

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.

Elles sont conservées pour la plus longue des durées nécessaires conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables.

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.

La personne à assurer peut, conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, dite «Informatique et Libertés», modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018, accéder à ses données médicales, s'opposer à leurs traitements, 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.

L'Assureur accorde une grande importance à la protection et 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>.

INFORMATIONS SUR LA PERSONNE À ASSURER

M. Mme Nom : Prénom : Nom de Naissance :
 Adresse :
 Né(e) le : / / à :
 Taille : cm Poids : kg

1

EVALUATION DE L'AFFECTION

La personne à assurer a-t-elle bénéficié d'une transplantation d'organe ? OUI NON Précisez :
 Date :

A-t-elle subi, au cours des 12 derniers mois, une épreuve fonctionnelle respiratoire ? OUI NON Date : / /
 Résultat :
 VEMS : % théorique

Y-a-t-il eu des antécédents de pneumothorax ? OUI NON Dates :
 Traitement(s) mis en place :
 Evolution :

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

Un diabète ? OUI NON Date : / /
 Traitement(s) mis en place :

Une insuffisance pancréatique exocrine ? OUI NON Date : / /

A-t-elle subi des interventions chirurgicales ? OUI NON Dates :
 Lesquelles ?

2

TRAITEMENT

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

Une oxygénothérapie quotidienne ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Date :										
			Nombre d'heures/jour :										
			Durée du traitement :										
Une corticothérapie systémique ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Date :										
			Nom du traitement :										
			Durée du traitement :										
Une ventilation non invasive ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Date :										
			Nombre d'heures/jour :										
			Durée du traitement :										
Un autre traitement ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Date :										
			Lequel ?										
			Interrompu ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON										
			Si OUI, depuis le : <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 100px;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td></tr></table>										

3

MICROBIOLOGIE

La personne à assurer a-t-elle été ou est-elle atteinte d'une colonisation par :

Burkholderia cepacia ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Mycobactérie atypique ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Pseudomonas aeruginosa ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

4

EXAMENS PRATIQUES

La personne à assurer a-t-elle subi, au cours des 12 derniers mois, les examens suivants :

Un électrocardiogramme ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Date :
			Résultat :
Une imagerie thoracique ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Date :
			Résultat :
D'autres examens ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Lesquels ?
			Date :
			Résultats :
		

IMPORTANT :

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

- copie de l'ensemble des comptes-rendus de consultation pneumologique
- copie des comptes-rendus hospitaliers éventuels
- copie des derniers examens réalisés et notamment des Epreuves Fonctionnelles Respiratoires (EFR)

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.

Vous pouvez retirer votre consentement aux traitements de vos données médicales renseignées dans le présent document, à tout moment pendant la vie de votre contrat et au terme de celui-ci, en adressant un mail à l'adresse dpo@groupe-burrus.tech ou par courrier : Service Clients d'AFI ESCA, 4 square Dutilleul, 59042 Lille Cedex.

Fait à

Le

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

Signature et cachet du Médecin

Signature de la personne à assurer