

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

HEPATITE VIRALE B

A 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 :

1

DIAGNOSTIC

Indiquez la date de diagnostic :

2

TRAITEMENT

La personne à assurer suit-elle ou a-t-elle suivi un traitement pour cette pathologie ? OUI NON

Si OUI, veuillez préciser :

Lequel ?

La date du début :

La date de fin :

3

PARAMETRES BIOLOGIQUES

Précisez les résultats des 3 derniers paramètres biologiques suivants :

PARAMETRES BIOLOGIQUES	DATES	1 ^{er} dosage	2 ^{ème} dosage	3 ^{ème} dosage
Antigène HBS				
Anticorps anti HBS				
ADN viral B				
ASAT				
ALAT				
GAMMA GT				
Taux de prothrombine				
Alpha-foetoprotéine				

