

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

INTOLERANCE GLUCIDIQUE - DIABETE

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

Tension artérielle : / mmHg Traitée : OUI NON

1

AFFECTION

Précisez le diagnostic :

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 :

Précisez :

Période :

Insuline ? OUI NON Nombre d'injections par jour :

Période :

A-t-elle été hospitalisée pour le diabète ou une complication du diabète ?

OUI NON

Si OUI, veuillez préciser :

Date(s) :

Motif(s) :

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 __ / __ / ____

Est-elle :

Fumeuse ? OUI NON Consommation journalière :

Ex-fumeuse ? OUI NON Arrêt depuisan(s)

N'a jamais fumé ? OUI NON

COMPLICATIONS ET PATHOLOGIES ASSOCIÉES

La personne à assurer présente-t-elle ou a-t-elle présenté une des complications suivantes :

- Un diabète instable ? OUI NON Précisez :
- Un ou plusieurs épisodes de coma ? OUI NON Date(s) :
Traitement(s) mis en place :
- Une pathologie cardio-vasculaire ? OUI NON Précisez :
- Une pathologie cérébro-vasculaire ? OUI NON Précisez :
- Une pathologie vasculaire périphérique ? OUI NON Précisez :
- Des plaies ou des ulcérations des pieds ? OUI NON Précisez :
- Une amputation ? OUI NON Précisez :
- Une néphropathie ? OUI NON Précisez :
- Une neuropathie ? OUI NON Précisez :
- Une pathologie oculaire ? OUI NON Précisez :

Suit-elle un traitement pour une autre affection pouvant aggraver le diabète ? OUI NON

Si OUI, veuillez préciser :

- Lequel ?
- Depuis quand ?
- Pourquoi ?

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Précisez les 3 derniers résultats de l'HbA1c réalisés au cours des 12 derniers mois :

Taux d'HbA1c	Dates	Résultats
1 ^{er} dosage		
2 ^{ème} dosage		
3 ^{ème} dosage		

Précisez les résultats des paramètres biologiques suivants réalisés au cours des 12 derniers mois :

Paramètres biologiques	Dates	Résultats
Cholestérol total		
Cholestérol HDL		
Triglycérides		
Débit de filtration glomérulaire		
Micro albuminurie		
Protéinurie		

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

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

Un ECG au repos ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Date :
		Résultat :
Un ECG à l'effort ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Date :
		Résultat :
Une échocardiographie ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Date :
		Résultat :
		FEVG :
Un examen ophtalmologique ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Le(s)quel(s) ?
	
		Date(s) :
		Résultat :

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 de la dernière lettre de consultation du Diabétologue
- 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 dpof@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