

## iNéo Emprunteur 33629

### QUESTIONNAIRE DE SANTÉ - À COMPLÉTER PAR LA PERSONNE À ASSURER

**Document à retourner à Kereis France – À l'attention du Médecin Conseil – CS 20008 - 44967 NANTES CEDEX 9.**

Nous attirons votre attention sur la nécessité de compléter ce questionnaire avec la plus grande exactitude car vos réponses vous engagent et permettent l'évaluation du risque par l'assureur.

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.

Si vous avez été atteint d'une pathologie entrant dans le cadre du Droit à l'oubli prévu par la Convention AERAS, vous avez le droit de ne pas la déclarer si vous remplissez les conditions énoncées dans le Document d'Information AERAS joint au présent questionnaire. Nous vous invitons à en prendre connaissance avec la plus grande attention pour connaître les modalités d'application du droit à l'oubli.

Pour en savoir plus sur la convention AERAS : [www.aeras-infos.fr](http://www.aeras-infos.fr)

**Ce questionnaire de santé est valable 6 mois à compter de la date de signature du présent document.**

### CONSENTEMENT À L'UTILISATION DES DONNÉES DE SANTÉ

Les données d'état de santé recueillies sont nécessaires pour établir les conditions d'acceptation des garanties et leur mise en œuvre en cas de sinistre. Ces données et tout autre document complémentaire qui seront nécessaires pour le traitement de votre dossier seront transmis aux services habilités des assureurs du contrat, du délégataire de gestion, du ou des réassureurs et si besoin, de leurs partenaires 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 et pendant le délai de prescription légale. Si la souscription du contrat n'aboutit pas, elles sont conservées pendant un délai de 6 mois.

Conformément aux dispositions du Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, les personnes concernées par un traitement de leurs données disposent d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de leurs données, du droit de définir des directives relatives au sort de leurs données après leur décès, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits.

Ces droits peuvent être exercés en justifiant de votre identité : par mail : [protectiondesdonnees@kereisfrance.com](mailto:protectiondesdonnees@kereisfrance.com) ou par courrier à l'adresse suivante : Kereis France, Service réclamations, 3 rue Victor Schoelcher, 44800 Saint-Herblain

**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 mail à [protectiondesdonnees@kereisfrance.com](mailto: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 pourra entraver la gestion future de votre contrat.

#### IDENTITÉ DE LA PERSONNE À ASSURER

Qualité :  M.  Mme  Mlle

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### CONSENTEMENT AU TRAITEMENT DES DONNÉES DE SANTÉ

« J'accepte que mes données de santé soient utilisées par les services habilités des assureurs du contrat, du délégataire de gestion, du ou des réassureurs et si besoin, de leurs partenaires pour l'étude de mon dossier d'adhésion et la mise en œuvre des garanties en cas de sinistre ».

Cochez :

OUI

NON (Dans ce cas, nous ne pourrions pas donner suite à votre demande d'assurance).

