

Nous attirons l'attention du Candidat à l'assurance sur la nécessité de compléter avec le plus grand soin ce questionnaire. Comme le prévoit la convention AERAS, nous conseillons au Candidat à l'assurance de prendre, seul, connaissance, soit sur place, soit à son domicile, des dispositions et questions figurant dans le présent document. Ce questionnaire doit obligatoirement être signé de la main du Candidat à l'assurance. Afin de préserver la confidentialité des renseignements médicaux, le Candidat à l'assurance doit adresser le présent questionnaire soit dans l'espace client sécurisé soit sous enveloppe confidentielle à **l'attention du Médecin Conseil**.

Vos déclarations sont valables six (6) mois à compter de la signature du présent questionnaire.

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.

Candidat à l'assurance Madame Monsieur

Nom : _____ Nom d'usage : _____

Prénom : _____ Date de naissance : _____

Lieu de naissance : _____

N° d'assuré : _____

MERCI DE REpondre PAR OUI OU PAR NON A CHACUNE DES QUESTIONS CI-DESSOUS, POUR TOUTE REPONSE AFFIRMATIVE, MERCI DE COMPLETER LA RUBRIQUE COMMENTAIRES

1 - Consentement

Je consens au traitement de mes données de santé oui non

2 - Constitution physique

a) Indiquez votre taille : _____ cm b) Indiquez votre poids : _____ kg

3 - Traitement médical

			Commentaires
a) Suivez-vous actuellement un traitement médical ? <i>(Sauf contraception ou affections saisonnières telles que grippe, rhume, rhinopharyngite, otite, angine virale)</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Pour quelle(s) raison(s) ? Le(s)quel(s) ? Depuis quand ?
b) Au cours des 5 dernières années, vous a-t-on prescrit un traitement médical pendant plus de 21 jours ? <i>(Hors contraception)</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Pour quelle(s) raison(s) ? Le(s)quel(s) ? A quelle(s) date(s) ? Durée du traitement ?

4 - Arrêts de travail

			Commentaires
a) Etes-vous actuellement en arrêt de travail total ou partiel sur prescription médicale, pour raison de santé ? <i>(Hors congés légaux de maternité et paternité)</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Pour quelle(s) raison(s) ? Depuis quand ?
b) 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 ? <i>(Hors congés légaux de maternité et paternité)</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Pour quelle(s) raison(s) ? Durée de votre arrêt de travail (en jours) ? Quand ?

5 - Affections dorsales et psychologiques

			Commentaires
a) Présentez-vous ou avez-vous déjà présenté, au cours des 10 dernières années, une douleur ou une affection de la colonne vertébrale ayant nécessité un arrêt de travail et/ou un traitement de plus de 15 jours (par exemple : antidouleur, infiltrations, kinésithérapie, port d'une ceinture lombaire ou minerve) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Pour quelle(s) raison(s) ? Depuis quand ?
b) Souffrez-vous ou avez-vous souffert, au cours des 10 dernières années d'une des affections suivantes ? Dépression, burn-out, troubles bipolaires, névrose, psychose, fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique, ou toute autre affection psychique ou psychiatrique ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Pour quelle(s) raison(s) ? Depuis quand ?
c) Avez-vous actuellement ou avez-vous déjà eu recours à un suivi psychiatrique ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Pour quelle(s) raison(s) ? Depuis quand ?

6 - Rente et pension (1/2)

			Commentaires
a) Etes-vous ou avez-vous déjà été pris(e) en charge à 100 % par un organisme d'assurance maladie au titre d'une Affection de Longue Durée (ALD) au cours des 10 dernières années hors droit à l'oubli ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Pour quelle(s) raison(s) ? Depuis quand ? (joindre les justificatifs)

6 - Rente et pension (2/2)

			Commentaires
b) Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<p>Le(s) taux ou catégorie retenue :</p> <p>Pour quelle(s) raison(s) ?</p> <p>Depuis quand ? (joindre les justificatifs)</p>
c) Etes-vous titulaire de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<p>Pour quelle(s) raison(s) ?</p> <p>Depuis quand ? (joindre les justificatifs)</p>

7 - Antécédents médicaux (1/2)

