# Déclaration d'état de santé

Veuillez remplir le questionnaire suivant en prenant en compte l'ensemble de votre historique médical et celui de vos ayants droit. **Tous les éléments matériels (éléments nous permettant d'évaluer le risque et d'accepter la souscription doivent être communiqué à l'assureur.** Ne pas les communiquer pourrait entrainer l'annulation de votre contrat ou la réduction du montant des remboursements ou leur rejet en totalité. **En cas de doute, l'élément doit être déclaré. Cette déclaration d'état de santé est valable deux mois à compter de la date d'achèvement et de signature de ce formulaire par le souscripteur.**

| | Souscripteur | Ayant droit 1 | Ayant droit 2 | Ayant droit 3 |
|---|---|---|---|---|
| Taille | _____ cm | _____ cm | _____ cm | _____ cm |
| Poids | _____ kg | _____ kg | _____ kg | _____ kg |
| Avez-vous consommé une forme quelconque de tabac au cours des 12 derniers mois ?<br>*Si oui, veuillez indiquer la quantité quotidienne* | Oui ☐ Non ☐<br>_____ /jour | Oui ☐ Non ☐<br>_____ /jour | Oui ☐ Non ☐<br>_____ /jour | Oui ☐ Non ☐<br>_____ /jour |
| Combien d'unités d'alcool buvez-vous par semaine ?<br>*(1 mesure (4 cl) = 1unité ; 25 cl de bière = 1 unité ; 1 verre de vin = 1 unité ; si aucune, écrire « zéro »)* | _____ /semaine | _____ /semaine | _____ /semaine | _____ /semaine |
| Portez-vous des lunettes ou des lentilles de contact ?<br>*Si oui, indiquez :* | Oui ☐ Non ☐ | Oui ☐ Non ☐ | Oui ☐ Non ☐ | Oui ☐ Non ☐ |
| • La pathologie | _____ | _____ | _____ | _____ |
| • Le nombre de dioptries pour chaque œil<br>*(apparaît sur l'ordonnance d'un opticien)* | _____ | _____ | _____ | _____ |

1. **Veuillez indiquer si l'une des personnes à assurer a déjà souffert de, été à l'hôpital pour cause de ou reçu un traitement, test ou examen pour :**
   - (a) Rhumatisme, goutte, arthrose, paralysie, troubles musculaires ou squelettiques, ou problèmes de cou ou de dos — Oui ☐ Non ☐
   - (b) Epilepsie ou autres troubles neurologiques y compris migraine, sclérose en plaques, lésion d'un nerf) — Oui ☐ Non ☐
   - (c) Troubles digestifs, y compris troubles de l'œsophage, de l'estomac, du foie, du côlon, ou intestinaux — Oui ☐ Non ☐
   - (d) Anxiété, dépression, syndrome de fatigue chronique, trouble psychologique ou psychiatrique, ou autre trouble mental — Oui ☐ Non ☐
   - (e) Problèmes de reproduction, gynécologiques ou génitaux — Oui ☐ Non ☐
   - (f) Problèmes des reins, des voies urinaires, de la vésicule biliaire, du pancréas, y compris le diabète — Oui ☐ Non ☐
   - (g) Grosseur, kyste, grain de beauté ou cancer — Oui ☐ Non ☐
   - (h) Problèmes aux yeux, aux oreilles, à la thyroïde, au nez ou de peau (par exemple : acné, eczéma, dermatite) — Oui ☐ Non ☐
   - (i) Problèmes ou pathologies cardiaques, arythmie, souffles, douleur thoracique, attaque cardiaque, hémorragie, caillots, pathologies du sang, tension artérielle anormale, cholestérol élevé — Oui ☐ Non ☐
   - (j) Asthme, bronchite ou tout autre problème respiratoire y compris rhinite, sinusite, allergie — Oui ☐ Non ☐
   - (k) Abus d'alcool, usage impropre de médicaments ou consommation de stupéfiants — Oui ☐ Non ☐
   - (l) Toute autre maladie ou blessure nécessitant une attention médicale (sauf rhumes et grippes) qui n'est pas indiquée ci-dessus — Oui ☐ Non ☐
2. **Veuillez indiquer si l'une des personnes à assurer a :**
   - (a) Déjà été testée positive pour le VIH, l'hépatite B ou C, ou si les résultats d'un tel test sont attendus — Oui ☐ Non ☐
     Si le résultat est négatif, le fait d'avoir subi un test VIH en lui-même n'aura pas d'influence sur les conditions de votre affiliation.
   - (b) Déjà souffert de ou été hospitalisée pour une maladie ou accident qui aurait eu comme conséquence un traitement de quelque type ou un arrêt maladie de plus de 14 jours — Oui ☐ Non ☐
   - (c) Déjà effectué un test de dépistage du cancer ou des bilans de santé au cours des cinq dernières années — Oui ☐ Non ☐
3. **Veuillez indiquer si l'une des personnes à assurer :**
   - (a) Souffre actuellement de désordres, blessures, maladies ou autres pathologies non mentionnés ci-dessus, ou a été conseillée de consulter un médecin ou de suivre un traitement, ou a été renvoyée pour des tests dus à un accident, blessures, maladies ou autres pathologies non mentionnés ci-dessus, ou attend les résultats des tests — Oui ☐ Non ☐
   - (b) Consomme actuellement des médicaments (y compris les médicaments en vente libre) de manière régulière — Oui ☐ Non ☐

