



# EXPAT SANTÉ

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ  
RÉGIME FRAIS DE SANTÉ (EUR)

Vous devez répondre vous-même, avec la plus grande exactitude, à l'ensemble des questions du questionnaire médical, car vos déclarations vous engagent. Ce questionnaire de santé est indispensable pour permettre l'appréciation du risque que l'Assureur entend prendre en charge.

**Afin de garantir la confidentialité médicale, il vous est possible de transmettre ce questionnaire sous enveloppe fermée à : Médecin conseil de VYV International Benefits, Tour Montparnasse, 33 Avenue du Maine 75015 Paris, France ou par e-mail à l'attention du Médecin conseil medical@vyv-ib.com. L'ensemble des données médicales personnelles que vous communiquez sont protégées par le secret médical.**

A partir de la question n°2, vous devez répondre par oui ou non dans chaque case correspondante. En cas de réponse positive à l'une des questions ci-dessous, vous devez apporter toutes les précisions utiles (date, motif, suite ou séquelles, nature du traitement, durée...) sur la feuille complémentaire jointe datée et signée. Merci de joindre également les copies de tout document utile (comptes-rendus opératoires ou histologiques, certificat médical...).

	Nom Prénom	Adhérent	Conjoint	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4
1	Taille (en cm)						
	Poids (en kg)						
	Tension						
2	Etes-vous ou avez-vous été atteint d'une des affections suivantes ? Si oui, veuillez préciser : - diabète, - cancer, - maladie du cœur ou des vaisseaux, - maladie rhumatismale, lumbago, sciatique, arthrose, - dépression nerveuse, - autres troubles nerveux, neurologiques ou musculaires, - maladie d'Alzheimer et autres démences, - insuffisance rénale, - maladie du foie ou digestive, - maladie des poumons, - autres maladies non citées ci-dessus.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
	Merci de préciser : Date(s) de diagnostic : Evolution et séquelles : Autres précisions (nombre d'épisode ou de poussée) :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
3	Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié d'une pension d'invalidité ? Nature : Motif : Niveau en % :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
	Etes-vous actuellement en arrêt de travail ? Depuis quand : Motif : Date de reprise prévisible : Durant les 5 dernières années avez-vous dû interrompre votre travail pendant plus de 3 semaines consécutives ? Quand : Durée de chaque arrêt : Motif :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
5	Devez-vous subir prochainement un traitement médical, des examens médicaux, une intervention chirurgicale ou une hospitalisation ? Motif : Nature :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
	Avez-vous actuellement une particularité d'ordre médical, une infirmité, une anomalie physique (handicap, mauvais fonctionnement ou absence d'un organe) ou séquelle d'un accident ? Laquelle :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
7	Suivez-vous actuellement un traitement médical (médicaments, kinésithérapie, soins infirmiers, psychothérapie, autres... sauf affections saisonnières rhume, angine, grippe...) ? Nom exact des traitements : Motif :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					





### DÉCLARATIONS

Je déclare :

- avoir reçu avoir reçu la ou les notice(s) d'informations du ou des contrat(s) que j'ai souscrit(s) ;
- avoir adhéré au(x) contrat(s) d'assurance souscrits par l'Association Aprevi dont je reconnais être membre sous réserve du paiement de ma cotisation de 30 EUR et avoir pris connaissance des notices d'information correspondantes,
- reconnais avoir été informé que je dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus, à partir du jour de la date de conclusion de mon adhésion (date indiquée sur le certificat d'adhésion), pour y renoncer, dans les conditions et selon les modalités précisées dans la notice d'information.
- résider et travailler hors des frontières du pays dont je suis ressortissant ;
- avoir répondu en toute sincérité aux questions figurant sur le présent bulletin d'adhésion, et reconnaître que, conformément à l'article L.132-8 du Code des assurances, indépendamment des causes ordinaires de nullité et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26 du même Code, la garantie qui m'est accordée par l'Organisme assureur est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de ma part tant lors de la souscription qu'au cours du contrat, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Organisme assureur alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque ;
- reconnaître qu'en cas de survenance d'un sinistre ou de toute demande d'intervention, la production consciente et volontaire de documents inexacts ou frauduleux entraînera la déchéance des garanties sans remboursement des cotisations déjà versées ;
- m'engager à signaler toute modification de ma situation personnelle ou relative aux membres de ma famille, dans un délai de quinze (15) jours à partir du moment où j'ai connaissance de ce changement.