			Commentaires
<p>Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années, d'une ou des maladie(s) ou affections suivante(s) hors Droit à l'oubli :</p>			<p>En cas de réponse positive, merci de préciser la ou les affection(s), la date, la durée et les séquelles éventuelles :</p>
a) Maladie ou affection cardio vasculaire et/ou cérébrovasculaire : d'hypertension artérielle, d'artérite, d'un infarctus, de trouble du rythme, d'angine de poitrine, d'une malformation cardiaque, d'une cardiopathie, d'une valvulopathie, d'artériopathie, de phlébite, de trouble circulatoire, de thrombose veineuse, d'accident vasculaire cérébral (AVC), d'accident vasculaire ischémique (AIT), d'hémorragie cérébrale, d'hématomes intracérébraux ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
b) Maladie ou affection respiratoire : d'asthme, de tuberculose, d'embolie pulmonaire, de bronchite chronique, d'emphysème, d'insuffisance respiratoire ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
c) Maladie endocrino-métabolique : De la thyroïde, de l'hypophyse, de diabète, d'élévation du taux de cholestérol, des triglycérides, d'acide urique, ou de toute autre affection du système endocrinien ou métabolique ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
d) Maladie articulaire : D'une hernie discale, de lombalgie, de cervicalgie, de sciatique, d'un lumbago, d'une méniscectomie, d'une ligamentoplastie, d'arthrose, de polyarthrite, d'une coxarthrose, d'ostéoporose, d'un lupus ou de toute autre affection des os ou articulations ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	

			Commentaires
e) Maladie digestive : De la maladie de Crohn, d'un ulcère gastrique, de polypes, d'un reflux gastro-œsophagien, de diverticules, de hernie, du foie, du pancréas, de la vésicule biliaire, de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, du colon ou du rectum ou de toute autre affection de l'appareil digestif ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
f) Maladie neuro musculaire ou du système nerveux : D'une épilepsie, de myopathie, de méningite, d'une sclérose en plaques, de la maladie de Parkinson, de vertiges, de paralysie, de la maladie d'Alzheimer, d'une neuropathie, d'anomalie de la moelle osseuse, d'un accident vasculaire cérébral, d'un accident ischémique transitoire ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
g) Cancer : D'une leucémie, d'une maladie de Hodgkin, d'un lymphome, de tumeur bénigne et/ ou maligne ? <i>Si vous avez été atteint(e) d'un cancer, vous bénéficiez sous certaines conditions du droit de ne pas déclarer des antécédents de santé et donc de répondre NON à cette question. Pour vérifier si vous remplissez les conditions requises, nous vous invitons à consulter le document d'information sur le «Droit à l'Oubli» joint à votre demande d'adhésion.</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
h) Maladie Urino-rénale ou génitale : Des voies urinaires, de coliques néphrétiques, d'insuffisance rénale, de pyélonéphrite, de protéinurie, d'une affection du système urinaire ? D'endométriose, d'une prostatite, d'adénome, de fibrome, ou d'une affection gynécologique ou urogénitale ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
i) Maladie Psychique : De troubles obsessionnels compulsifs, d'anxiété, de troubles alimentaires ou de tentatives de suicide ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
j) Dermatologique : D'eczéma, de psoriasis, d'un purpura, d'herpès, de kystes, de naevus ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
k) Ophtalmologique : D'une cécité (même unilatérale), d'un glaucome, d'une dégénérescence maculaire ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
l) ORL : D'une surdité (même unilatérale), d'acouphènes, de vertiges de Ménière ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
m) D'une hépatite, d'anémie, de trouble de la coagulation ou hématologique ? <i>Si vous avez été atteint(e) d'un cancer, vous bénéficiez sous certaines conditions du droit de ne pas déclarer des antécédents de santé et donc de répondre NON à cette question. Pour vérifier si vous remplissez les conditions requises, nous vous invitons à consulter le document d'information annexé au présent questionnaire.</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
n) D'une maladie infectieuse, virale, parasitaire ou de paludisme ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
o) D'une maladie auto-immune (par exemple : lupus, sclérose en plaques, sclérodermie, névrite optique) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	

8 - Exploration et hospitalisation

			Commentaires
a) Au cours des 5 dernières années, avez-vous réalisé des analyses de sang ou d'urine, cardiologiques ou d'imagerie médicale (ECG, échographie, scanner, IRM, endoscopie, coloscopie, mammographie...) dont les résultats se sont avérés anormaux ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Lesquels ? A quelle date ? Pour quelle(s) raison(s) ? <i>Merci de joindre les résultats et/ou compte rendus des examens en votre possession</i>
b) Au cours des 5 dernières années, avez-vous été hospitalisé(e) (y compris moins de 24 heures) ou subi une intervention chirurgicale ? (Hors appendicite, végétations, amygdales, vésicule biliaire, dents de sagesse, accouchement)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	A quelle date ? Pour quelle(s) raison(s) ? <i>Merci de joindre les résultats et/ou compte rendus d'hospitalisation, opératoires et histologiques</i>
c) Au cours des 12 prochains mois, devez-vous être hospitalisé(e) (y compris en ambulatoire) ou subir une intervention chirurgicale ou réaliser des investigations médicales à visée diagnostique ? (Hors bilans de routine systématique ou visite médicale générale)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Lesquels ? A quelle date ? Pour quelle(s) raison(s) ? <i>Merci de joindre les résultats et/ou compte rendus des examens en votre possession</i>

