

# QUESTIONNAIRE MÉDICAL

# VIH

## 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 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

Tension artérielle : ..... / ..... mmHg Traitée :  OUI  NON

1

### AFFECTION

**Précisez :**

La date de découverte : .....

La date de la dernière consultation : .....

La date d'instauration du traitement : .....

La date de négativité initiale de la charge virale : .....

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

Si OUI, veuillez préciser :  
 Quand ? .....

Le(s) motif(s) : .....

**Est-elle :**

Fumeuse ?  OUI  NON Consommation journalière : .....

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

N'a jamais fumé ?  OUI  NON

**Fait-elle ou a-t-elle fait usage de substances illicites ?**  OUI  NON

Si OUI, veuillez préciser :  
 Lesquelles ? .....

Quand ? .....

**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 \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

## PARAMETRES BIOLOGIQUES

	À la découverte (date et résultat)	Au plus bas (date et résultat)	Les trois dernières mesures (Dates et résultats)
Lymphocytes CD4	Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> ...../..... mm3	Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> ...../..... mm3	Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> ...../..... mm3 Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> ...../..... mm3 Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> ...../..... mm3

	À la découverte (date et résultat)	Les trois dernières mesures (Dates et résultats)
Charge virale	Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> ...../..... copies/ml	Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> ...../..... copies/ml Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> ...../..... copies/ml Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> ...../..... copies/ml

## PATHOLOGIES ASSOCIÉES

Depuis la détection de la pathologie, la personne à assurer a-t-elle présenté des manifestations cliniques et/ou biologiques faisant reconnaître un stade SIDA ?  OUI  NON

Présente-t-elle ou a-t-elle présenté une des pathologies suivantes :

- Un cancer (classant dans le stade SIDA ou non) y compris lymphome ?  OUI  NON  
Précisez : .....  
Date : .....  
Rémission ?  OUI  NON  
Depuis le : / /
- Une pathologie coronarienne ?  OUI  NON  
Précisez : .....  
Date : .....
- Un accident vasculaire cérébral ?  OUI  NON  
Date : .....
- Une hépatite B ?  OUI  NON  
Date : .....

En cas de réponse positive, merci de compléter le questionnaire « Hépatite virale B »

- Une hépatite C ?  OUI  NON  
Date : .....

En cas de réponse positive, merci de compléter le questionnaire « Hépatite virale C »

- Autre(s) ?  OUI  NON  
La(les)quelle(s) ? .....  
Date(s) : .....  
Traitement(s) mis en place : .....

## 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 et notamment du dernier bilan sanguin (de moins de 6 mois) comportant les dosages suivants : transaminases (ASAT, ALAT), gamma GT, débit de filtration glomérulaire, glycémie à jeun, cholestérol total et HDL-LDL, triglycérides, sérologie de l'hépatite B (antigène HBS), ADN viral B, ARN viral C
  - copie des deux dernières lettres de consultation des Maladies infectieuses
  - 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](mailto: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