

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ à transmettre au Médecin Conseil



> VOTRE IDENTITÉ

Nom

Prénom

Nom de naissance

Adresse

Code postal Ville

Téléphone

E-mail @

Date de naissance Sexe F M

Entreprise

Profession

POUR FACILITER LE TRAITEMENT DE VOTRE DÉCLARATION

1. Aucune question ne doit être laissée sans réponse. Répondre par oui ou par non. Si oui, donner toutes les précisions nécessaires. Notre Médecin Conseil se réserve la possibilité de vous demander tout document ou informations médicales complémentaires.
2. Les réponses ne peuvent en aucun cas être remplacées par des traits. Elles doivent être écrites de la main de l'assuré.
3. Dater et signez votre questionnaire.
4. Afin de conserver un caractère confidentiel à vos réponses, vous êtes formellement invité à les transmettre sous pli cacheté portant la mention « confidentiel » à :

Humanis
M. Le Médecin Conseil **Humanis**

> QUESTIONS PRÉALABLES

Taille cm Poids kg

> RÉPONDEZ OUI OU NON DANS CHAQUE CASE, SI OUI, COMPLÉTEZ

QUESTIONS	OUI	NON	Précisions : date, nature exacte ou motif, traitement, évolution...
1. Actuellement, • Etes-vous en arrêt de travail ? • Suivez-vous un traitement et/ou un régime pour raison médicale ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2. Au cours des 10 dernières années : • Avez-vous été hospitalisé ? • Avez-vous dû interrompre votre travail pour raison de santé plus de 3 semaines continues ? • Avez-vous suivi un traitement prescrit médicalement pour une durée supérieure à 3 semaines ? • Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? • Avez-vous subi des examens médicaux (radiographie, électrocardiogramme, examen de sang, examens d'urines, endoscopie) qui se sont révélés anormaux ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3. Avez-vous subi : • Un traitement par radiations, cobalt ou chimiothérapie ? • Un traitement pour maladie rhumatismale, douleurs de la colonne vertébrale, lumbago ou sciatique ? • Un traitement pour troubles neuropsychologiques, dépression, surmenage, anxiété, fatigue chronique, burn out, fibromyalgie ? • Un traitement pour troubles cardiaques ou vasculaires ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4. Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies, portant sur les virus Hépatite B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine (VIH), dont le résultat a été positif ? À quelle date?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

(suite)			
QUESTIONS	OUI	NON	Précisions : date, nature exacte ou motif, traitement, évolution...
5. Etes-vous atteint de séquelles d'accident ou de maladie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Etes-vous ou avez-vous été exonéré du ticket modérateur (prise en charge à 100%) pour une affection longue durée ou en avez-vous fait la demande ? Présentez-vous une infirmité et/ou bénéficiez-vous d'une pension d'invalidité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Devez-vous prochainement effectuer un examen médical, suivre un traitement médical, subir une intervention chirurgicale ou être hospitalisé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

> ENGAGEMENT

Je soussigné(e)

- déclare avoir été informé(e) et avoir **accepté** la communication des renseignements relatifs à ma santé ci-dessus, au Médecin Conseil du service médical de l'Assureur.
- certifie exactes, sincères et complètes les informations et déclarations mentionnées au présent document et reconnais avoir été informé(e) que :
 1. toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation du risque par l'Assureur entraîne la nullité du contrat (articles L932-7, L932-16 du code de la Sécurité sociale),
 2. en cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle, sa résiliation en cas de refus de l'augmentation des cotisations ou, si le manquement est constaté après un sinistre, la réduction des prestations (article L932-17 du code de la Sécurité sociale).

Fait à le

Signature de l'assuré précédée de « Lu et approuvé »



Tout questionnaire incomplet sera retourné. Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant les copies de document se rapportant à votre santé (compte-rendu d'hospitalisation, d'opération, résultats d'examens médicaux, ordonnances...).

Humanis Prévoyance - Institution de prévoyance régie par les dispositions du Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°410 005 110 - Siège social : 29, boulevard Edgar Quinet 75014 Paris. • L'institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 Place de Budapest - 75436 Paris Cedex 09.

• Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations que vous nous communiquez sont traitées par l'organisme assureur, responsable de traitement, ou l'organisme gestionnaire par délégation. Ces traitements sont nécessaires aux fins de la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et peuvent également être réalisés aux fins d'opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale. De plus, ces traitements sont mis en œuvre en vue de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude. Les destinataires de ces données sont, dans le strict cadre des finalités précitées, les personnels habilités du responsable de traitement ou de l'organisme gestionnaire par délégation, ainsi que notamment ses prestataires, sous-traitants éventuels et partenaires, y compris les réassureurs, les coassureurs et s'il y a lieu les intermédiaires d'assurance. En cas de conclusion d'un contrat, vos données sont conservées conformément aux durées de prescriptions légales attachées au contrat d'assurance. En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé peuvent être conservées pendant une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte à des fins probatoires. S'agissant des autres données et notamment en matière de prospection commerciale, vos données peuvent être conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant de votre part (demande de renseignements ou de documentation, par exemple). Vous trouverez l'ensemble des durées de conservation de vos données sur le site internet du groupe Humanis à l'adresse URL suivante : humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/. Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement de vos données personnelles ainsi que limiter ou vous opposer au traitement en écrivant aux services du Délégué à la Protection des Données (DPO) aux coordonnées suivantes : protection-donneespersonnelles@humanis.com ou à Groupe Humanis - cellule Protection des données personnelles - 141, Rue Paul Vaillant Couturier - 92246 Malakoff cedex. Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis. Nous pouvons vous demander de nous fournir un justificatif d'identité pour confirmer votre identité avant de répondre à votre demande. Pour en savoir plus, consultez le site internet du groupe Humanis à l'adresse URL suivante : humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/. En tout état de cause, il vous est possible de saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07. • Par ma signature, j'accepte que les données de santé que je communique en vue de permettre le règlement des prestations fassent l'objet de traitements (y compris informatisés) sous le contrôle du Médecin-conseil d'Humanis Prévoyance.

IMP0631-03HUMANIS04-18