

Portefeuille : N° Client :
 _____ | _____
 1^{er} réalisateur : Matricule :
 _____ | _____
 2^e réalisateur : Matricule :
 _____ | _____



**RECUEIL D'INFORMATIONS -
 CONTRAT LABELLISÉ MA SANTÉ**

N° de contrat ou d'instance : _____

VOUS ÊTES AGENT D'UNE COLLECTIVITÉ TERRITORIALE OU D'UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC DÉPENDANT D'UNE COLLECTIVITÉ TERRITORIALE

M. Mme Nom : _____ Prénom : _____

Collectivité territoriale : Commune Département Région Autre (SIVOS, CC, etc.)

Nom de la collectivité territoriale : _____

Si agent d'un établissement public dépendant d'une collectivité territoriale :

Nom de l'établissement public : _____

Service et adresse : _____

La participation est versée : à l'assuré à AXA Montant annuelle de la participation : _____ €/an

Si versement de la participation direct auprès d'AXA donner ci-dessous les modalités connues (période de versement, dates de versement de la participation, etc.)

L'agent territorial subit-il une majoration pour souscription tardive ? Oui Non

Si oui, nombre d'année(s) d'absence de couverture par une complémentaire santé labellisée _____ année(s)

DEUXIÈME AGENT DE COLLECTIVITÉ TERRITORIALE INSCRIT SUR LE CONTRAT RECEVANT UNE PARTICIPATION

M. Mme Nom : _____ Prénom : _____

Collectivité territoriale (si différente) : Commune Département Région Autre (SIVOS, CC, etc.)

Nom de la collectivité territoriale (si différente) : _____

Si agent d'un établissement public dépendant d'une collectivité territoriale :

Nom de l'établissement public (si différent) : _____

Service et adresse : _____

La participation est versée : à l'agent à AXA Montant annuelle de la participation : _____ €/an

Si versement de la participation direct auprès d'AXA donner ci-dessous les modalités connues (période de versement, dates de versement de la participation, etc.)

L'agent territorial subit-il une majoration pour souscription tardive ? Oui Non

Si oui, nombre d'année(s) d'absence de couverture par une complémentaire santé labellisée _____ année(s)



DOCUMENTS À JOINDRE POUR CHAQUE AGENT PRÉSENT SUR LE CONTRAT

- Justificatif d'entrée dans la fonction territoriale.
- Justificatif d'adhésion à une complémentaire santé labellisée (sauf pour moins de 30 ans ou pour les agents entrés dans la fonction territoriale depuis moins de deux ans).
- Copie d'un document administratif définissant les modalités d'application du versement de la participation.

INFORMATIONS SUR L'UTILISATION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES

Dans le cadre de votre relation avec une société du groupe AXA pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours client (offres et publicités ciblées). **Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat, ce à quoi vous consentez en le signant.**

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Elles seront uniquement communiquées aux sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités (comme AXA Banque) qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR). **Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités de la société avec laquelle vous avez signé votre contrat.**

Lors de la souscription de votre contrat, certaines questions sont obligatoires. En cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à votre égard pourront être la nullité du contrat souscrit (article L.113-8 du Code des assurances) ou la réduction des indemnités versées (article L.113-9 du Code des assurances).

Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par email (service.informationclient@axa.fr) ou par courrier (AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez www.axa.fr/donnees-personnelles.html

Fait à : Le :

Signature du demandeur