

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

SURPOIDS

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 dpd@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 Poids maximal atteint : kg
 Tension artérielle : / mmHg Traitée : OUI NON

1

AFFECTION

Indiquez l'étiologie :

Précisez la date de la dernière consultation :

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

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

COMPLICATIONS ET PATHOLOGIES ASSOCIÉES

La personne à assurer présente-t-elle ou a-t-elle présenté :

• Des complications liées à l'affection ? OUI NON

Si OUI, précisez lesquelles et la période :

• Des pathologies associées ? OUI NON

Si OUI, précisez lesquelles, la période et le(s) traitement(s) mis en place :

3

TRAITEMENT

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

Diététique ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Le(s)quel(s)?
		Période :
		Résultat sur le poids :
Médicamenteux ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Lequel?
		Période :
		Résultat sur le poids :
Chirurgical ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Lequel ?
		Date : <input type="text"/>
		Résultat sur le poids :
Autre(s) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Précisez :
		Date : <input type="text"/>
		Résultat sur le poids :

4

CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ

La personne à assurer a-t-elle subi une chirurgie de l'obésité ? OUI NON

Si OUI, précisez quel était le poids avant l'intervention :

1 ^{ère} intervention :	2 ^{ème} intervention :
Date : <input type="text"/>	Date : <input type="text"/>
Nature : <input type="checkbox"/> Pose d'un anneau gastrique	Nature : <input type="checkbox"/> Pose d'un anneau gastrique
<input type="checkbox"/> By-pass gastrique	<input type="checkbox"/> By-pass gastrique
<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Autre :

Résultats et complications éventuelles :

.....

.....

Une (ré) intervention est-elle envisagée ? OUI NON

Si OUI, précisez : La date :

Le motif :

5

DERNIER BILAN SANGUIN RÉALISÉ

Veuillez joindre une copie du dernier bilan sanguin réalisé.

IMPORTANT :

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

- copie des comptes-rendus hospitaliers
- copie des derniers examens réalisés
- copie des comptes-rendus de consultations spécialisées

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(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

AFIESCA : 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.**