		Date de naissance / /	
QUESTIONS				Cochez		Si Oui, complétez les précisions demandées et joindre une copie des ordonnances et/ou des comptes rendus	
				OUI	NON		
1	Votre taille ?	cm	Poids ?	kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Suivez- vous actuellement un traitement médical ? (*)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ? Pourquoi ? Depuis quand ?
3	Etes-vous actuellement en arrêt de travail, total ou partiel, sur prescription médicale, pour raison de santé ? (*)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ? Depuis quand ?
4	Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail, de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) ou d'une invalidité, ou une demande est-elle en cours ? (*)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis quelle date ? Pourquoi ? A quel taux ou quelle catégorie ? Quel est l'organisme qui vous verse la prestation ?
5	Présentez-vous des séquelles d'accident ou de maladie ? (*)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, Lesquels ? Circonstances ? A quelle(s) date(s)?
6	Etes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale ou tout autre régime obligatoire d'assurance maladie, au cours des 10 dernières années ? (*)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ? Quand (mois/année) ? Durée ?
7	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 ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour chacun des arrêts : Pourquoi ? Quand (mois/année) ? Durée ?
8	Au cours des 5 dernières années, avez-vous suivi un traitement médical de plus de 21 jours consécutifs sur prescription médicale pour raison de santé ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour chaque traitement : Lequel ? Pourquoi ? Quand (mois/année) ? Durée ?
9	Au cours des 5 dernières années, avez-vous été hospitalisé dans une clinique, un hôpital ou une maison de santé ou avez-vous subi une intervention chirurgicale ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ? A quelle(s) date(s)? Suite(s) ? <i>Joindre le compte rendu opératoire et/ou histologique et/ou hospitalisation</i>
10	Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi des examens complémentaires biologiques, sérologiques, radiologiques ou autres qui ont révélé des anomalies ou nécessité une surveillance médicale ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date des examens et résultats <i>Joindre les comptes rendus</i>
11	Au cours des 5 dernières années, avez-vous effectué un test de dépistage, portant sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine (VIH), dont le résultat a été positif (présence d'un ou plusieurs virus dans le sang) ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ou lesquels? A quelle(s) date(s)?

12	Devez-vous être hospitalisé ou subir une intervention chirurgicale, un bilan ou des examens médicaux spécialisés dans les 12 prochains mois ? (*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ? A quelle(s) date(s) ?
13	Avez-vous souffert au cours des 10 dernières années, ou souffrez-vous actuellement d'une maladie (*) :			Si oui, précisez : Laquelle ou lesquelles ? A quelle(s) date(s) ?
	- de l'appareil digestif,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- cardio-vasculaires,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- respiratoires,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- du système nerveux,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- de l'appareil urogénital,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- endocrinienne ou métaboliques,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- neuropsychiques,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- des os et des articulations,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Ophtalmologique/ORL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Dermatologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Neuromusculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

(*) Droit à l'oubli applicable à cette question, dont les conditions sont détaillées sur le site officiel de la convention AERAS : www.aeras-infos.fr

Je reconnais être informé(e) que les réponses et informations contenues dans ce questionnaire sont obligatoires pour qu'une proposition d'assurance puisse m'être faite. Je reconnais également que ce questionnaire est l'un des éléments qui formera le contrat qui sera conclu avec l'assureur identifié dans la proposition d'assurance qui sera soumise à mon acceptation ou dans l'attestation d'assurance qui me sera adressée. Je reconnais avoir été averti que toute fausse déclaration ou réticence intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de mon état de santé entraîne la nullité de l'assurance conformément à l'article L.221-14 du Code de la Mutualité. Je m'engage à informer l'assureur de toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la prise d'effet de mon contrat. Les informations recueillies à l'occasion de la présente proposition de souscription sont nécessaires au traitement du dossier du demandeur d'assurance. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, ce dernier peut exercer son droit d'accès, d'opposition ou de rectification aux informations le concernant qui figureraient sur tout fichier à l'usage de l'assureur, de ses mandataires, de ses sous-traitants, de ses réassureurs, de ses Co-assureurs ou des organismes professionnels. Ce droit d'accès, d'opposition ou de rectification peut être exercé auprès du siège de Kereis France. Par la signature de la demande d'adhésion, le candidat à l'assurance accepte que les données le concernant leur soient transmises pour les besoins du traitement de son dossier.

Je reconnais avoir pris connaissance et compris la fiche de place sur le Droit à l'Oubli annexée à ce questionnaire.

Fait à _____ le _____ Signature du Candidat à l'assurance