





Les informations recueillies par ACS, Courtier en assurances, société par actions simplifiée immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 317 218 188, et dont le siège social est au 153, rue de l'Université – 75007 Paris, France, soit directement auprès de vous, ou par l'intermédiaire de votre courtier en assurances, font l'objet d'un traitement informatique destiné exclusivement à :

- la préparation, la conclusion, la gestion et l'exécution de votre devis ou contrat (étude des besoins, souscription, établissement d'avenants, calcul et recouvrement des cotisations, gestion des sinistres, traitement des éventuelles réclamations...),
- l'application des dispositions légales, y compris celles en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, de lutte contre les fraudes,
- la réalisation d'études statistiques et actuarielles,
- la redistribution des risques par la réassurance et la coassurance.

Elles sont conservées 3 ans, 5 ans ou 10 ans conformément aux lois et règlements applicables (voir la notice d'informations pour plus de détail).

Le traitement de ces données est réalisé dans le respect des obligations relatives au traitement, à l'archivage, l'enregistrement, l'organisation, la limitation et la minimalisation des données, l'adaptation et l'altération, les conditions de retrait, d'utilisation, de consultation et de transfert, la diffusion ou la mise à disposition, la sécurité des données personnelles.

Les destinataires des données sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités, les assureurs, les réassureurs, les intermédiaires d'assurance (votre courtier direct le cas échéant), et éventuellement leurs sous-traitants, qui interviennent dans le cadre de l'exécution ou de la gestion de votre contrat, les délégataires de gestion, le médiateur saisi, les autorités légalement autorisées pour le traitement de vos réclamations, Tracfin pour la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. Des informations vous concernant peuvent également être transmises à toutes personnes intéressées au contrat (souscripteur, assuré, adhérent et bénéficiaire du contrat).

Vous acceptez expressément le recueil et le traitement des données concernant votre santé. Ces données sont nécessaires à l'exécution et à la gestion de votre contrat et de vos garanties, et leur traitement est réalisé à cette seule finalité, dans le respect des règles de confidentialité médicale. Elles sont exclusivement destinées aux Médecins-conseil indépendants ou services d'ACS en charge de la gestion de vos garanties, à ses gestionnaires de frais médicaux et prestataires d'assistance externes le cas échéant, ainsi qu'aux assureurs et réassureurs de votre contrat.

Par ailleurs, nous vous informons que les données à caractère personnel vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat), peuvent faire l'objet de transferts en dehors de l'Union Européenne, en fonction des besoins induits par la gestion de votre contrat.

Ces transferts visent exclusivement à permettre la gestion des demandes d'assurance et d'assistance et seules les données nécessaires à cette finalité sont transmises.

Les destinataires ou catégories de destinataires habilités à recevoir communication de ces données sont les personnels habilités des gestionnaires de frais médicaux ou prestataires d'assistance externes ainsi que les assureurs le cas échéant.

Ces transferts se font dans le respect des règles en matière de protection des données personnelles applicables dans l'Union Européenne.

Conformément à la loi « informatique et libertés » n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 et 2018 et au règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016, vous bénéficiez des Droits d'Accès, de Rectification, de Suppression, de Portabilité relativement aux informations qui vous concernent, ainsi que des droits de Limitation et d'Opposition quant au traitement de vos données personnelles, que vous pouvez exercer en vous adressant par écrit à notre Délégué à la protection des données, à [dpo@acs-ami.com](mailto:dpo@acs-ami.com) ou par courrier à « ACS, à l'attention du DPO, 153, rue de l'Université, 75007 Paris, France » (avec copie d'une pièce d'identité).

Vous avez la faculté d'introduire une réclamation :

- Sur le site de la CNIL en remplissant un formulaire de plainte en ligne.
- Par courrier postal en écrivant à : CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 FRANCE

Concernant vos données de santé, ces droits s'exercent en plus par courrier postal auprès du Médecin-conseil d'ACS (ACS, à l'attention du Médecin Conseil, 153, rue de l'Université, 75007 Paris, France) avec copie d'une pièce d'identité.

**Vous êtes susceptibles de recevoir des offres commerciales de notre société pour des produits et services analogues à ceux que vous avez commandés. Si vous souhaitez recevoir des propositions commerciales de notre société merci de cocher cette case :**



d) Gastrites, reflux, ulcère de l'intestin ou de l'estomac, hernies, affections du foie (hépatites, calculs biliaires...), et des voies urinaires, troubles de la prostate, des reins (insuffisance, lithiase, calculs...), thromboses

---

---

e) Sciatique, hernie, douleurs lombaires, rhumatismes, maladies ostéo-articulaires (dont atteintes vertébrales et para-vertébrales) arthrite, affections de la peau telles que kératose, mélanome.

---

---

f) Maladies hormonales, glandulaires, cancer, leucémie et autres maladies du sang.

---

g) Pour les femmes seulement : avez-vous eu durant les dix dernières années des troubles d'ordre gynécologique ?

---

---

h) Avez-vous ou avez-vous eu d'autres problèmes médicaux non mentionnés dans ce questionnaire ?

Si oui, les quels : \_\_\_\_\_

---

10- Envisagez-vous une hospitalisation dans les douze prochains mois ?

oui  non

Si OUI, indiquez la nature de cette hospitalisation

---

11- Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité aux virus des hépatites ou à l'un des virus de l'immunodéficience humaine ?

oui  non

Si OUI, indiquez la date, la nature du test, et le résultat : \_\_\_\_\_

12- Avez-vous des séquelles résultant d'une maladie ou d'un accident ?

oui  non

Les quelles ? \_\_\_\_\_

13- Etes-vous atteint d'une infirmité ou titulaire d'une pension (civile ou militaire) d'invalidité ou d'une pension vieillesse ?

oui  non

Nature de l'infirmité : \_\_\_\_\_  
Catégorie (joindre notification) ou taux : \_\_\_\_\_

14- Etes-vous actuellement couvert par un contrat d'assurance Santé ou Vie?  
Avez-vous par le passé été accepté à des conditions spéciales ou refusé(e)  
au titre d'un contrat d'assurance Santé ou Vie?

oui  non  
 oui  non

Je, soussigné(e), certifie exactes et sincères les informations générales ci-contre ainsi que les réponses aux questions médicales ci-dessus, n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'assureur, étant entendu que les sanctions édictées par les articles L 113-8 et 9 du Code des assurances en cas de fausse déclaration, réticences ou inexactitudes sont la nullité du contrat ou la réduction de l'indemnité.

*Je suis conscient qu'en cas de déclaration fautive ou incomplète, l'assureur pourrait réduire ou refuser sa garantie.*

A \_\_\_\_\_, le | | | | | | | | | |

Lu et approuvé

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne affiliée (ou de l'assuré principal pour les affiliés de moins de 18 ans)