Je reconnais que l'adhésion au présent contrat ne me dispense pas des cotisations dues au titre du/des régime(s) obligatoire(s) dont je pourrais relever.

### PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (dit «Règlement général sur la Protection des données») et dans le cadre de la gestion et de l'exécution du contrat d'assurance, vos données à caractère personnel pourront être transférées à l'Organisme assureur, ses délégataires, ses prestataires, ses sous-traitants ou ses réassureurs. Les traitements mis en oeuvre ont pour finalité la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance, l'élaboration des statistiques et études actuarielles, l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux, l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude et les opérations relatives à la gestion des clients. Les destinataires de ces données, sont, dans le strict cadre des finalités ci-dessus, les personnels dûment habilités de l'Organisme assureur, ses délégataires, ses prestataires, ses sous-traitants ou ses réassureurs respectifs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux et les intermédiaires d'assurance.

Ces données personnelles pourront faire l'objet de transferts vers des prestataires de services ou des sous-traitants établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne. Ces transferts ne pourront concerner que des pays reconnus par la Commission Européenne comme disposant d'un niveau de protection adéquat des données à caractère personnel, ou des destinataires présentant des garanties appropriées. Ces données seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer. Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.

Toute demande d'exercice de ses droits peut être adressée au Délégué à la Protection des Données (ou Data Protection Officer) de CNP Assurances pour MFPrévoyance - Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 PARIS CEDEX - dpo@cnp.fr ou DPO VYV-IB, Tour Montparnasse - 33, avenue du Maine - BP 245 - 75755 Paris Cedex 15 - dpo@vyv-ib.com. L'Adhérent a le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés [CNIL] sise 3, Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07 - France.

Les données de santé, dont le traitement est nécessaire aux fins de l'exécution des obligations et de l'exercice des droits propres à l'Organisme assureur ou aux assurés eux-mêmes en matière de droit à la protection sociale, peuvent être traitées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution dudit contrat. Ces données sont exclusivement destinées au service médical du Délégué de gestion et au Médecin conseil de l'Organisme assureur. L'exercice de droits s'effectue par courrier, après production d'un titre d'identité à l'attention du médecin conseil : medical@vyv-ib.com.

**En ne cochant pas cette case, je suis informé(e) que les éléments relatifs à ma santé ne pourront pas être pris en compte ce qui peut remettre en question mon adhésion et l'exécution de mon contrat. Je peux retirer mon consentement à tout moment, sans que ce retrait ne compromette la licéité du traitement, antérieur au retrait, fondé sur le consentement.**

Fait à  Le

Signature de l'Adhérent précédée de la mention «lu et approuvé»

Avant de **parapher chaque page** et **signer la présente**, vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions et envoyez votre questionnaire rempli accompagné des documents demandés par email : **medical@vyv-ib.com** ou à l'adresse ci-dessous :

**Médecin conseil de VYV International Benefits, 3-7 Square Max Hymans, 75648 Paris Cedex 15**



**CRYSTAL MOBILITY**

Les contrats Expat Santé sont distribués par Crystal Mobility, une société Crystal Service commercial : Tél 33 1 42 56 16 41 - Siège social : 939, Rue de la Croix Verte - 34090 Montpellier France SASU à associé unique de courtage d'assurance au capital de 28 580 EUR - RCS Montpellier 491 144 150 ORIAS n°07 008 939 (www.orias.fr) - RC professionnelle - Réclamations clients : relation@crystal-mobility.com



---

SASU à associé unique de courtage d'assurance,  
au capital de 28 580 EUR, RCS Montpellier 491 144 150

N° ORIAS 07 008 939 - [www.orias.fr](http://www.orias.fr) - Sous le contrôle de  
l'ACPR, Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution,  
4, place de Budapest - 75009 Paris - France  
[www.acpr.banque-france.fr](http://www.acpr.banque-france.fr)

Réclamations clients  
[relation@crystal-mobility.com](mailto:relation@crystal-mobility.com)

**SIÈGE SOCIAL**

939, rue de la Croix Verte  
34090 Montpellier - France  
Tél +33 1 42 56 16 41

[www.crystal-mobility.com](http://www.crystal-mobility.com)

Crystal Mobility est une société Crystal



Société Anonyme à Directoire  
et Conseil de Surveillance,  
au capital de 81 773 850 EUR,  
régie par le Code des assurances,  
RCS 507 648 053 PARIS

**SIÈGE SOCIAL**

4, place Raoul Dautry  
75716 Paris Cedex 1 - France