

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL

## CERTIFICAT MEDICAL

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 CONCERNANT LA PERSONNE À ASSURER

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

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

 à : .....

### DONNEES MEDICALES CONCERNANT LA PERSONNE A ASSURER

**1** Taille : ..... cm                      Poids : ..... kg                      Tension artérielle : ..... / ..... mmHg

**2** Pathologie déclarée :  
 .....  
 .....

**3** Date et circonstances de la première constatation :  
 .....  
 .....

**4** Etiologie ou origine de la pathologie :  
 .....  
 .....

**5** Examens complémentaires pratiqués (dates et résultats) :  
*Joindre une copie des résultats des examens*  
 .....  
 .....

**6** Traitements mis en place y compris chirurgicaux :  
*Joindre une copie des comptes-rendus hospitaliers*  
 .....  
 .....

**7** Durées et dates des arrêts de travail :  
 .....  
 .....

