

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES DE L'INTESTIN

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 la date de diagnostic : / / et de la dernière consultation : / /

Précisez le nombre de poussées depuis l'apparition de la pathologie :

A quand remonte la dernière poussée ?

La personne à assurer a-t-elle été hospitalisée pour cette affection ? OUI NON

Si OUI, veuillez préciser :

Date(s) :

Motif(s) :

Une intervention ou une hospitalisation est-elle prévue ? 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 depuis : an(s)

N'a jamais fumé ? OUI NON

2

TRAITEMENT

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

Corticoides per os ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Précisez :
			Période :
			Précisez :
			Période :
Immunosuppresseurs ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Précisez :
			Période :
			Précisez :
			Période :
Anti TNF ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Précisez :
			Période :
			Précisez :
			Période :
Chirurgical ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Précisez :
			Date : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Autre(s) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Précisez :
			Période :

3

LOCALISATION

Quelle(s) est/sont la/les localisation(s) de la pathologie ?

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| • Jonction iléo-colique seule | <input type="checkbox"/> | • Sigmoïde | <input type="checkbox"/> |
| • Autre localisation colique | <input type="checkbox"/> | • Pancolite | <input type="checkbox"/> |
| • Rectum | <input type="checkbox"/> | • Œsophage, estomac, duodénum | <input type="checkbox"/> |

4

COMPLICATIONS ET PATHOLOGIES ASSOCIEES

La personne à assurer présente-t-elle ou a-t-elle présenté des complications liées à l'affection ? OUI NON

Si OUI, veuillez préciser :

Quand ?

Lesquelles ?

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

Suit-elle un traitement pour une autre affection ? OUI NON

Si OUI, veuillez préciser :

Lequel ?

Depuis quand ?

Pourquoi ?

5

EVOLUTION

La pathologie est-elle considérée comme stabilisée ou en rémission ? OUI NON Depuis le : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|**IMPORTANT :**

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

- copie des comptes-rendus hospitaliers et histologiques
 - copie des derniers examens réalisés
 - copie de la dernière lettre de consultation du gastro-entérologue
 - 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.

Signature et cachet du Médecin

Signature de la personne à assurer

Fait à

Le |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

www.afi-esca.com

AFI ESCA : Compagnie d'assurance sur la vie et de capitalisation. Entreprise régie par le Code des assurances. S.A. au capital de 12359 520 euros. R.C.S. Strasbourg 548 502 517.
Siège social : 2, quai Kléber 67000 Strasbourg. **Merci d'adresser toute correspondance à : AFI ESCA - 4, square Dutilleul - 59042 Lille Cedex.**