

# QUESTIONNAIRE MÉDICAL COMPLÉMENTAIRE

## BELGIQUE

Utmost Wealth Solutions est la marque utilisée par un certain nombre de sociétés Utmost. Ce document a été produit par Utmost Luxembourg S.A.

Tout terme utilisé au singulier a la même signification au pluriel et vice versa. Toute notion utilisée au féminin a la même signification au masculin et vice versa.

### DECLARATION DE CONSENTEMENT RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNEES, DONT LES DONNEES PERSONNELLES RELATIVES A LA SANTE

(à utiliser avec le Questionnaire médical complémentaire / le Rapport d'examen médical)

#### NOTE D'INFORMATION

Dans le cadre de l'application de la police d'assurance-vie n°  (la « **Police** ») assortie d'une assurance-décès complémentaire telle que définie dans la documentation contractuelle, Utmost Luxembourg S.A., dont le siège est sis 4, rue Lou Hemmer, L-1748 Luxembourg, Grand-Duché de Luxembourg (l'« **Assureur** »), agit en qualité de responsable de traitement conformément au règlement général de l'UE sur la protection des données n° 2016/679 (« **RGPD** »).

Conformément à l'article 6 et à l'article 9 du RGPD, respectivement sur la licéité du traitement et sur le traitement portant sur des catégories particulières de données à caractère personnel, l'Assureur demande votre consentement explicite pour la collecte et le traitement de vos données à caractère personnel, notamment les données personnelles relatives à la santé, pour leur communication au réassureur, Hannover Rück SE, agissant en qualité de responsable de traitement indépendant, dont le siège est sis Karl-Wiechert-Allee 50, 30625 Hanovre, Allemagne, (le « **Réassureur** »), aux fins de la préparation, de l'exécution ou de la résiliation de la Police.

Avant de signer la présente déclaration de consentement, il est essentiel que vous sachiez quelles sont les données que l'Assureur va collecter, traiter et transférer et que vous lisiez la « Déclaration de protection des données » du Réassureur conformément aux articles 13 et 14 du règlement général de l'UE sur la protection des données (« RGPD ») consultable à l'adresse suivante : [www.hannover-re.com/182774/data-privacy](http://www.hannover-re.com/182774/data-privacy). La Déclaration de protection des données explique la façon dont le Réassureur et ses filiales et entités affiliées collectent les données à caractère personnel et les utilisent lorsqu'ils fournissent leurs services en tant que compagnie de réassurance.

#### QUELLES DONNEES, Y COMPRIS LES DONNEES PERSONNELLES RELATIVES A LA SANTE, L'ASSUREUR VA-T-IL COLLECTER, TRAITER ET COMMUNIQUER AU REASSUREUR ?

L'Assureur fournira au Réassureur :

- › le Questionnaire médical complémentaire que vous aurez rempli ;
- › le Rapport d'examen médical (le cas échéant) rédigé par votre médecin ou par un autre professionnel de la santé désigné ; et
- › les résultats des examens médicaux demandés d'une partie du corps ou d'une substance corporelle (le cas échéant) qui, conjointement ou individuellement, pourront révéler des informations sur votre état de santé physique ou mentale passé, actuel ou futur (les « **Données** »).

#### POURQUOI VOS DONNEES, Y COMPRIS LES DONNEES PERSONNELLES RELATIVES A LA SANTE, DOIVENT-ELLES ETRE COLLECTEES ET TRAITEES ?

La collecte, le traitement et la communication de vos données à caractère personnel sont nécessaires à la conclusion et à l'exécution de la Police assortie d'une assurance-décès complémentaire conformément aux indications de la documentation contractuelle.

En tant qu'assureur de la Police assortie d'une assurance-décès complémentaire, Utmost Luxembourg S.A. a besoin d'évaluer les risques associés à la santé et à la longévité de l'Assuré, conformément aux conditions de la documentation contractuelle, afin de calculer correctement et d'appliquer les frais de risque-décès (le cas échéant) à la Police et de garantir l'assurance-décès spécifique requise.