- Je certifie avoir pris connaissance du document d'information sur le « droit à l'oubli » joint au présent document.
- Je certifie avoir répondu sincèrement aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé. Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de l'assuré(e) l'expose aux sanctions prévues par les articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances, ou L. 221-14 et L.221-15 du Code de la Mutualité.

Toutes les informations personnelles collectées vous concernant sont enregistrées par l'Assureur, Magnolia Web Assurances et Forever. L'Assureur est responsable du traitement des adhésions, de la vie du contrat, du dénouement du contrat. Magnolia Web Assurances est responsable du traitement de l'entrée en relation. L'Assureur et Magnolia Web Assurances sont co-responsables du traitement de la connaissance client, des réclamations et de la fraude. Elles ont vocation à être utilisées pour (i) la passation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance, (ii) dans le cadre de l'Échange Automatique d'Information en matière fiscale, (iii) pour la lutte contre le blanchiment d'argent et de financement du terrorisme, (iv) pour la lutte contre la fraude, (v) dans le cadre de contentieux et (vi) pour l'amélioration des produits ou des prestations. Pour l'Assureur, Magnolia WEB Assurances et FOREVER, les bases légales des traitements mentionnés sont l'exécution du contrat [(i),(v),(vi)], l'intérêt légitime (iv) et le respect des obligations légales [(ii),(iii)]. Les données collectées sont transmises (i) aux équipes ou sous-traitants de l'Assureur, (ii) aux membres du groupe BPCE, (iii) aux organismes professionnels habilités, (iv) aux partenaires commerciaux de l'Assureur, comme des intermédiaires, mandataires ou réassureurs, et (v) aux autorités publiques conformément à la loi. Il n'existe aucune prise de décision entièrement automatisée par l'Assureur, sur la base de vos données personnelles. Les données personnelles collectées sont stockées à l'intérieur de l'Union Européenne ou dans des pays dont la protection des données personnelles a été jugée adéquate par la Commission Européenne. Elles sont conservées, par l'Assureur, de manière sécurisée et conformément à la réglementation, et pour la durée réglementaire correspondant soit à la prescription légale, soit à la réglementation des assurances. Vos données personnelles de santé sont particulièrement protégées, accessibles et traitées uniquement par des professionnels spécifiquement formés et soumis à une confidentialité réglementaire. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de vos données, du droit de définir le sort post-mortem de vos données personnelles et, le cas échéant, de retirer votre consentement à tout moment, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits. Pour exercer un ou plusieurs de ces droits, il convient de contacter le délégué à la protection des données de l'Assureur, par mel (dpo@prepar-vie.com) ou le médecin conseil de l'Assureur (service.medical@prepar-vie.com) pour vos données de santé, ou par courrier (PREPAR-VIE, DPO, Immeuble Le Village 1, Quartier Valmy, 33 Place Ronde, CS 90241, 92981 Paris La Défense cedex ou PREPAR IARD Immeuble Le Village 1, Quartier Valmy, 33 Place Ronde, CS 90241, 92981 Paris La Défense cedex) pour les informations figurant dans ses propres fichiers ou ceux de ses mandataires. En cas de doute sur l'identification de la personne concernée, une pièce justificative d'identité peut être demandée. Pour Magnolia WEB Assurances et FOREVER, toute question relative au traitement de vos données personnelles ainsi qu'à l'exercice de vos droits sont à adresser à : Délégué à la Protection des Données – dpo@magnolia.fr. En cas de réclamation, vous pouvez contacter la CNIL par mel (www.cnil.fr) ou par courrier postal en écrivant à : CNIL - Service des Plaintes - 3 Place de Fontenay - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07. Vous pouvez vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage par mel (www.bloctel.gouv.fr) ou par courrier postal en écrivant à : OPPOSETEL-Service Bloctel- 6 rue Nicolas Siret –10000 TROYES. Pour plus d'informations, vous pouvez vous reporter, à tout moment, à notre Politique de données personnelles, susceptible d'évoluer au fil du temps, sur notre site internet www.prepar-vie.fr.

Faire précéder de la mention « lu et approuvé »

SIGNATURE DU CANDIDAT À L'ASSURANCE :

FAIT À : _____

LE : _____