4. **L'un de vos parents, frères ou sœurs (y compris décédés) a-t-il souffert, avant l'âge de 65 ans, de diabète, problèmes cardiaques, tension artérielle élevée, taux de cholestérol élevé, cancer, troubles rénaux, polyposie du côlon, maladie de Charcot, ou toute autre pathologie héréditaire ?** Oui ☐ Non ☐

Si oui, veuillez indiquer :

La personne affectée *(par ex : mère)*

☐ du souscripteur ☐ de l'ayant droit 1 ☐ de l'ayant droit 2 ☐ de l'ayant droit 3 Autre

Son âge lors du diagnostic La pathologie découverte

La personne affectée *(par ex : père)*

☐ du souscripteur ☐ de l'ayant droit 1 ☐ de l'ayant droit 2 ☐ de l'ayant droit 3 Autre

Son âge lors du diagnostic La pathologie découverte

La personne affectée *(par ex : frère)*

☐ du souscripteur ☐ de l'ayant droit 1 ☐ de l'ayant droit 2 ☐ de l'ayant droit 3 Autre

Son âge lors du diagnostic La pathologie découverte

*S'il n'y a pas suffisamment d'espace, veuillez utiliser un autre bulletin d'adhésion.*

## Les questions 5 et 6 ne sont à remplir que si vous souscrivez une formule dentaire.

5. **L'une des personnes à assurer a-t-elle été conseillée de suivre un traitement ?** Oui ☐ Non ☐

6. **L'une des personnes à assurer**
   (a) Souffre-elle de parodontite (problème important de la gencive et des structures de soutien des dents) ? Oui ☐ Non ☐
   (b) A-t-elle une dent manquante, couronnes, inlays, implants, bridges, plombages ? Oui ☐ Non ☐
   Si oui, indiquer le nom de la personne, le type, la quantité par type, le nombre de dents avec un bridge le cas échéant.

*S'il n'y a pas suffisamment d'espace, veuillez utiliser un autre bulletin d'adhésion*

## Informations complémentaires pour les réponses « Oui »

Si vous avez répondu **« Oui »** aux questions 1, 2, 3 ou 4 de la section « Déclaration d'état de santé » veuillez fournir davantage de détails dans le tableau ci-dessous. **Veuillez indiquer si un rétablissement complet a été fait et si il y a des maladies ou pathologies liées à ou découlant du diagnostic initial. Veuillez joindre les documents médicaux justificatifs et les résultats des tests, si possible.**

| Nom | Numéro de la question | Diagnostic | Date d'apparition des symptômes | Fréquence et sévérité des symptômes | Date du dernier épisode | Résultats de test | Traitement passé/en cours ou rétablissement |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

*S'il n'y a pas suffisamment d'espace, veuillez utiliser un autre bulletin d'adhésion*

Veuillez indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du médecin traitant pour toutes les personnes à assurer mentionnées sur ce formulaire. Veuillez utiliser une feuille séparée s'il n'y a pas suffisamment d'espace.

## Législation sur la protection des données – collecte et utilisation d'informations à caractère personnel

Toute référence aux informations inclut les données et informations à caractère personnel que vous nous avez transmises, que ce soit dans le bulletin d'adhésion, tout formulaire de demande de remboursement, tout formulaire d'entente préalable et/ou tout autre document complémentaire ou information que nous pourrions recueillir en lien avec un produit ou service que nous proposons. Allianz Worldwide Care, membre du groupe Allianz, est le responsable de la protection de ces données.

**Utilisation :** Les informations personnelles peuvent être utilisées dans le but de gérer l'assurance (y compris la souscription, le traitement des demandes de remboursement et la prévention des fraudes). Nous pouvons avoir recours à des organismes tiers pour traiter des données en notre nom. Ce traitement, qui peut avoir lieu en dehors de l'Espace économique européen (EEE), est soumis à des restrictions contractuelles en ce qui concerne la confidentialité et la sécurité, en accord avec les exigences en matière de protection des données.

**Données sensibles :** Nous devons recueillir des données sensibles vous concernant (telles que des informations médicales), afin d'évaluer les termes de l'assurance que nous émettons/fixons et/ou pour gérer les demandes de remboursement.

**Communication :** Nous pouvons transmettre les informations vous concernant à nos agents, aux membres du groupe Allianz, à d'autres assureurs et leurs agents, aux prestataires de service, à tout intermédiaire vous représentant ou aux autorités de contrôle/gouvernementales (dont nous faisons partie ou qui nous gouvernent). Nous pouvons, dans certains cas, faire appel à des enquêteurs privés pour obtenir plus d'informations sur l'une de vos demandes de remboursement.

**Conservation :** Nous sommes tenus de conserver vos données pendant les six années suivant la fin de la période d'assurance. Nous ne conserverons pas vos données plus longtemps que nécessaire et uniquement pour les finalités pour lesquelles nous les avons obtenues.

**Représentation et consentement :** Par votre signature, vous confirmez que vous avez l'autorité pour agir au nom de vos ayants droit en ce qui concerne toutes les informations à caractère personnel que vous nous fournissez, et que vous consentez au traitement, à la divulgation, à l'utilisation et à la conservation des informations vous concernant et/ou à propos de vos ayants droit.

**Accès :** Vous avez le droit de demander à recevoir une copie des données à caractère personnel vous concernant en notre possession. Si vous souhaitez exercer ce droit, veuillez écrire au responsable de la protection des données à client.services@allianzworldwidecare.com.

Signature du souscripteur

Nom du souscripteur en lettres capitales

Date J J M M A A

A retourner en le televersant avec votre demande de souscription en ligne avec si nécessaire les documents médicaux demandés ou séparement à info@privassur.com

**www.privassur.com**