<p><b>1</b> Votre taille ? _____ cm    Votre poids ? _____ Kg.</p>			
<p><b>Cochez OUI ou NON et si vous cochez OUI, merci d'apporter les précisions</b></p>		OUI	NON
<p><b>2</b> Êtes-vous actuellement ou avez-vous eu, au cours des 5 dernières années, un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours consécutifs sur prescription médicale, pour raison de santé ?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<p><b>Arrêt de travail en cours :</b>                  Depuis quelle date ? ____/____/____                  Pour quel(s) motif(s) ? _____</p> <p><b>Arrêt de travail au cours des 5 dernières années :</b>                  À quelle date ? ____/____/____                  Pour quel(s) motif(s) ? _____                  Période(s) :                  du ____/____/____ au ____/____/____                  du ____/____/____ au ____/____/____</p>	
<p><b>3</b> Suivez-vous actuellement ou avez-vous suivi, au cours des 10 dernières années, un traitement médical de plus de 21 jours ?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<p><b>Traitement médical en cours :</b>                  Le(s)quel(s) ? _____                  Depuis quelle date ? ____/____/____                  Pour quel(s) motif(s) ? _____</p> <p><b>Traitement médical au cours des 10 dernières années :</b>                  À quelle date ? ____/____/____                  Pour quel(s) motif(s) ? _____                  Période(s) :                  du ____/____/____ au ____/____/____                  du ____/____/____ au ____/____/____</p>	
<p><b>4</b>                  - Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé ou avez-vous subi une intervention chirurgicale ?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>- Êtes-vous en cours de bilan ou devez-vous, dans les 12 prochains mois, être hospitalisé ou subir une intervention chirurgicale, un bilan, un traitement médical ou des examens médicaux ?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<p>À quelle date ? ____/____/____                  Pour quel(s) motif(s) ? _____                  Durée ? _____                  Période(s) :                  du ____/____/____ au ____/____/____                  du ____/____/____ au ____/____/____</p> <p>À quelle date ? ____/____/____                  Pour quel(s) motif(s) ? _____</p>	
<p><b>5</b> Êtes-vous titulaire d'une pension, d'une rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail, d'une pension d'invalidité ou de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<p>Depuis quelle date ? ____/____/____                  Pour quel(s) motif(s) ? _____                  A quel taux ou quelle catégorie ? _____                  Quel est l'organisme qui vous verse la prestation ? _____</p>	
<p><b>6</b> Êtes-vous ou avez-vous au cours des 10 dernières années, été pris en charge à 100 % pour une affection de longue durée (ALD) pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale ?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<p>À quelle date ? ____/____/____                  Pour quel(s) motif(s) ? _____                  Durée de prise en charge ? _____                  Période(s) :                  du ____/____/____ au ____/____/____                  du ____/____/____ au ____/____/____</p>	

<p><b>7</b> Êtes-vous actuellement, ou avez-vous été au cours des 10 dernières années, atteint d'une affection respiratoire, rhumatismale, de la colonne vertébrale, de lumbago, lombalgie ou sciatique, de troubles nerveux, affection neuropsychologique ou dépression nerveuse ?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><b>Atteinte en cours :</b>  <i>Nature de l'affection :</i> _____  <i>Date de début :</i> ____/____/____  <i>Traitements et séquelles, ou rechutes éventuelles ?</i> _____</p> <p><b>Atteinte au cours des 10 dernières années :</b>  <i>Nature de l'affection :</i> _____  <i>Traitements et séquelles, ou rechutes éventuelles ?</i> _____</p> <p><i>Période(s) :</i>  <i>du ____/____/____ au ____/____/____</i>  <i>du ____/____/____ au ____/____/____</i></p>
<p><b>8</b> Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies, portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine, dont le résultat a été positif (présence d'un ou plusieurs virus dans le sang) ?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><i>À quelle(s) date(s) :</i> ____/____/____  <i>Le(s)quel(s) :</i> _____</p>
<p><b>9</b> Suivez-vous ou avez-vous suivi au cours des 10 dernières années, un traitement de plus de 21 jours par rayons X, substances radioactives, chimiothérapie ou immunothérapie ?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><b>Traitement en cours :</b>  <i>Le(s)quel(s) ?</i> _____  <i>Pour quel(s) motif(s) ?</i> _____  <i>Date de début</i> ____/____/____  <i>Durée ?</i> _____</p> <p><b>Traitement au cours des 10 dernières années :</b>  <i>Le(s)quel(s) ?</i> _____  <i>Pour quel(s) motif(s) ?</i> _____  <i>À quelle date ?</i> ____/____/____  <i>Durée</i> _____  <i>Période(s) :</i>  <i>du ____/____/____ au ____/____/____</i>  <i>du ____/____/____ au ____/____/____</i></p>

**J'atteste de la sincérité et de l'exactitude des réponses que j'ai formulées et reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera la nullité ou la réduction des garanties de l'adhésion en application des articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Signature du postulant à l'assurance :

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_