RECUEIL D'INFORMATIONS
MA SANTÉ

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

1. VOUS SOUHAITEZ SOUSCRIRE UN CONTRAT COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Vous détenez déjà un contrat auprès de notre société, indiquez votre référence client : .....

Vous souhaitez ☐ souscrire un nouveau contrat Santé ☐ modifier le contrat N° : .....
(dans ce cas, n'indiquez que les modifications à apporter)

Ce contrat fera-t-il suite à celui d'une autre société ? Indiquez le nom de la société : .....

Souhaitez-vous que nous prenions en charge les formalités de résiliation auprès de votre assureur précédent ? ☐ Oui ☐ Non

☐ M. ☐ Mme

Prénom : ..... Nom : .....

Adresse : .....

Code postal : Ville : .....

Profession : .....

2. LA FORMULE QUE VOUS AVEZ CHOISIE

Formules Ma Santé

☐ Hospi Tradi ☐ Eco Tradi ☐ 100 % Tradi ☐ 100 % Néo ☐ 125 % Néo ☐ 150 % Néo ☐ 200 % Néo ☐ 400 % Tradi

Modules

☐ Hospi (Disp. sur 100 %Tradi, 100 % Néo, 125 % Néo, 150 % Néo)
☐ Confort (Disp. sur 100 % Tradi, 100 % Néo, 125 % Néo, 150 % Néo)
☐ Optique Dentaire (Disp. sur 100 % Tradi, 100 % Néo, 125 % Néo, 150 % Néo, 200 % Néo)

Votre contrat

Date d'effet du contrat :

Fractionnement de la cotisation : ☐ Mensuel **(prélèvement automatique obligatoire)** ☐ Trimestriel ☐ Semestriel ☐ Annuel

Paiement de votre cotisation par prélèvement automatique : ☐ Oui ☐ Non

Paiement de nos prestations par virement sur votre compte : ☐ Oui ☐ Non

3. LES PERSONNES QUE VOUS SOUHAITEZ GARANTIR

Pour remplir cette rubrique voir au verso.

Pour l'(ou les) assuré(s) dénommé(s) ci-dessous, vous autorisez la liaison informatique entre AXA et le régime obligatoire d'assurance maladie. À cette fin, vous fournissez les informations suivantes figurant sur l'attestation de droits de l'assurance maladie.

	PRÉNOM ET NOM	SEXE	DATE DE NAISSANCE	RÉGIME OBLIGATOIRE	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE	N° D'ORGANISME
1		☐ Femme ☐ Homme				
2		☐ Femme ☐ Homme				
3		☐ Femme ☐ Homme				
4		☐ Femme ☐ Homme				
5		☐ Femme ☐ Homme				
6		☐ Femme ☐ Homme				

4. POUR VOUS AIDER À REMPLIR LE RECUEIL D'INFORMATIONS

Code régime obligatoire :

Exploitant agricole :	**05**	Salarié Sécurité sociale :	**01**
Salarié agricole :	**14**	Travailleur non salarié (TNS) au régime général :	**15 (ou 03 pour les assurés déjà affiliés à ce code régime),** vous bénéficiez des dispositions de la Loi « Madelin »
Salarié Alsace - Moselle :	**02**		

Numéro d'immatriculation au régime d'assurance maladie obligatoire :
Ce numéro de 15 chiffres **(13 chiffres + clé)** figure sur votre attestation de droit de l'assurance maladie.

Numéro d'organisme d'affiliation au régime obligatoire d'assurance maladie :
Ce numéro de 9 chiffres **(8 chiffres pour les Exploitants Agricoles)** figure sur votre attestation de droit de l'assurance maladie.

5. DOCUMENTS À FOURNIR

Pour compléter votre dossier, pensez à accompagner l'envoi de ce recueil :

- d'une copie de la **Pièce d'identité** du souscripteur ;
- d'une copie des **Attestations de droits à l'assurance maladie ;**
- de votre **Relevé d'identité bancaire ;**
- du **Mandat de prélèvement SEPA** complété et signé.

Si vous avez un (ou des) enfant(s) assuré(s) profitant d'une gratuité de cotisation et non inscrit(s) sur l'Attestation de droits d'un assuré adulte :

- d'une **Preuve de filiation.**

Si vous êtes travailleur non salarié (TNS) non agricole :

- d'un **Justificatif de profession.**

6. 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

7. DATE ET SIGNATURE

En signant ce document, vous confirmez vos déclarations. Il ne constitue pas votre contrat.

Fait à ..... Le

Signature du demandeur

AXA France Vie : S.A. au capital de 487 725 073,50 € - 310 499 959 R.C.S. Nanterre. • **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. **AXA France IARD.** S.A. au capital de 214 799 030 € - 722 057 460 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. **Entreprises régies par le Code des assurances.**

Réf. 964542A 09 2022