

À compléter par le proposant

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 :

1 À quel âge avez-vous commencé à consommer de l'alcool ?

2 Veuillez indiquer la quantité d'alcool consommée :

Par jour : Par semaine : Par mois :

3 Avez-vous présenté des problèmes de santé liés à votre consommation d'alcool ? OUI NON

Si oui, veuillez préciser :

Lesquels ?

Quand ?

Le(s) traitement(s) mis en place :

4 Vous a-t-on déjà conseillé de réduire votre consommation d'alcool ? OUI NON

Si oui, veuillez préciser :

.....

.....

5 Avez-vous déjà suivi un traitement pour sevrage ? OUI NON

Si oui, veuillez préciser :

Lequel ?

Quand ?

