

Questionnaire de Santé Simplifié

A compléter pour toute demande d'adhésion au contrat d'assurance collectif n° 76379389-30010
 «Perte de Licence - Incapacité de Travail » souscrit par l'Association des Equipages de Cabines.

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Adresse :	
CP :	Commune :
Compagnie Aérienne qui vous emploie :	

TRES IMPORTANT

1) **Article L113-8 du Code des assurances** : Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L132-26, le contrat d'assurance est nul, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré(e), quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré(e) a été sans influence sur le sinistre.

2) **Lisez très attentivement le questionnaire ci-dessous** : L'assureur attire votre attention sur l'importance de ce questionnaire qui doit, impérativement, comporter une réponse à toutes les questions, être daté et signé.

3) **Confidentialité** : Nous vous remercions d'adresser ce questionnaire de santé sous pli en indiquant la mention « confidentiel » sur l'enveloppe, à l'attention du médecin-conseil de l'assureur à l'adresse suivante :
 HDI Global SE – A l'attention du Médecin-Conseil – Tour Opus 12 – La Défense 9 - 77 Esplanade du Général de Gaulle F 92914 PARIS LA DEFENSE CEDEX.

Votre taille (en centimètres) :		Votre poids : KG		OUI	NON
1	Au cours des 10 dernières années , avez-vous été hospitalisé(e) et/ou subi des interventions chirurgicales y compris par endoscopie (autres que césarienne, appendicectomie, ablation des amygdales et des végétations ou de la vésicule biliaire) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Au cours des 5 dernières années, avez-vous : - consulté pour la colonne vertébrale (exemples : hernie discale, lombalgie, sciatique, ...) ou pour une atteinte articulaire ou rhumatismale (exemples : épaule, genou, hanche, ...) ? - consulté pour des troubles psychiques (exemples : anxiété, dépression, fatigue, stress, ...) ? - eu un arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé de plus de 30 jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Etes-vous ou avez-vous été pris(e) en charge à 100 % (exonération du ticket modérateur / remboursement à 100 % des frais médicaux) pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des 15 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Etes-vous, actuellement, en arrêt de travail total ou partiel sur prescription médicale pour raison de santé, hors congé légal de maternité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Faites-vous l'objet d'un suivi médical et/ou d'un traitement médical (exemples : tranquillisants, traitement pour le cholestérol, le diabète, l'hypertension artérielle ...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ou de l'Allocation pour Adulte Handicapé (AAH) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Est-il prévu (hors maternité) que, dans les 6 prochains mois, vous alliez passer des examens (laboratoire, imagerie médicale, endoscopie...), faire l'objet d'une consultation spécialisée, d'une hospitalisation et/ou d'une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questionnaire de Santé Simplifié

A compléter pour toute demande d'adhésion au contrat d'assurance collectif n° 76379389-30010
«**Perte de Licence - Incapacité de Travail** » souscrit par l'Association des Equipages de Cabines.

Je soussigné (e)certifie l'exactitude et la sincérité des présentes déclarations.

Les données personnelles vous concernant sont traitées par l'assureur dans le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la gestion de votre dossier et à la mise en œuvre de vos garanties. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition sans frais, en vous adressant par courrier à votre assureur à l'adresse suivante : HDI Global SE – A l'attention du Délégué à la Protection des Données, – Tour Opus 12 – La Défense 9 - 77 Esplanade du Général de Gaulle F 92914 PARIS LA DEFENSE CEDEX ou par courriel à : donnees-personnelles.fr@hdi.global

Vous acceptez expressément le recueil et le traitement des données concernant votre santé. Nécessaires à votre affiliation, à sa gestion et celle de vos garanties, ces données sont traitées dans le respect de la confidentialité médicale. Elles sont exclusivement destinées au médecin-conseil de l'assureur et aux personnes habilitées

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition à vos données personnelles en vous adressant par courrier postal, accompagné de la photocopie d'une pièce d'identité à l'adresse suivante : HDI Global SE — A l'attention du Délégué à la Protection des Données Tour Opus 12 – La Défense 9 - 77 Esplanade du Général de Gaulle F 92914 PARIS LA DEFENSE CEDEX

Fait à : Le :	Votre signature précédée de la mention « lu et approuvé » :
------------------------------	---