RECUEIL D'INFORMATIONS
CONTRAT LABELLISÉ MA SANTÉ

Cadre réservé à votre interlocuteur AXA		
	1ER RÉALISATEUR	2E RÉALISATEUR
Portefeuille :	Matricule :	Matricule :
Réf. client :	N° ORIAS :	N° ORIAS :

1. VOS INFORMATIONS, EN TANT QU'AGENT D'UNE COLLECTIVITÉ TERRITORIALE OU D'UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC AFFILIÉ

☐ M. ☐ Mme Prénom : ..... Nom : .....

Collectivité territoriale : ☐ Commune ☐ Département ☐ Région ☐ Autre (Syndicat intercommunal à vocation scolaire (SIVOS), Communauté de communes (CC), etc.)

Nom de la collectivité territoriale : .....

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

Nom de l'établissement : .....

Service et adresse : .....

La participation est versée : ☐ à l'assuré ☐ à AXA Montant annuel 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)

2. INFORMATIONS SI 2E AGENT DE COLLECTIVITÉ TERRITORIALE INSCRIT SUR LE CONTRAT ET RECEVANT UNE PARTICIPATION

☐ M. ☐ Mme Prénom : ..... Nom : .....

Collectivité territoriale (si différente) : ☐ Commune ☐ Département ☐ Région ☐ Autre (Syndicat intercommunal à vocation scolaire (SIVOS), Communauté de communes (CC), etc.)

Nom de la collectivité territoriale (si différente) : .....

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

Nom de l'établissement (si différent) : .....

Service et adresse : .....

La participation est versée : ☐ à l'agent ☐ à AXA Montant annuel 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)

3. DOCUMENTS À FOURNIR POUR CHAQUE AGENT PRÉSENT SUR LE CONTRAT

- un **justificatif d'entrée dans la fonction territoriale ;**
- un **justificatif d'adhésion à une complémentaire santé labellisée** (sauf si vous avez moins de 30 ans ou êtes entré(e) dans la fonction territoriale depuis moins de 2 ans) ;
- la copie d'un **justificatif administratif des modalités de versement de la participation.**

4. 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 pourrons 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

5. DATE ET SIGNATURE

Fait à : ....., le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature du demandeur précédée de la mention « Lu et approuvé »

AXA France IARD. Société Anonyme au capital de 214 799 030 € - 722 057 460 R.C.S. Nanterre - TVA intracommunautaire N° FR 14 722 057 460 • **AXA France Vie.** Société Anonyme au capital de 487 725 073,50 € - 310 499 959 R.C.S. Nanterre • **AXA Assurances IARD Mutuelle.** Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 TVA intracommunautaire N° FR 39 775 699 309 • **AXA Assurances Vie Mutuelle.** Société d'Assurance Mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 • Sièges sociaux : 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. **Entreprises régies par le Code des assurances.**

Réf. 966027 A 09 2022