



Personne demandant à être assurée :

Nom

Prénom

souhaite adhérer au contrat _____ n° de projet _____.

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

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 pourrions 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 D'ÉTAT DE SANTÉ - PRÉVOYANCE



Annexe à la demande d'adhésion n° _____ Réseau : _____

Personne demandant à être assurée :

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____ Sexe : ☐ M ☐ F Profession _____

Les réponses à ce questionnaire doivent être écrites obligatoirement de la main de la personne demandant à être assurée, qui doit prendre seule connaissance des questions et y répondre seule, soit sur place, soit à son domicile.

Important !

Pour assurer la confidentialité, vous pouvez transmettre ce questionnaire et les éventuelles pièces médicales sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil. Vous y êtes invité formellement si au moins l'une de vos réponses aux questions posées est positive.

Veuillez compléter :

Consommation journalière de tabac _____ cigarettes ou cigarettes électroniques Consommation journalière d'alcool _____ verre(s)

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

QUESTIONS	NON	OUI	SI VOUS RÉPONDEZ OUI, MERCI DE DONNER LES PRÉCISIONS DEMANDÉES
1 Votre poids, par rapport à votre taille, est-il supérieur à la limite indiquée dans le tableau ci-dessus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, merci de préciser votre taille : _____ cm votre poids : _____ kg
2a Êtes-vous actuellement en arrêt de travail (hors congé légal de maternité) sur prescription médicale pour raison de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis quelle date ? _____ Pour quels motifs ? _____
2b Suivez-vous actuellement un traitement médical (sauf pour affections saisonnières, contraception, ménopause) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis quelle date ? _____ Pour quels motifs ? _____ Citer les médicaments, soins, traitements : _____
Au cours des 5 dernières années :			
3a Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 30 jours (sauf pour affections saisonnières, contraception, ménopause) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A quelles dates ? _____ Pour quels motifs ? _____ Nature, et durée du traitement : _____
3b Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 30 jours (hors congé légal de maternité) sur prescription médicale pour raison de santé* ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A quelles dates ? _____ Pour quels motifs ? _____ Durée : _____
* cas particulier d'un arrêt de travail pour fractures, tendinopathies et entorses : vous n'avez à le déclarer que si vous avez choisi de souscrire une garantie Incapacité ou Invalidité.			
Au cours des 5 dernières années :			
4a Un des examens spécialisés suivants a-t-il mis en évidence une anomalie : analyse de sang, électrocardiogramme, radiographie, endoscopie, échographie, scanner, IRM ou autre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? _____ A quelles dates ? _____ Transmettre les comptes-rendus des examens concernés sous enveloppe confidentielle à l'attention du médecin-conseil du service médical d'Allianz.
4b Devez-vous subir prochainement, un ou plusieurs de ces examens dans le cadre du diagnostic d'une pathologie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A quelles dates ? _____ Pour quels motifs ? _____

N'oubliez pas de remplir et signer la suite du questionnaire au verso.

Je certifie que mes réponses aux questions posées dans ce Questionnaire d'état de santé 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 »

QUESTIONNAIRE D'ÉTAT DE SANTÉ - PRÉVOYANCE



Annexe à la demande d'adhésion n° _____ Réseau : _____

Personne demandant à être assurée :

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____ Sexe : ☐ M ☐ F Profession _____

QUESTIONS	NON	OUI	SI VOUS RÉPONDEZ OUI, MERCI DE DONNER LES PRÉCISIONS DEMANDÉES
5a Au cours des 10 dernières années, avez-vous séjourné dans un établissement de soins y compris en ambulatoire, ou subi une intervention chirurgicale (sauf appendicectomie, amygdalectomie, cure de hernie inguinale ou hiatale, végétations, cholécystectomie, varicectomie, hémorroïdes, maternité, IVG, chirurgie dentaire, déviation de la cloison nasale)* ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A quelles dates ? _____ Pour quels motifs ? _____ Transmettre les comptes-rendus d'hospitalisation et comptes rendus d'opération sous enveloppe confidentielle à l'attention du médecin-conseil du service médical d'Allianz.
5b Devez-vous subir une hospitalisation au cours des 12 prochains mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A quelle date ? _____ Pour quels motifs ? _____
Au cours des 10 dernières années, avez-vous présenté une ou plusieurs des affections suivantes : 6a Maladies neurologiques, psychiatriques (y compris dépression), hypertension artérielle, maladies cardio-vasculaires, hépatiques, digestives, rénales, rhumatismales, respiratoires ou pulmonaires, gynécologiques, urologiques ou métaboliques (diabète, hypercholestérolémie)* ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indiquer de quelles maladies il s'agit et donner toutes les précisions utiles (date de survenance, durée, traitement, date de guérison, séquelles, commentaires). _____ _____ Transmettre les bilans, comptes-rendus et derniers examens de contrôle sous enveloppe confidentielle à l'attention du médecin-conseil du service médical d'Allianz.
6b Avez-vous été atteint d'un cancer, une leucémie ou une autre maladie du sang ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indiquer de quelles maladies il s'agit et donner toutes les précisions utiles (date de survenance, durée, traitement, date de guérison, séquelles, commentaires). _____ _____ Transmettre les bilans, comptes-rendus et derniers examens de contrôle sous enveloppe confidentielle à l'attention du médecin-conseil du service médical d'Allianz.
Quelle que soit la date de l'événement : 7 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 » ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? _____ A quelles dates ? _____ Transmettre les comptes-rendus des examens concernés sous enveloppe confidentielle à l'attention du médecin-conseil du service médical d'Allianz.
Au cours des 10 dernières années : 8a Avez-vous subi un traitement par chimiothérapie, radiothérapie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date début ? _____ Date de fin ? _____ Pour quels motifs ? _____
8b Avez-vous suivi un traitement par hormonothérapie, immunothérapie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date début ? _____ Date de fin ? _____ Pour quels motifs ? _____
9 Avez-vous été atteint d'une maladie ou victime d'un accident ayant entraîné des séquelles, une infirmité ou une invalidité totale ou partielle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A quelles dates ? _____ Nature de la maladie ou de l'accident : _____ Nature des séquelles : _____
10 Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature de la pension et organisme : _____ Catégorie ou Taux : _____ Joindre l'état descriptif des infirmités pensionnées.

Je certifie que mes réponses aux questions posées dans ce Questionnaire d'état de santé 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 »