Questionnaire de santé

TRES IMPORTANT

Confidentialité : Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire de santé, vous pouvez transmettre ce questionnaire de santé sous pli cacheté au médecin-conseil de Multi-Impact à l'adresse suivante : Multi-Impact – 41/43 avenue Hoche – CS 110002 – 51687 Reims Cedex. Cependant si parmi ces réponses, vous avez répondu Oui à au moins l'une d'entre elles, **vous êtes formellement invité(e)** à transmettre ce questionnaire de santé sous pli cacheté au médecin-conseil de Multi-Impact à l'adresse ci-dessus.

Article L.113-8 du Code des assurances : Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, le contrat d'assurance est **nul**, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré(e), quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré(e) a été sans influence sur le sinistre.

Prenez connaissance avec une attention particulière du document d'information AERAS (s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé) à destination des personnes souscrivant un contrat d'assurance relatif au remboursement d'un emprunt. Ce document d'information figure en annexe.

Lisez très attentivement le questionnaire de santé ci-après : L'assureur attire votre attention sur l'importance de ce questionnaire de santé qui doit, impérativement, comporter une réponse à toutes les questions, être daté et signé. Vous pouvez le compléter, à votre convenance, sur le lieu de vente ou à votre domicile.

MERCI DE VERIFIER

1) que vous avez bien renseigné vos nom, prénom et date de naissance

2) que vous avez bien complété ce questionnaire de santé dans sa totalité, en particulier que toutes les questions ont reçu une réponse claire

3) que vous avez dûment daté et signé ce questionnaire de santé

Groupama Gan Vie - Société Anonyme au capital de 1 371 100 605 euros – RCS Paris 340 427 616 – APE : 6511Z **-** Siège social : 8-10 rue d'Astorg – 75383 Paris Cedex 08 - Tél. : 01 44 56 77 77
Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09
Les produits d'assurance distribués sous la marque Gan Eurocourtage via les courtiers sont ceux de Groupama Gan Vie
Réf. 6092 / 200171 – QS -202409

Identification de la personne à assurer

Nom : **QUESTIONNAIRE** Prénom(s) : **SANTE** Date de naissance : **01.01.1987**
Adresse : ..... Code Postal : ..... Ville : .....
Profession : .....
Contrat d'assurance de groupe emprunteurs n° 6092 / 200171 – ASSUREA PERFORMANCE CRD
Votre taille : ..... cm Votre poids : ..... kg

1 - Au cours des ***10 dernières années***, avez-vous été hospitalisé(e) et/ou subi des interventions chirurgicales y compris par endoscopie (autres que césarienne, appendicectomie, ablation des amygdales et des végétations ou de la vésicule biliaire) ? ..... ❑ Non ❑ Oui
Nature de l'(des) hospitalisation(s) : .....
Date(s) : .....
Nature de l'(des) intervention(s) chirurgicale(s) : .....
Date(s) : .....

2 - Au cours des ***5 dernières années***, avez-vous :

a) consulté pour la colonne vertébrale ou pour une atteinte articulaire ou rhumatismale ? ..... ❑ Non ❑ Oui
Précisez : .....
Date(s) : .....

b) consulté pour des troubles psychiques ? ..... ❑ Non ❑ Oui
Précisez : .....
Date(s) : .....

c) consulté pour un souffle cardiaque ? ..... ❑ Non ❑ Oui
Précisez : .....
Date(s) : .....

d) consulté pour des troubles respiratoires ? ..... ❑ Non ❑ Oui
Précisez : .....
Date(s) : .....

e) été atteint(e) d'une maladie ayant motivé un arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé et/ou un traitement médical (hors congé légal de maternité) de plus de ***30 jours*** ? ..... ❑ Non ❑ Oui
Laquelle ? .....
Durée de l'arrêt de travail : .....
Nature du traitement médical : .....
Date(s) : .....

f) été victime d'un accident ayant motivé un arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé et/ou un traitement médical de plus de ***30 jours*** ? ... ❑ Non ❑ Oui
Date de l'accident : .....
Nature des blessures : .....
Durée de l'arrêt de travail : .....
Subsiste-t-il des séquelles ? .....
Lesquelles ? .....
Nature du traitement médical : .....

g) suivi un traitement par laser, rayons ou chimiothérapie ?..... ❑ Non ❑ Oui
Précisez : .....
Date de début du traitement : .....
Date de fin du traitement : .....

3 - Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité à l'un des virus de l'immunodéficience humaine (VIH), de l'hépatite B (VHB), de l'hépatite C (VHC) dont l'un des résultats indique la mention **« positif »** ? ..... ❑ Non ❑ Oui
Lequel ou lesquels ? .....
A quelle(s) date(s) ? .....

