

### 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

*Si il n'y a pas suffisamment d'espace pour toutes les informations, veuillez utiliser un autre bulletin d'adhésion.*

### 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 l'adresse indiquée sur ce formulaire ou à [client.services@allianzworldwidecare.com](mailto:client.services@allianzworldwidecare.com).

Signature et nom du souscripteur