Comme l'Assureur gère la souscription médicale conjointement avec le Réassureur, ces informations seront transférées au Réassureur et à ses parties déléguées afin de réaliser l'évaluation des risques et demandes et le contrôle d'accumulation des risques, à des fins comptables, statistiques ou liées à l'activité de réassurance.

#### QUEL EST LE FONDEMENT JURIDIQUE SUR LA BASE DUQUEL VOS DONNEES PERSONNELLES RELATIVES A LA SANTE SERONT TRAITÉES ?

Conformément à l'article 6 et à l'article 9 du RGPD, respectivement sur la licéité du traitement et sur le traitement portant sur des catégories particulières de données à caractère personnel, la licéité du traitement de vos Données sera basée sur le consentement explicite que vous nous aurez donné.

#### COMBIEN DE TEMPS VOS DONNEES SERONT-ELLES CONSERVEES ?

La durée de conservation et les mesures de protection applicables tiennent compte de la nature, de la portée et des finalités du traitement des Données. Cette durée ne sera pas inférieure à celle de la Police pour laquelle les Données ont été collectées et traitées et n'excédera pas la limite de conservation applicable. L'Assureur et le Réassureur prendront et maintiendront les mesures techniques et organisationnelles appropriées aux fins de protéger les données à caractère personnel contre toute violation des données involontaire ou illicite.

#### QUELS SONT VOS DROITS A L'EGARD DE VOS DONNEES ?

Outre les droits définis dans le RGPD concernant le droit d'accès (article 15) à vos données à caractère personnel qui ont été collectées et traitées par l'Assureur en tant que responsable de traitement, le droit de rectification (article 16) des données inexactes, le droit à l'effacement (article 17) des données à caractère personnel, auxquels s'ajoutent le droit à la limitation et/ou l'opposition au traitement (article 21), ainsi que le droit à la portabilité des données (article 20), vous avez le droit, à tout moment, de retirer votre consentement explicite relatif au traitement de vos Données.

Ce retrait n'affectera pas la licéité du traitement de vos Données fondée sur votre consentement explicite avant le retrait. Toutefois, il pourra avoir une incidence sur la conclusion ou l'exécution de votre Police. À titre d'exemple, il se peut que l'Assureur se trouve dans l'incapacité d'offrir des garanties ou de poursuivre l'administration de la Police.

Si vous avez besoin de plus amples informations sur vos droits et sur les conséquences de votre consentement ou si vous avez toute autre question relative à vos données à caractère personnel, vous pouvez joindre le Délégué à la protection des données (« DPD ») de l'Assureur à l'adresse suivante : [data.privacy@utmostgroup.lu](mailto:data.privacy@utmostgroup.lu) ou par courrier à l'adresse de l'Assureur. Vous pouvez adresser une demande datée directement au DPD accompagnée d'une pièce d'identité et d'une description claire et précise de votre demande concernant l'exercice de vos droits.

Vous avez le droit de déposer une plainte auprès de l'autorité de surveillance de l'État membre de votre résidence habituelle, de votre lieu de travail ou du lieu présumé de l'infraction.

---

#### DÉCLARATION DE CONSENTEMENT

---

1. J'ai lu et compris la Note d'information ci-dessus et la « Déclaration de protection des données » de Hannover Rück SE.
2. J'ai eu la possibilité d'examiner les informations fournies et de poser des questions et j'ai reçu des réponses satisfaisantes.
3. Je sais que j'ai le droit de retirer mon consentement à tout moment, sans que cela affecte la licéité du traitement fondée sur le consentement que j'ai donné avant le retrait. Je sais que, toutefois, cela pourra avoir une incidence sur la conclusion ou l'exécution de ma Police. À titre d'exemple, il se peut que l'Assureur se trouve dans l'incapacité d'offrir des garanties ou de poursuivre l'administration de la Police.
4. J'autorise l'Assureur à fournir au Réassureur les Données et une copie du Questionnaire médical complémentaire, du Rapport d'examen médical et des résultats de l'examen médical ou des tests ainsi que des documents y afférents.
5. Je sais que les Données seront soumises à une évaluation aux fins de la souscription médicale.