4 - Etes-vous ou avez-vous été pris(e) en charge à 100 % (exonération du ticket modérateur / remboursement à 100 % des frais médicaux) pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des ***10 dernières années*** ?. ❑ Non ❑ Oui
Pourquoi ? .....
Date(s) : .....
Durée(s) : .....

5 - Etes-vous, actuellement, en arrêt de travail total ou partiel sur prescription médicale pour raison de santé (hors congé légal de maternité) ? ..... ❑ Non ❑ Oui
Pour quelle raison ? .....
Depuis quelle date ? .....
Date prévue de la reprise : .....

6 - Vous savez-vous atteint(e) d'une maladie et/ ou d'une affection quelconque ? ..... ❑ Non ❑ Oui
Laquelle ? .....
Depuis quelle date : .....

7 - Faites-vous l'objet d'un suivi médical et/ou d'un traitement médical) ? ..... ❑ Non ❑ Oui
Pour quelle raison ? .....
Nature du suivi médical ou du traitement médical : .....
Depuis quelle date ? .....

8 - Etes-vous titulaire :

a) d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ? ..... ❑ Non ❑ Oui
Depuis quelle date ? .....
Pourquoi ? .....
A quel taux ou quelle catégorie ? .....
Quel est l'organisme qui verse la prestation ? .....

b) de l'Allocation pour Adulte Handicapé (AAH) ? ..... ❑ Non ❑ Oui
Depuis quelle date ? .....
Pourquoi ? .....
A quel taux ? .....

9 - Etes-vous atteint(e) d'une malformation et/ou avez-vous été amputé(e) d'un membre ? ..... ❑ Non ❑ Oui
Précisez : .....
Date(s) : .....

10 - Etes-vous atteint(e) d'un défaut de l'ouïe et/ou de la vue (autre que myopie, presbytie ou astigmatisme) ? ..... ❑ Non ❑ Oui
Précisez : .....
Origine(s) : .....

11 - Dans les ***12 prochains mois***, est-il prévu que :

a) vous alliez passer des examens (hors maternité et hors bilan de santé et examen de prévention en santé) ? ..... ❑ Non ❑ Oui
Nature des examens : .....
Date(s) : .....

b) vous deviez faire l'objet d'une consultation spécialisée ? ..... ❑ Non ❑ Oui
Pourquoi ? .....
Date(s) : .....

c) vous deviez faire l'objet d'une hospitalisation ou subir une intervention chirurgicale (hors maternité) ? ..... ❑ Non ❑ Oui
Nature de l'hospitalisation : .....
Type d'intervention chirurgicale : .....
Pourquoi ? .....
Date(s) : .....

Je certifie l'exactitude et la sincérité des présentes déclarations. Conformément à la réglementation européenne pour la protection des données (RGPD) UE 2016/679 et la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 Janvier 1978 modifiée, les données collectées par l'assureur sont nécessaires à la passation, à la gestion et à l'exécution de l'adhésion et ont pour base juridique l'exécution de mesures contractuelles. Ces données peuvent aussi être utilisées pour la lutte contre la fraude, et dans certains cas conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Dans ce cas elles ont pour base juridique l'intérêt légitime de l'assureur. Ces informations sont traitées dans le respect de la confidentialité médicale. Elles sont destinées aux médecins conseil de l'assureur et à son service médical ou aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement. Vous disposez de droits sur vos données personnelles que vous pouvez exercer à tout moment auprès de l'assureur : droit de prendre connaissance des informations, et le cas échéant de demander à les compléter ou corriger notamment en cas de changement de situation (droits d'accès et de rectification) ; droit de demander l'effacement de vos données notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou d'en limiter l'utilisation (droits de suppression des données ou de limitation) ; droit de vous opposer à l'utilisation de vos données (droit d'opposition) ; droit de définir des directives relatives à la conservation, l'effacement et la communication de vos données après votre décès ; enfin, vous pouvez récupérer dans un format structuré les données que vous nous avez personnellement fournies dans le cadre de votre adhésion ou lorsque vous avez consenti à leur utilisation (droit à la portabilité des données). Pour une information détaillée concernant vos données personnelles, vous pouvez vous adresser au Délégué à la Protection des Données par courrier postal à Groupama Gan Vie - Immeuble West Park 2 – 2 Boulevard de Pesaro – 92024 Nanterre ou par mail à contact.dpo@ggvie.fr. Vous pouvez également déposer une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) si vous estimez que l'assureur a manqué à ses obligations concernant vos données.

❑ J'accepte expressément le recueil et le traitement des renseignements concernant ma santé dans ce cadre.
❑ J'ai la faculté de retirer ce consentement si je le souhaite.

Nom : ..... Prénom : .....

Fait à .....

Le .....

Signature de la personne à assurer
(précédée de la mention « lu et approuvé »)