

Portefeuille : N° Client :  
 \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
 1<sup>er</sup> réalisateur : Matricule :  
 \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
 2<sup>e</sup> réalisateur : Matricule :  
 \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_



N° ORIAS :  
 \_\_\_\_\_  
 Organisme pour le registre des intermédiaires en assurance : orias.fr

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ MA SANTÉ

### RÉFÉRENCES DU SOUSCRIPTEUR

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_

### QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

À compléter pour les assurés de + 18 ans souhaitant souscrire Ma Santé 400 % tradi.

- Prenez-vous actuellement ou avez-vous pris dans les 2 dernières années des médicaments prescrits pour 3 mois ? (Hors contraception).
- Avez-vous été hospitalisé plus de 3 jours consécutifs au cours des 2 dernières années ou prévoyez-vous une hospitalisation dans les 6 mois qui viennent ? (Il est inutile de signaler les cas suivants, survenus sans complication : Examens sans suite (check-up, coloscopie, endoscopie), cataracte opérée, hystérectomie sans suite, amygdales, végétations, angine, grippe, appendicite, ablation de la vésicule biliaire, grossesses et accouchements).
- Avez-vous des dents à couronner ou à remplacer ? (Hors dent de sagesse).
- Êtes-vous équipé d'un appareil auditif ou êtes-vous atteint d'une perte d'audition ? (Il est inutile, quand un examen a été réalisé, de signaler une perte d'audition inférieure à 20 dB).

Nom prénom	Question n° 1	Question n° 2	Question n° 3	Question n° 4	Taille en cm	Poids en kg
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Afin de préserver la confidentialité des informations, veuillez transmettre ce questionnaire dans l'Enveloppe confidentielle, remise par votre Interlocuteur privilégié, adressée au Médecin conseil AXA à l'adresse suivante :

AXA France - À l'attention de Monsieur le Médecin Conseil, 203-205 rue Carnot, 94722 Fontenay-sous-Bois Cedex.



## 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](mailto: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](http://www.axa.fr/donnees-personnelles.html)

Fait à : .....

Le :

Signature du souscripteur  
précédée de la mention  
« lu et approuvé »

