

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

CERTIFICAT MEDICAL

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 manuscritement 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 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>.

Afin que l'Assureur puisse se faire une appréciation totale du risque et dans l'hypothèse où le présent questionnaire ne permettrait pas au Médecin Traitant de délivrer une information complète, celui-ci est invité à développer ses réponses sur papier libre, dûment daté et signé en mentionnant les nom, prénom, date et lieu de naissance de la personne à assurer. La personne à assurer transmettra ces informations à l'Assureur.

INFORMATIONS CONCERNANT LA PERSONNE À ASSURER

M. Mme Nom : Prénom : Nom de naissance :
 Adresse :
 Né(e) le : | | | | | | | | à :

DONNEES MEDICALES CONCERNANT LA PERSONNE A ASSURER

- 1** Taille : cm Poids : kg Tension artérielle : / mmHg
- 2** Pathologie déclarée :

- 3** Date et circonstances de la première constatation :

- 4** Etiologie ou origine de la pathologie :

- 5** Examens complémentaires pratiqués (dates et résultats) :

- 6** Traitements mis en place y compris chirurgicaux :

- 7** Durées et dates des arrêts de travail :

8**Évolution :**Épisode unique : OUI NONRécidives : OUI NON

Si OUI, nombre :

Date de la dernière : | | | | | | | |

9**État actuel :**Guérison OUI NONStabilisation OUI NONAggravation OUI NON

Depuis quand ? | | | | | | | |

Depuis quand ? | | | | | | | |

Depuis quand et manifestations cliniques :

10**La personne à assurer est-elle en invalidité ou perçoit-elle une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle ?** OUI NON*Si OUI, merci d'indiquer la catégorie ou le taux et l'organisme qui verse les prestations :***11****Existe-t-il des complications, suites ou séquelles (évolutives ou non) ?** OUI NON*Si OUI, lesquelles :***12****D'autres traitements y compris chirurgicaux ou d'autres examens médicaux sont-ils envisagés ?** OUI NON*Si OUI, lesquels et à quelle(s) date(s) :***IMPORTANT :****La communication des pièces médicales suivantes est indispensable pour l'appréciation de votre dossier :****-copie des comptes-rendus hospitaliers****-copie des résultats des examens complémentaires réalisés****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(els) 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