

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

SURPOIDS

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 Poids maximal atteint : kg
 Tension artérielle : / mmHg Traitée : OUI NON

1

AFFECTION

Indiquez l'étiologie :
 Précisez la date de la dernière consultation :
 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
 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

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, précisez lesquelles et la période :
- Des pathologies associées ? OUI NON
 Si OUI, précisez lesquelles, la période et le(s) traitement(s) mis en place :

3

TRAITEMENT

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

Diététique ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Le(s)quel(s) ?
		Période :
		Résultat sur le poids :
Médicamenteux ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Lequel ?
		Période :
		Résultat sur le poids :
Chirurgical ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Lequel ?
		Date : <input type="text"/>
		Résultat sur le poids :
Autre(s) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Précisez :
		Date : <input type="text"/>
		Résultat sur le poids :

4

CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ

La personne à assurer a-t-elle subi une chirurgie de l'obésité ? OUI NON

Si OUI, précisez quel était le poids avant l'intervention :

1^{ère} intervention :

Date :

Nature : Pose d'un anneau gastrique

By-pass gastrique

Autre :

2^{ème} intervention :

Date :

Nature : Pose d'un anneau gastrique

By-pass gastrique

Autre :

Résultats et complications éventuelles :

.....

.....

Une (ré) intervention est-elle envisagée ? OUI NON

Si OUI, précisez : La date :

Le motif :

5

DERNIER BILAN SANGUIN RÉALISÉ

Veuillez joindre une copie du dernier bilan sanguin réalisé.

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 des comptes-rendus de consultations spécialisées

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.

Signature et cachet du Médecin

Signature de la personne à assurer

Fait à

Le