

3

TRAITEMENT

La personne à assurer suit-elle ou a-t-elle suivi un des traitements suivants :

Chirurgie ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Date : <input type="text"/>
			Laquelle ?
			Ablation : <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Partielle
Radiothérapie ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Périodes :
		
Chimiothérapie ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Périodes :
		
Thérapie hormonale ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Périodes :
		
Autre traitement ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Périodes :
		
			Lequel ?
			Interrompu ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			Si OUI, depuis le : <input type="text"/>

4

ÉVOLUTION

Rémission complète	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Depuis le : <input type="text"/>
Récidive(s)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Nombre :
			Constatée(s) le :
Complications ou séquelles (y compris thérapeutiques)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Dates :
			Lesquelles ?
		

5

BILAN DE SURVEILLANCE

Indiquez la date du dernier contrôle :

Précisez les conclusions de ce bilan de surveillance :

Scanner/IRM	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Date :
			Résultat normal ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			Précisez :
		
Scintigraphie	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Date :
			Résultat normal ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			Précisez :
		
Pet scan	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Date :
			Résultat normal ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			Précisez :
		
Marqueurs tumoraux	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Date :
			Lesquels ?
			Résultat normal ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			Précisez :
		

Autres examens

OUI

NON

Date :

Lesquels ?

Résultat ?

.....

6

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 : | | | | | | | | | |

À temps partiel ? OUI NON

À temps complet ? OUI NON

IMPORTANT :

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

- copie des comptes-rendus opératoires, hospitaliers et histologiques
- copie des derniers examens réalisés
- copie de la dernière lettre de consultation oncologique

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(e)s 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.

Signature et cachet du Médecin

Signature de la personne à assurer

Fait à

Le | | | | | | | | | |