

A compléter et à signer sans rature, ni surcharge, par les Candidats à l'assurance

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 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

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 (suivi s'il y a lieu du nom d'époux) : **Prénom** :

- 1 Indiquez votre taille encm, Votre poids.....kg Oui Non
- 2 Etes-vous actuellement en arrêt de travail, total ou partiel, sur prescription médicale, pour raison de santé ? (*) Oui Non
- 3 Suivez-vous actuellement un traitement médical ou avez-vous suivi un traitement médical de plus de 21 jours consécutifs sur prescription médicale pour raison de santé au cours des 5 dernières années ? (*) Oui Non
- 4 Au cours des 5 dernières années, avez-vous été hospitalisé(e) dans une clinique, un hôpital ou une maison de santé, ou subi une intervention chirurgicale, ou réalisé des examens médicaux qui ont révélé des anomalies ? Oui Non
- 5 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) ? (*) Oui Non
- 6 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 ? Oui Non
- 7 Etes-vous actuellement 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 ? (*) Oui Non
- 8 Devez-vous être hospitalisé(e) ou subir une intervention chirurgicale, un bilan ou des examens médicaux spécialisés dans les 12 prochains mois ? (*) Oui Non
- 9 Présentez-vous des séquelles d'accidents ou de maladie, ou êtes-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 ? (*) Oui Non

(*) 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 :

- l'exactitude de mes déclarations et j'affirme n'avoir rien d'autre à déclarer concernant ma santé.
- avoir été informé(e) que si je ne peux répondre par la négative à l'ensemble des questions du QSS ci-dessus, je devrais remplir un Questionnaire de Santé.

Mon attention a été attirée sur le fait que l'assurance serait nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle (Art. L.221-14 du Code de la Mutualité).

Les informations recueillies sur ce document sont nécessaires à l'étude et au traitement de votre demande qui se feront dans le strict respect du secret médical. Par votre signature, vous consentez expressément au traitement de vos données médicales par la MNCAP, ses mandataires et réassureurs. Vous pouvez, conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, modifiée par la Loi 2004-801 du 06/08/2004, y accéder, les faire rectifier ou vous opposer à leur traitement pour des motifs légitimes, en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à MNCAP, 5 rue Dosne 75116 Paris, à l'attention du « Médecin Conseil » en précisant votre nom, prénom ainsi que votre référence souscripteur.

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

Fait à, le 20

Signature du Candidat à l'assurance :