

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

HYPERTENSION ARTERIELLE

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 ou des dossier(s) 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 SUR LA PERSONNE À ASSURER

M. Mme Nom : Prénom : Nom de naissance :

Adresse :

Né(e) le : / / à :

Taille :cm Poids :kg

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

1

AFFECTION

L'hypertension artérielle est-elle :
 Essentielle ? OUI NON Secondaire ? OUI NON

Indiquez l'étiologie :

Précisez la date de diagnostic : **et de la dernière consultation :**

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

Médicamenteux ? OUI NON Précisez :
 Période :

Anticoagulants ? OUI NON Précisez :
 Période :

Chirurgical ? OUI NON Précisez :
 Date : / /

Autre(s) ? OUI NON Précisez :
 Période :

Est-elle :

Fumeuse ? OUI NON Consommation journalière :

Ex-fumeuse ? OUI NON Arrêt depuis : an(s)

N'a jamais fumé ? OUI NON

La personne à assurer est-elle actuellement en arrêt de travail ou a-t-elle eu des arrêts de travail ?
 OUI NON Si OUI, veuillez préciser :

Date(s) :

Durée(s) :

Motif(s) :

Reprise à temps : Partiel Complet depuis le __ / __ / ____

2

MESURES DE LA PRESSION ARTERIELLE

Précisez les 3 dernières mesures de la pression artérielle effectuées au cours des 12 derniers mois :

Pression artérielle	Dates	Résultats
1 ^{ère} mesure	 / mmHg
2 ^{ème} mesure	 / mmHg
3 ^{ème} mesure	 / mmHg

3

EXAMENS REALISÉS

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

Un bilan sanguin ? OUI NON Date :
 Résultat :

Un examen des urines ? OUI NON Date :
 Résultat :

Un fond d'œil ? OUI NON Date :
 Résultat :

Un ECG au repos ? OUI NON Date :
 Résultat :

Un ECG à l'effort ? OUI NON Date :
 Résultat :

Une échocardiographie ? OUI NON Date :
 Résultat :

D'autres examens ? OUI NON Dates :
 Lesquels ?
 Résultats :

En cas de réponse(s) positive(s), veuillez joindre les comptes-rendus correspondants.

4

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, veuillez préciser :
 Date(s) :
 Lesquelles ?
 Traitement(s) mis en place :

Suit-elle un traitement pour une autre affection ?

OUI NON Si OUI, veuillez préciser :
 Lequel ?
 Depuis quand ?
 Pourquoi ?

IMPORTANT :

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

- copie des derniers examens réalisés
- copie de la dernière lettre de consultation du cardiologue
- copie des comptes-rendus des consultations réalisées auprès d'autres spécialistes

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 demande(s) d'assurance et dans la gestion de mon ou mes contrat(s) 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.

Vous pouvez retirer votre consentement aux traitements de vos données médicales renseignées dans le présent document, à tout moment pendant la vie de votre ou de vos contrat(s) et au terme de celui-ci ou de ceux-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