

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL

## ATTEINTE PSYCHIQUE

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.

M.  Mme Nom : ..... Prénom : ..... Nom de Naissance : .....

Adresse : .....

Né(e) le : 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 à : .....

Taille : .....cm Poids : .....kg

Une variation pondérale a-t-elle été observée ces trois dernières années ?  OUI  NON

Si OUI, Poids maximal : .....kg Prise de poids : .....kg Perte de poids : .....kg

Tension artérielle : ...../..... mmHg Traitée :  OUI  NON

1

### AFFECTION

Précisez le diagnostic : .....

.....

.....

Précisez la date de diagnostic : 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 et de la dernière consultation : 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Quels ont été les événements ou circonstances à l'origine de la pathologie ? .....

.....

Quel(s) type(s) de troubles la personne à assurer présente-t-elle ou a-t-elle présenté ?

|                              |                              |                              |                  |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------|
| Une dépression réactionnelle | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |                  |
| Un burn out                  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |                  |
| Une dépression endogène      | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |                  |
| Une névrose                  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |                  |
| Une neurasthénie             | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |                  |
| Une psychose                 | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |                  |
| Une schizophrénie            | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |                  |
| Un trouble bipolaire         | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |                  |
| Des troubles du comportement | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Précisez : ..... |
|                              |                              |                              | .....            |
| Autre(s)                     | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Précisez : ..... |
|                              |                              |                              | .....            |

## TRAITEMENT

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

|  |                              |                              |                  |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------|
| <b>Médicamenteux ?</b>                               | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |                  |
| <i>Si oui, le(s)quel(s) ?</i>                        |                              |                              |                  |
| Anxiolytique ?                                       | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Précisez : ..... |
|  |                              |                              | .....            |
|  |                              |                              | Période : .....  |
| Antidépresseur ?                                     | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Précisez : ..... |
|  |                              |                              | .....            |
|  |                              |                              | Période : .....  |
| Neuroleptique ?                                      | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Précisez : ..... |
|  |                              |                              | .....            |
|  |                              |                              | Période : .....  |
| Thymorégulateur ?                                    | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Précisez : ..... |
|  |                              |                              | .....            |
|  |                              |                              | Période : .....  |
| Autre(s) ?   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Précisez : ..... |
|  |                              |                              | .....            |
|  |                              |                              | Période : .....  |
| <b>Une psychothérapie ?</b>                          | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Période : .....  |
| <b>Une hospitalisation en milieu psychiatrique ?</b> | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Pourquoi ? ..... |
|  |                              |                              | .....            |
|  |                              |                              | Période : .....  |
| <b>Autre(s) ?</b>                                    | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Précisez : ..... |
|  |                              |                              | .....            |
|  |                              |                              | Période : .....  |

## COMPLICATIONS

La personne à assurer présente-t-elle ou a-t-elle présenté une des complications suivantes :

|  |                              |                              |                  |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------|
| Des idées suicidaires ?                  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Précisez : ..... |
|  |                              |                              | .....            |
| Une/Plusieurs tentative(s) de suicide ?  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Précisez : ..... |
|  |                              |                              | .....            |
|  |                              |                              | Date(s) : .....  |
| Un/Plusieurs épisode(s) psychotique(s) ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Précisez : ..... |
|  |                              |                              | .....            |
|  |                              |                              | Date(s) : .....  |
| Un abus de médicaments ?                 | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Précisez : ..... |
|  |                              |                              | .....            |
|  |                              |                              | Période : .....  |
| Un abus d'alcool ?                       | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Précisez : ..... |
|  |                              |                              | .....            |
|  |                              |                              | Période : .....  |
|  |                              |                              | .....Unités/jour |
| Un usage de stupéfiants ?                | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Précisez : ..... |
|  |                              |                              | .....            |
|  |                              |                              | Période : .....  |

## ÉTAT ACTUEL

## Evolution depuis la survenue de la pathologie :

Episode unique  OUI  NON  
 Récidives  OUI  NON Nombre : .....  
 Date de la dernière :  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  
 Guérison  OUI  NON Date :  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 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 du dernier bilan sanguin réalisé

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  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |