



Consentement à l'utilisation des données d'état de santé

Personne demandant à être assurée :

Nom _____

Prénom _____

souhaite adhérer au contrat _____ n° de projet _____.

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 de souscription ou 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 de santé soient utilisées par Allianz Vie ou ses prestataires pour la souscription ou l'adhésion au contrat et son exécution ». Nous ne pourrons pas donner suite à votre demande d'assurance.

Si vous avez donné votre accord pour le traitement de vos données d'état de santé, veuillez compléter le questionnaire figurant ci-après.

QUESTIONNAIRE MÉDICAL SIMPLIFIÉ



Allianz

Nom _____
Prénom _____
souhaite adhérer au contrat _____ n° de projet _____.

Lisez attentivement les questions posées ci-dessous et indiquez votre réponse directement dans l'encadré en fin du questionnaire. Nous vous rappelons que vos réponses sont confidentielles.

- Avez-vous un poids, par rapport à votre taille, supérieur à la limite indiquée dans le tableau ci-dessous ?

TAILLE EN CM	140 - 145	146 - 150	151 - 155	156 - 160	161 - 165	166 - 170	171 - 175	176 - 180	181 - 185	186 - 190	191 - 195	196 - 200
Poids max en kg	62	68	72	77	82	88	93	99	104	110	116	122

- Êtes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé (sauf congé légal de maternité) ?
- Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu une prescription d'arrêt de travail de plus de 30 jours sur prescription médicale pour raison de santé (sauf congé légal de maternité) ? **Si vous avez choisi les seules garanties Décès et Perte totale et irréversible d'autonomie, vous n'avez pas à déclarer les arrêts pour fractures, tendinopathies, entorses.**
- Suivez-vous actuellement un traitement médical (sauf pour affections saisonnières, contraception, ménopause) ?
- Au cours des 5 dernières années, avez-vous suivi un traitement médical de plus de 30 jours (sauf pour affections saisonnières, contraception, ménopause) ?
- Au cours des 5 dernières années, un des examens spécialisés suivants a-t-il mis en évidence une anomalie : analyse de sang, électrocardiogramme, radiographie, endoscopie, échographie, scanner, IRM ou autre ?
- Devez-vous effectuer prochainement des examen(s) dans le cadre du diagnostic d'une pathologie ?
- Au cours des 10 dernières années, avez-vous séjourné dans un établissement de soins, y compris en ambulatoire, ou subi une intervention chirurgicale (sauf pour appendicite, amygdales, végétations, hernie inguinale ou hiatale, vésicule biliaire, varices, hémorroïdes, maternité, IVG, chirurgie dentaire, déviation de la cloison nasale) ? **Si vous avez choisi les seules garanties Décès et Perte totale et irréversible d'autonomie, vous n'avez pas à déclarer les interventions pour fractures.**
- Devez-vous être hospitalisé(e) dans les 12 prochains mois ?
- Au cours des 10 dernières années, avez-vous présenté une ou plusieurs des affections suivantes : maladie neurologique, psychiatrique (y compris dépression), cardiaque, vasculaire, hépatique, digestive ¹, rénale, rhumatismale (y compris polyarthrite), respiratoire ⁽²⁾ ou pulmonaire, gynécologique ⁽²⁾, urologique ⁽²⁾, diabète, hypertension artérielle, hypercholestérolémie ?
- Si vous avez choisi une garantie couvrant l'incapacité ou l'invalidité, avez-vous présenté une pathologie ostéo-articulaire (dont atteintes discales, vertébrales et para-vertébrales, sciatiques).
- Au cours des 10 dernières années, avez-vous été atteint d'un cancer, une leucémie ou autre maladie du sang ?
- Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité à l'un des virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou des hépatites, dont l'un des résultats indique la mention « positif » ?
- Avez-vous suivi un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie ou immunothérapie ?
- Avez-vous été victime d'une maladie ou d'un accident ayant entraîné des séquelles, une infirmité ou une invalidité totale ou partielle ?
- Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ?

Quelle réponse apportez-vous à l'ensemble des questions posées ci-dessus ?

(1) Je réponds « non » à toutes les questions posées ci-dessus.

(1) Je réponds « oui » à au moins une des questions posées ci-dessus et dans ce cas, je remplis le questionnaire d'état de santé.

Je certifie que mes réponses aux questions posées dans ce questionnaire médical simplifié sont exactes et sincères. Je confirme avoir relu mes déclarations avant signature. Je suis informé(e) qu'en cas de déclaration inexacte ou de fausse déclaration intentionnelle, je m'expose à des sanctions pouvant aller de la réduction de mes indemnités à la nullité de mon contrat d'assurance (articles L113-9 et L113-8 du Code des assurances).

Fait à _____ le _____ Fait à _____ le _____

Signature de la personne à assurer, précédée de la mention manuscrite
« Lu et approuvé »

Signature(s) du représentant légal, le cas échéant, précédée(s) de la mention manuscrite « Certifié exact »

(1) Cocher la case utile.

(2) Ne pas déclarer en cas de traitement de moins de 10 jours.