

SITUATION ACTUELLE

L'Assuré a-t-il repris son activité professionnelle :

- OUI Si oui, précisez la date : temps complet temps partiel mi-temps thérapeutique
 NON

PATHOLOGIES ANTÉRIEURES

Affection(s)	Date de première constatation médicale	Traitement(s) (date de prescription et durée)	Date d'hospitalisation

L'Assuré consomme-t-il ou a-t-il consommé du tabac /cigarette électronique : OUI NON

Si oui, précisez :

La/les périodes	Pour la cigarette	Pour la cigarette électronique
.....	<input type="checkbox"/> Moins de 5 cigarettes/semaine	<input type="checkbox"/> Moins de 30 mg de nicotine/mois
.....	<input type="checkbox"/> Plus de 5 cigarettes/semaine	<input type="checkbox"/> Plus de 30 mg de nicotine/mois

NB : Il est indispensable de joindre le(s) compte(s) rendu(s) hospitalier(s), et compte(s) rendu(s) de consultation(s) de spécialiste effectuée(s).

Depuis quelle date suivez-vous l'Assuré(e) :

Fait à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour valoir ce que de droit.

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>.

L'Assureur, en sa qualité de Responsable de traitement, est amené dans le cadre de l'étude de la demande de contrat d'assurance ou de capitalisation et de l'exécution du Contrat à collecter des données personnelles relatives aux parties et autres personnes concernées par le contrat. L'Assureur s'engage à ce titre à se conformer, et à faire respecter par ses collaborateurs et sous-traitants, la législation afférente en vigueur, notamment la loi 78-17 modifiée.

Ces données sont exclusivement destinées à l'Assureur, à ses partenaires contractuellement liés, ainsi que le cas échéant, aux autorités administratives et judiciaires. Elles sont conservées pour la plus longue des durées nécessaires conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables.

Les parties et autres personnes concernées par le contrat bénéficient d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition au traitement relatif aux données les concernant ainsi qu'un droit à la portabilité, qu'elles peuvent exercer en s'adressant au Data Protection Officer de l'Assureur, par mail à l'adresse dpo@groupe-burrrus.tech ou par courrier : Service Clients d'AFI ESCA, 4 square Dutilleul, 59042 Lille Cedex.

S'agissant des données collectées exclusivement dans le cadre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, le droit d'accès s'exerce auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés - 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

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.

Date, signature et cachet du médecin

Signature de l'Assuré(e)