

CONTRAT INDIVIDUEL DÉPENDANCE



M. Mme Nom et Prénom

Nom de jeune fille éventuel

Date de naissance Lieu de naissance (Département, ville, arrondissement)

Adresse

Situation de famille :

célibataire concubin(e) divorcé(e) marié(e) pacsé(e) séparé(e) veuf(ve)

Situation professionnelle : Actif Retraité ou Préretraité Date de départ en retraite ou préretraite

Autre situation à préciser :

Chaque question nécessite obligatoirement une réponse par OUI ou NON

Veuillez indiquer : Taille : cm Pression artérielle : /

Poids : kg traitée non traitée

1	Etes-vous en cours de traitement médical ou avez-vous eu un traitement médical de plus de 30 jours au cours des DIX dernières années (médicaments, kinésithérapie, psychothérapie, radiothérapie, chimiothérapie) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2	Etes-vous ou avez-vous été suivi pour maladie (pour une autre affection qu'une hypercholestérolémie ou ménopause ou maladies saisonnières) ou accident durant les DIX dernières années ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3	Etes-vous atteint d'un handicap rhumatologique, ou d'une affection neurologique (Parkinson, sclérose en plaques, myopathie, maladie d'Alzheimer, démence, troubles de la mémoire) ou psychiatrique (dépression nerveuse, psychose, tentative de suicide) ou une maladie congénitale ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
4	Bénéficiez-vous du remboursement à 100 % de vos dépenses de santé pour une maladie donnée, par la Sécurité sociale ou un régime assimilé, ou une demande est-elle prévue ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
5	Dans les 12 prochains mois, devez-vous être hospitalisé(e), subir des examens médicaux ou une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Si vous avez répondu "oui" à au moins l'une des cinq questions posées ci-dessus, remplissez le Questionnaire Médical.

ENGAGEMENT

Je soussigné(e)

- déclare avoir été informé(e) et avoir **accepté** la communication des renseignements relatifs à ma santé ci-dessus, au Médecin Conseil du service médical de l'Assureur.
- certifie exactes, sincères et complètes les informations et déclarations mentionnées au présent document et reconnais avoir été informé(e) que :
 1. toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation du risque par l'Assureur entraîne la nullité du contrat (article L113-8 du Code des Assurances),
 2. en cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle, au titre de contrats individuels et collectifs facultatifs sa résiliation en cas de refus de l'augmentation des cotisations ou, si le manquement est constaté après un sinistre, la réduction des prestations (article L113-9 du Code des Assurances).

À le Signature de l'assuré précédée de « Lu et approuvé »

POUR FACILITER LE TRAITEMENT DE VOTRE DÉCLARATION

1. Aucune question ne doit être laissée sans réponse.
Répondre par oui ou par non. Si oui, donner toutes les précisions nécessaires. Notre Médecin Conseil se réserve la possibilité de vous demander tout document ou informations médicales complémentaires.
2. Les réponses ne peuvent en aucun cas être remplacées par des traits. Elles doivent être écrites de la main de l'assuré.
3. Dater et signer votre questionnaire.
4. Afin de conserver un caractère confidentiel à vos réponses, vous êtes formellement invité à les transmettre sous pli cacheté portant la mention « confidentiel » à : M. le Médecin Conseil.

Les informations collectées sont toutes nécessaires à Malakoff Humanis Assurances, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement, pour la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données, et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également d'un droit de vous opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Ces droits peuvent être exercés directement sur notre site via nos formulaires, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.