

M. Mme Mlle NOM : PRENOM : DATE DE NAISSANCE :

Nous attirons votre attention sur la nécessité de compléter avec le plus grand soin cette Déclaration d'Etat de Santé Simplifiée. Comme le prévoit la convention AERAS, nous vous conseillons de prendre seul connaissance, soit sur place, soit à votre domicile des dispositions et questions figurant dans la DESS. Votre conseiller pourra la transmettre à l'assureur dans le respect des règles de secret médical ou vous pourrez le transmettre avec votre demande d'adhésion au Médecin Conseil de MUTLOG - 75 quai de la Seine - 75940 PARIS Cedex 19, ou par tout moyen à votre convenance. Vous pourrez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à cette DESS tout document se rapportant à votre santé (bilans biologiques, radiologies, copies d'ordonnances, etc...). Le Médecin Conseil de MUTLOG se réserve le droit de vous demander la communication de documents médicaux complémentaires. **Vos déclarations sont valables 6 mois à compter de la date de signature du présent document.**

Pour connaître les modalités d'application du droit à l'oubli et vérifier si vous remplissez les conditions requises, nous vous invitons à prendre connaissance avec la plus grande attention du document d'information AERAS ci-joint annexé. **Pour en savoir plus sur la convention AERAS : www.aeras-infos.fr**

Consentement à l'utilisation des données de santé

L'assureur, agissant en tant que responsable de traitement, a besoin de vos données d'état de santé pour établir les conditions d'acceptation des garanties et le montant de votre cotisation, ainsi que pour vous verser les prestations en cas de sinistre et à cette seule fin. Ces données et tout autre document complémentaire qui seront nécessaires pour le traitement de votre dossier seront transmis au Service Médical de MUTLOG, si besoin, à ses prestataires (réassureurs, gestionnaires, médecins-experts désignés...) et aux autorités appropriées, dans le respect de la vie privée et du secret médical.

L'assureur satisfait aux exigences en matière de confidentialité, conformément aux dispositions de la loi n°78 -17 du 6 janvier 1978, dite loi Informatique et Libertés et du Règlement sur la protection des données 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD). Nous conservons vos données d'état de santé tout au long de la vie de votre contrat. Une fois ce dernier fermé, elles sont conservées pendant le délai de prescription. Au cas où la souscription ou l'adhésion au contrat n'a pas lieu, elles sont conservées pendant un délai de 6 mois.

Vous gardez tout loisir d'accéder à vos données de santé, de demander leur rectification, portabilité ou effacement et de vous opposer à leur utilisation. Pour cela, il vous suffit de nous écrire par e-mail à dpo@mutlog.fr ou par courrier à l'adresse « DPO - MUTLOG - 75 quai de la Seine - 75940 PARIS Cedex 19 ». Vous pouvez aussi vous adresser à la CNIL - 3 place de Fontenay - 75017 Paris.

Nous mettons en œuvre des dispositions spécifiques pour assurer la protection complète de vos données d'état de santé. Pour en savoir plus sur notre politique de protection des données personnelles, vous pouvez consulter notre site internet: <https://www.mutlog.fr>.

Nous ne pouvons traiter vos données d'état de santé qu'avec votre accord préalable. Même si vous donnez votre accord aujourd'hui, vous pouvez retirer ce consentement à tout moment pendant la vie de votre contrat en faisant une demande par écrit par e-mail à dpo@mutlog.fr ou par courrier à l'adresse DPO ci-dessus. Ce retrait de consentement ne remettra pas en cause les traitements déjà effectués, mais ne nous permettra pas de vous verser les prestations en cas de sinistre ultérieur.

Nous vous remercions de nous faire part de votre choix en cochant l'une des deux cases suivantes :

OUI « J'accepte que mes données d'état de santé soient utilisées par MUTLOG, et ses prestataires pour l'étude de mon dossier d'adhésion et d'un éventuel sinistre garanti par le contrat et j'accepte de remplir le questionnaire de santé figurant ci-après ».

