QUESTIONNAIRE DE SANTE SIMPLIFIE

Relatif au contrat AVANTAGE EMPRUNTEUR

Si vous répondez "OUI" à l'une des questions du présent Questionnaire de santé simplifié, nous vous demandons de compléter également le Questionnaire d'état de santé.

PERSONNE A ASSURER

Qualité : M. ☐ Mme ☒
Nom et prénom : QUESTIONNAIRE SANTE
Date de naissance : 01/01/1987

PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de cette opération font l'objet d'un traitement dont le responsable de traitement est l'assureur à l'exception des opérations dont le responsable de traitement et le périmètre sont définis à la notice d'information.

Le traitement des données a pour finalité de satisfaire votre demande et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure. À ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle, de surveillance du risque et à des fins d'études statistiques et actuarielles. Ces traitements ont comme base juridique l'exécution du contrat ou de mesures précontractuelles.

Les informations relatives aux données de santé sont traitées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du contrat (finalités mentionnées ci-dessus). Ce traitement a pour base juridique le consentement.

Dans les conditions prévues par la réglementation, vous avez la possibilité de :
- de retirer le consentement donné pour un traitement de données fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués,
- de prendre connaissance des informations vous concernant et le cas échéant de demander à les corriger notamment en cas de changement de situation
- de demander d'effacer ou de limiter l'utilisation de vos données notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires,
- de récupérer dans un format structuré les données que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données.

Vous pouvez exercer ces droits sur simple demande après avoir fourni une preuve de votre identité :
- **auprès du délégataire de gestion** tel que mentionné à la notice d'information.

L'exercice de ces droits est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, dès lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation.

Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, nous vous invitons à consulter le paragraphe « Information sur la protection des données personnelles » figurant à la notice d'information.

Nous ne pouvons traiter vos données d'état de santé qu'avec votre accord préalable. 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 MULTI IMPACT, l'assureur, ses médecins conseils, médecins experts mandatés et ses réassureurs pour l'étude de mon dossier d'adhésion et d'un éventuel sinistre garanti par le contrat et j'accepte de remplir le questionnaire.

☐ **NON** je refuse que mes données d'état de santé soient utilisées par MULTI IMPACT, l'assureur, ses médecins conseils, médecins experts mandatés et ses réassureurs pour l'adhésion au contrat et son exécution.

En cochant la case Non, nous ne pourrons pas donner suite à votre demande.

DECLARATION DE SANTE

Nous vous remercions de répondre à chacune des questions posées ci-dessous, en remplissant la case correspondante ; en cas de réponse positive à l'une des questions, merci de donner les précisions demandées et de ne rien omettre qui pourrait altérer l'appréciation du risque par l'Assureur.
Conformément à la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, enrichie par la loi du 28 février 2022, la convention AERAS met en place des dispositifs permettant de favoriser l'accès à l'assurance des proposants présentant un risque aggravé de santé (consultable sur le site www.aeras-infos.fr).
Dans ce cadre, vous ne devez pas déclarer dans le présent questionnaire les pathologies cancéreuses et l'hépatite virale C dont la fin du protocole thérapeutique *(*)* remonte **à plus de 5 ans**.

(*) ***Fin du protocole thérapeutique*** *:*
- *Pour un cancer, il s'agit de la date de la fin du traitement actif du cancer, en l'absence de rechute (**), par chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, effectuées en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie.*
- *Pour une hépatite virale C, il s'agit de la date de la fin des traitements antiviraux, en l'absence de rechute (**).*

(**) Ce que l'on entend par ***Rechute*** *: il s'agit de toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer ou de l'hépatite virale C, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie.*
Par ailleurs, une grille de référence établit une liste de pathologies, cancéreuses ou autres, y compris chroniques, pour lesquelles les assureurs doivent suivre certaines conditions d'accès à l'assurance, selon des critères précisément fixés.
Pour bénéficier du droit à l'oubli et de l'application de la grille de référence, le terme de votre contrat de prêt doit intervenir avant votre 71ème anniversaire.

MAIF VIE Société anonyme au capital de 122 000 000 €. RCS Niort 330 432 782 - Siège social : » Le Pavois « 50 avenue Salvador Allende - CS 90000 - 79029 Niort cedex 09.
Entreprise régie par le Code des assurances.

Avantage Emprunteur

QUESTIONNAIRE DE SANTE SIMPLIFIE *(suite)*

PERSONNE A ASSURER

Qualité : M. ☐ Mme ☒
Nom et prénom : QUESTIONNAIRE SANTE
Date de naissance : 01/01/1987

PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

VEUILLEZ REPONDRE EXPLICITEMENT A TOUTES LES QUESTIONS EN COCHANT LA CASE OUI ou NON

1. Suivez-vous actuellement un traitement médical ou des soins médicaux (hors contraception) ?	☐ OUI	☐ NON
2. Êtes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé ?	☐ OUI	☐ NON
3. Êtes-vous pris en charge à 100 % pour une affection longue durée (ALD) ou l'avez-vous été au cours des 10 dernières années ?	☐ OUI	☐ NON
4. Au cours des 5 dernières années, avez-vous été, en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé pendant plus de 21 jours consécutifs ?	☐ OUI	☐ NON
5. Au cours des 5 dernières années, vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 21 jours consécutifs (hors contraception) ?	☐ OUI	☐ NON
6. Au cours des 10 dernières années, avez-vous été soigné, opéré ou avez-vous séjourné dans un établissement hospitalier (hôpital, clinique, maison de santé, établissement thermal) autre(s) que pour : végétations, hémorroïdes, hernies de la paroi abdominale actuellement guéries, déviation de la cloison nasale, varices des membres inférieurs, maternité, vésicule biliaire, dents de sagesse ?	☐ OUI	☐ NON
7. À votre connaissance, devez-vous être hospitalisé(e) avec ou sans intervention chirurgicale ou subir des analyses ou des examens dans les 12 prochains mois ?	☐ OUI	☐ NON
8. Votre Taille : ..... en cm Votre Poids : ..... en kg		

DECLARATIONS

Je certifie que les réponses figurant sur le présent document sont sincères et complètes et j'affirme n'avoir rien dissimulé qui pourrait induire en erreur l'Assureur sur le risque à assurer. J'ai pleinement conscience que, dans le cas contraire, j'aurais commis une fausse déclaration pouvant entraîner la nullité de l'assurance (article L 113-8 du Code des assurances).
Je déclare faire miennes toutes ces réponses, qu'elles aient été renseignées par moi-même ou remplies sur la base de mes propres déclarations.
Si ces réponses ont été adressées ou renseignées par un procédé informatique, je déclare les avoir saisies moi-même ou avoir autorisé expressément et sans contrainte la personne ayant effectué cette saisie.

Je déclare être pleinement informé(e) que j'ai la possibilité de transmettre le questionnaire de santé sous pli fermé dans l'enveloppe qui m'a été remise, au Médecin conseil du service médicale de l'Assureur. Dans le cas où je n'ai pas usé de cette faculté, je certifie l'avoir fait délibérément et sans contrainte.

Je reconnais avoir pris connaissance et reçu le « Document d'information AERAS » annexé à ce questionnaire.
Je m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date de prise d'effet de l'assurance, à défaut l'adhésion est nulle.

Fait à _____, le ____/____/_____
Signature de la personne à assurer :

MAIF VIE Société anonyme au capital de 122 000 000 €. RCS Niort 330 432 782 - Siège social : » Le Pavois « 50 avenue Salvador Allende - CS 90000 - 79029 Niort cedex 09.
Entreprise régie par le Code des assurances.