

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES DE L'INTESTIN

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 SUR LA PERSONNE À ASSURER

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 :

Indiquez la date de diagnostic : / / et de la dernière consultation : / /

Précisez le nombre de poussées depuis l'apparition de la pathologie :

A quand remonte la dernière poussée ?

La personne à assurer a-t-elle été hospitalisée pour cette affection ? OUI NON

Si OUI, veuillez préciser :

Date(s) :

Motif(s) :

Une intervention ou une hospitalisation est-elle prévue ? OUI NON

Si OUI, veuillez préciser :

Date(s) :

Motif(s) :

La personne à assurer est-elle :

Fumeuse ? OUI NON Consommation journalière :

Ex-fumeuse ? OUI NON Arrêt depuis : an(s)

N'a jamais fumé ? OUI NON

2

TRAITEMENT

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

Corticoïdes per os ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Précisez :										
			Période :										
			Précisez :										
			Période :										
Immunosuppresseurs ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Précisez :										
			Période :										
			Précisez :										
			Période :										
Anti TNF ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Précisez :										
			Période :										
			Précisez :										
			Période :										
Chirurgical ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Précisez :										
			Date : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
Autre(s) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Précisez :										
			Période :										

3

LOCALISATION

Quelle(s) est/sont la/les localisation(s) de la pathologie ?

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| • Jonction iléo-colique seule | <input type="checkbox"/> | • Sigmoidé | <input type="checkbox"/> |
| • Autre localisation colique | <input type="checkbox"/> | • Pancolite | <input type="checkbox"/> |
| • Rectum | <input type="checkbox"/> | • Œsophage, estomac, duodénum | <input type="checkbox"/> |

4

COMPLICATIONS ET PATHOLOGIES ASSOCIEES

La personne à assurer présente-t-elle ou a-t-elle présenté des complications liées à l'affection ? OUI NON

Si OUI, veuillez préciser :

Quand ?

Lesquelles ?

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

Suit-elle un traitement pour une autre affection ? OUI NON

Si OUI, veuillez préciser :

Lequel ?

Depuis quand ?

Pourquoi ?

5

EVOLUTION

La pathologie est-elle considérée comme stabilisée ou en rémission ? OUI NON Depuis le :

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

IMPORTANT :

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

- copie des comptes-rendus, hospitaliers et histologiques
 - copie des derniers examens réalisés
 - copie de la dernière lettre de consultation du gastro-entérologue
 - copie des comptes-rendus des consultations réalisées auprès d'autres spécialistes
- 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

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

www.afi-esca.com

AFI ESCA : Compagnie d'assurance sur la vie et de capitalisation. Entreprise régie par le Code des assurances. S.A. au capital de 12 359 520 euros. R.C.S. Strasbourg 548 502 517. Siège social : 2, quai Kléber 67000 Strasbourg. **Merci d'adresser toute correspondance à : AFI ESCA - 4, square Dutilleul - 59042 Lille Cedex.**