

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

CONSOMMATION DE DROGUES

À compléter par le proposant

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>.

Dans l'hypothèse où le présent questionnaire ne permettrait pas à la personne à assurer de délivrer une information complète, la personne à assurer est invitée à développer et à transmettre à l'Assureur ses réponses sur papier libre, dûment daté et signé et mentionnant ses nom, prénom, date et lieu de naissance, afin que l'Assureur puisse se faire une appréciation totale du risque.

INFORMATIONS SUR LA PERSONNE À ASSURER

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

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 à :

1 Veuillez donner des précisions sur votre usage de drogues illicites :

| Nom de la drogue | Date du 1 ^{er} usage | Date du dernier usage | Mode d'usage : ingestion, injection, inhalation (fumée ou prise), autre | Quantité et fréquence |
|------------------|-------------------------------|-----------------------|---|-----------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

2 Avez-vous subi un test de dépistage du VIH ou des hépatites dont le résultat s'est révélé positif ? OUI NON

Si OUI, merci d'indiquer la date et le test concerné :

3 Avez-vous déjà reçu un traitement lié à l'utilisation des drogues mentionnées ci-dessus ? OUI NON

Si OUI, veuillez préciser :
 Lequel :
 Quand :
 Le résultat :

4

Avez-vous présenté ou présentez-vous des problèmes de santé, des complications ou des séquelles liés à l'usage des drogues mentionnées en page 1 ? OUI NON

Si OUI, veuillez préciser :

Lesquel(le)s :

Quand :

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

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 de la personne à assurer