

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

AFFECTIONS RESPIRATOIRES - ASTHME

À compléter, dater et signer par le Médecin traitant et contresigner par la personne à assurer

Les informations recueillies par le biais de ce document sont nécessaires à l'étude du dossier de la personne à assurer, qui se fera dans le strict respect du secret médical.

Le questionnaire doit être complété en intégralité, daté, signé et renvoyé au Médecin Conseil de la Compagnie, par pli cacheté et confidentiel à l'adresse suivante : Médecin Conseil du Service Médical d'AFI ESCA, 4 square Dutilleul 59042 LILLE Cedex. Ce document peut également être envoyé par mail, à l'adresse sécurisée suivante : MU@afi-esca.com.

L'Assureur accorde une grande importance à la protection et à la sécurité des données sous sa responsabilité et a, à ce titre, déterminé sa politique relative à la protection des données personnelles accessible dans la notice mise en ligne sur son site internet : <https://www.afi-esca.com/informations/rgpd>.

L'Assureur s'engage, en sa qualité de Responsable de traitement, à se conformer à la législation afférente en vigueur, notamment la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, dite « Informatique et Libertés », modifiée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018.

La personne à assurer peut, ainsi, accéder à ses données médicales, s'opposer à leur traitement, demander leur effacement, leur limitation ou leur portabilité pour des motifs légitimes en adressant un courrier, avec nom, prénom et date de naissance, accompagné d'un justificatif d'identité au Data Protection Officer de l'Assureur, par mail à l'adresse dpo@groupe-burrus.tech ou par courrier : Service Clients d'AFI ESCA, 4 square Dutilleul, 59042 Lille Cedex. La personne à assurer peut également rectifier ces informations auprès du Médecin Conseil en lui adressant un courrier avec nom, prénom et date de naissance, accompagné d'un justificatif d'identité.

INFORMATIONS SUR LA PERSONNE À ASSURER

M. Mme Nom : Prénom : Nom de Naissance :
 Adresse :
 Né(e) le :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 à :
 Taille : cm Poids : kg
 Tension artérielle : / mmHg Traitée : OUI NON

1

AFFECTION

Précisez le diagnostic :

Indiquez l'étiologie :

Précisez la date de diagnostic :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 et de la dernière consultation :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

La personne à assurer a-t-elle présenté des exacerbations de sa pathologie respiratoire ? OUI NON

Nombre de crises par an :

Durée :

Date de la dernière crise :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Quel est le grade de la dyspnée entre les crises ?

Aucune dyspnée OUI NON

Pas de dyspnée au repos mais apparaissant lors d'un effort physique normal pour l'âge OUI NON

Pas de dyspnée au repos mais apparaissant lors d'un effort léger pour l'âge OUI NON

Au moindre effort et/ou au repos OUI NON

Suit-elle ou a-t-elle suivi un des traitements suivants :

Bronchodilatateur inhalé ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Précisez :
			Période :
Corticoïde inhalé ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Précisez :
			Période :
Corticoïde per os ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Précisez :
			Période :
Oxygénothérapie ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Précisez :
			Période :
Autre traitement ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Précisez :
			Période :
Est-elle fumeuse ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Consommation journalière :

A-t-elle fait des séjours en milieu hospitalier ou doit-elle être hospitalisée prochainement ? OUI NON

Pourquoi ?

Date(s) :

Durée(s) :

2

COMPLICATIONS ET PATHOLOGIES ASSOCIÉES

La personne à assurer présente-t-elle ou a-t-elle présenté des complications cardiaques ? OUI NON

Date(s) :

Lesquelles ?

Traitement(s) mis en place :

Suit-elle un traitement pour une autre affection ? OUI NON

Lequel ?

Depuis quand ?

Pourquoi ?

3

EXAMENS PRATIQUES

La personne à assurer a-t-elle subi au cours des 12 derniers mois, les examens suivants :

Une imagerie thoracique ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Date : <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												
			Résultat :												
Une épreuve fonctionnelle respiratoire ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Date : <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												
			Résultat :												
			VEMS :%												
Un ECG au repos ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Date : <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												
			Résultat :												
Un ECG à l'effort ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Date : <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												
			Résultat :												
Une échocardiographie ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Date : <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												
			Résultat :												
			FEVG :												

ÉTAT ACTUEL

La personne à assurer est-elle reconnue en invalidité ou une demande de reconnaissance est-elle envisagée ou en cours ?

OUI NON

A-t-elle eu des arrêts de travail ?

OUI NON Date(s) :

Durée(s) :

Pourquoi ?

A-t-elle repris son travail ?

OUI NON Depuis le : | | | | | | | | | |

A temps partiel ? OUI NON

A temps complet ? OUI NON

IMPORTANT :

La communication des pièces médicales suivantes est indispensable pour l'appréciation de votre dossier :

- copie des comptes-rendus hospitaliers
- copie des derniers examens réalisés
- copie de la dernière lettre de consultation du pneumologue
- copie des comptes-rendus des consultations réalisées auprès d'autres spécialistes

Ces pièces sont disponibles auprès de votre Médecin traitant.

Je soussigné(e),

- autorise expressément le Médecin Conseil d'AFI ESCA et celui des réassureurs de la compagnie à traiter les données renseignées dans le présent questionnaire, ainsi que celles communiquées dans tout document annexe transmis par mes soins (exemple : compte-rendu de consultation médicale, compte-rendu d'examen médical, etc...), dans le cadre de ma ou mes demandes d'assurance et dans la gestion de mon ou mes contrats d'assurance présent(els) ou à venir, dans le respect des dispositions légales et réglementaires applicables en matière de conservation et/ou d'utilisation des données.
- atteste avoir à ma disposition une enveloppe préimprimée « confidentiel » pour transmission de ce questionnaire et de mes documents médicaux sous pli cacheté au Médecin-Conseil du Service Médical d'AFI ESCA, 4 square Dutilleul 59042 Lille Cedex. Ce dernier pourra, après examen, si nécessaire, me demander des renseignements ou des documents médicaux complémentaires.
- m'engage à informer l'Assureur de toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la prise d'effet de mon contrat.

Fait à

Le | | | | | | | | | |

Signature et cachet du Médecin

Signature de la personne à assurer