NON « Je refuse que mes données d'état de santé soient utilisées par MUTLOG, et ses prestataires pour l'adhésion au contrat et son exécution ». **Nous ne pourrions pas donner suite à votre demande.**

Cochez « OUI » ou « NON » pour chacune des questions 1 à 8

							OUI	NON	
Compte tenu de votre taille, votre poids est-il supérieur à celui indiqué ?									
1	Taille en cm	145 à 150	151 à 160	161 à 170	171 à 180	181 à 190	Plus de 191	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Poids en kg	38 à 65	44 à 70	48 à 85	53 à 95	60 à 110	66 à 115		
2	Etes-vous actuellement en arrêt de travail total (à temps complet) ou partiel (reprise du travail à temps partiel pour motif thérapeutique), sur prescription médicale pour raison de santé ? Au cours des 10 dernières années, avez vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours consécutifs sur prescription médicale pour raison de santé ?							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Avez-vous suivi au cours des 10 dernières années, ou suivez-vous actuellement un traitement médical, sous la forme d'une prise de médicaments ou de séances régulières de soins médicaux ou paramédicaux, pendant plus de 21 jours ?							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ?							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Etes-vous titulaire de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) ? Etes-vous pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale ?							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Au cours des 10 dernières années ou actuellement : Avez-vous été hospitalisé plus de 24 heures dans une clinique, un hôpital ou une maison de santé, subi une intervention chirurgicale ou des examens médicaux qui ont révélé des anomalies ?							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		OUI	NON
6	Etes-vous actuellement et/ou avez-vous été, au cours des 10 dernières années, atteint d'un accident, d'une affection ou d'une maladie telle que : *Cancer, maladie cardiaque, maladie vasculaire, hypertension artérielle, diabète, maladie neurologique, maladie de l'appareil urinaire, maladie psychique ou psychiatrique, dépression, burn out, hypercholestérolémie, maladie du sang, *maladie de l'appareil digestif (y compris de l'estomac), maladie de l'appareil respiratoire, affection de la colonne vertébrale, affection articulaire et/ou ligamentaire, atteinte rénale, affection thyroïdienne, maladie endocrinienne, maladie dermatologique, maladie gynécologique, maladie immunitaire, maladie rhumastismale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Actuellement, présentez-vous des séquelles d'un accident ou d'une maladie nécessitant une surveillance médicale ? *Droit à l'oubli applicable à cette question (détails sur www.aeras-infos.fr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Au cours des 5 dernières années, avez-vous effectué un test de dépistage, portant sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine (VIH), dont le résultat a été positif (présence d'1 ou 2 virus dans le sang) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Devez-vous être hospitalisé ou bénéficier d'une intervention chirurgicale (sauf amygdales, végétations, hernie linguinale, soins dentaires) ou d'un examen spécialisé (radiographies simples ou interventionnelles, scanner, IRM, scintigraphie) dans les 12 mois à venir (hors médecine du travail ou suivi systématique de grossesse) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si vous avez répondu « OUI » à l'une des questions 1 à 8,
vous devez remplir le Questionnaire Médical Détaillé Confidentiel**

Je reconnais être informé(e) que les réponses et informations contenues dans ce questionnaire sont obligatoires en vue de ma demande d'adhésion au contrat et sont destinées au Médecin Conseil de MUTLOG. J'autorise la collecte et l'utilisation des informations figurant dans ce questionnaire aux seules fins de traitement de mon dossier. Je certifie exactes et sincères les déclarations ci-dessus.

Je reconnais avoir été averti que toute fausse déclaration ou réticence intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé entraîne la nullité de l'assurance conformément à l'article L. 221-14 du Code de la Mutualité. Je m'engage, conformément à la loi, à informer MUTLOG en cas de détérioration de mon état de santé survenant entre la date de signature de ce questionnaire et la date de prise d'effet des garanties.

Fait à Le Signature du postulant à l'assurance :