#### QUESTIONNAIRE MÉDICAL COMPLÉMENTAIRE

- |   |   |                      |       |                      |
|---|---|----------------------|-------|----------------------|
| 1 | Nom et date de naissance de la personne à assurer | <input type="text"/> |       |                      |
| 2 | Taille  | <input type="text"/> | Poids | <input type="text"/> |

Etat civil

- 3 Avez-vous, au cours des 5 dernières années, consulté un médecin pour toute affection non bénigne (une affection bénigne étant une affection qui n'a pas donné lieu à plus de 2 consultations et dont le traitement n'a pas duré plus de 10 jours) ?  Oui  Non
- 4 Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits par un médecin, ou faites-vous l'objet d'un suivi régulier suite à une maladie précédente ?  Oui  Non
- 5 Avez-vous fait l'objet d'un test de dépistage du VIH/SIDA ou bénéficié d'un soutien psychologique et de conseils en lien avec le SIDA ou une autre maladie sexuellement transmissible ?  Oui  Non
- 6 En tant que personne à assurer, une demande d'assurance-vie, accident ou santé, a-t-elle été refusée, différée ou acceptée selon des modalités spéciales ?  Oui  Non

7 Profession/domaine d'étude de la personne à assurer

- 8 En tant que personne à assurer, êtes-vous exposé(e) à des dangers particuliers dans le cadre de votre travail, de vos études ou de vos loisirs ? Vous rendez-vous ou vivez-vous dans des pays présentant des risques de nature politique ou sanitaire (travail avec des explosifs, déplacements aériens autrement qu'à titre de passager payant, plongée sous-marine, pratique du parachute, course automobile, etc.) ?  Oui  Non

Si oui, préciser

Préciser les destinations et durées de tous déplacements effectués au cours des 24 mois écoulés, ainsi que de tous déplacements prévus pour les 24 mois à venir.

9 Nom et adresse du médecin traitant

- 10 Si la réponse à au moins une des questions ci-dessus est « OUI », donner toutes précisions utiles ci-dessous, y compris dates.

La personne à assurer déclare que les informations fournies dans ce document sont exactes, complètes et sincères. Il/elle reconnaît que chaque omission ou inexactitude volontaire peut entraîner des sanctions juridiques et la nullité du contrat.

La personne à assurer s'engage à immédiatement informer l'Assureur de tout changement dans les informations et déclarations dans le présent formulaire avant la conclusion de l'assurance ou avant l'acceptation d'une prime complémentaire.

La personne à assurer donne son consentement à tous les médecins traitants ou qui l'ont traitée pour pouvoir fournir au médecin-conseil de l'Assureur toute information que ce dernier estime nécessaire pour le dossier médical, autant pour la signature et la gestion du contrat que pour le contrôle du paiement des prestations. Il/elle accepte également que son médecin transmettra en cas de décès un certificat de la cause de la mort au médecin-conseil de l'Assureur.

En signant la présente Note d'information et la déclaration de consentement, je consens, de manière volontaire et inconditionnelle, à la collecte et au traitement de mes Données par l'Assureur et à leur communication au Réassureur aux fins de leur traitement ultérieur, conformément à ce qui est décrit dans la Note d'information ci-dessus et la « Déclaration de protection des données » de Hannover Rück SE.

### Assuré

#### SIGNATURE

Date

j	j	m	m	a	a	a	a
---	---	---	---	---	---	---	---

Lieu

A WEALTH *of* DIFFERENCE

[www.utmostinternational.com](http://www.utmostinternational.com)

Utmost Luxembourg S.A. est immatriculée au R.C.S. sous le numéro B37604 et réglementée par le Commissariat aux Assurances (CAA)  
Siège social : 4, rue Lou Hemmer, L-1748 Luxembourg, Grand-Duché de Luxembourg  
Utmost Wealth Solutions est enregistrée au Luxembourg en tant que nom commercial d'Utmost Luxembourg S.A.