

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

## RECUEIL D'INFORMATIONS MA SANTÉ

### 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

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

### 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

### LES PERSONNES QUE VOUS SOUHAITEZ GARANTIR

Pour remplir cette rubrique voir au verso.

Pour le ou les assurés dénommés ci-après, j'autorise, dès sa mise en place, la liaison informatique entre AXA et le régime obligatoire d'assurance maladie. A cette fin, je fournis les informations suivantes figurant sur la carte d'affiliation au régime obligatoire.

	Nom prénom	Sexe M/F	Date de nais- sance	Rég. Oblig.	N° d'immatriculation (si identique n'inscrire qu'une fois)	N° d'organisme
1	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____	_____	_____	_____



## POUR VOUS AIDER À REMPLIR LE RECUEIL D'INFORMATIONS

### Code régime obligatoire :

Exploitant agricole :	05	Salarié Sécurité Sociale :	01
Salarié agricole :	14	TNS régime général :	15
Salarié Alsace - Moselle :	02	Travailleur non salarié :	03

*Vous bénéficiez des dispositions de la Loi « Madelin »*

### Numéro d'immatriculation au régime d'assurance maladie obligatoire :

Ce numéro de 15 chiffres (**13 chiffres + clé**) figure sur votre carte d'affiliation au régime obligatoire.

### 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 carte d'affiliation au régime obligatoire.

## POUR ÉMETTRE VOTRE CONTRAT DANS LES MEILLEURS DÉLAIS

### Les documents que vous devez fournir :

- Votre relevé d'identité bancaire, le mandat de prélèvement SEPA et/ou la demande de virement remplie(s) et signée(s) ;
- Une copie des attestations de droits ;
- La preuve de filiation en cas d'enfants gratuits sur le contrat, si les enfants ne sont pas inscrits sur l'attestation de droits d'un des adultes ;
- La preuve de la profession pour les assurés de régime « TNS Régime général ».

## 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)

### Ce document n'est pas un contrat d'assurance ; vous n'êtes pas encore assuré.

Fait à : ..... Le :

Signature du demandeur