

Civilité	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme
NOM	.....
Prénom	.....
Date de naissance	.....
N° Adhésion	.....

Questionnaire confidentiel à remplir par le médecin traitant et à retourner par l'assuré lui-même depuis son espace personnel sécurisé ou par courrier portant la mention « Confidentiel » à l'adresse : **Maestro Emprunteur - à l'attention du Médecin Conseil, 38 rue La Condamine 75017 Paris.**

Les informations collectées sont toutes nécessaires à « Digital Insure Services » responsable conjoint de traitement avec « Quatrem » ci-après désigné Malakoff Humanis. Elles concourent à une juste appréciation du risque et serviront de base au contrat. Aussi, nous attirons votre attention sur la nécessité de prendre le temps de la réflexion et de remplir ce questionnaire avec le plus grand soin et de manière précise. A défaut de réponse de votre part, nous ne pourrions pas statuer sur votre demande d'adhésion à l'assurance.

**Merci de cocher les cases correspondantes et de fournir tout commentaire ou date en regard des réponses affirmatives lorsque cela est requis.**

## QUESTIONNAIRE MEDICAL : SYNDROME D'APNEE DU SOMMEIL

<b>Diagnostic</b>	..... le ..... / ..... / .....		
ÉTAT ACTUEL ET TRAITEMENT			
QUESTIONS	OUI	NON	SI OUI, PRECISIONS
Bilan polysomnographique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date : ..... / ..... / ..... durée : ..... Date : ..... / ..... / ..... durée : ..... Date : ..... / ..... / ..... durée : .....
Traitement médicamenteux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom du traitement : ..... Date : ..... / ..... / ..... durée : .....
Traitement chirurgical ? <i>(joindre la copie du compte-rendu opératoire, d'hospitalisation et anatomopathologique)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type de chirurgie : ..... Date : ..... / ..... / ..... durée : .....
Hospitalisation ? <i>(joindre la copie du compte-rendu)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif d'hospitalisation : ..... Date : ..... / ..... / ..... durée : .....

## SYMPTÔMES EVENTUELS

QUESTIONS	OUI	NON	SI OUI, PRECISIONS
Somnolence diurne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis : ..... / ..... / .....
Trouble dépressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Autre, préciser : ..... Depuis : ..... / ..... / .....
Difficultés sociales et professionnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis : ..... / ..... / .....

Civilité	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme
NOM	.....
Prénom	.....
Date de naissance	.....
N° Adhésion	.....

### FACTEURS DE CO-MORBIDITÉ

QUESTIONS	OUI	NON	SI OUI, PRECISIONS
Excès pondéral ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taille : ..... Poids : .....
Hypertension artérielle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Systolique : ..... Diastolique : .....
Diabète ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type de diabète : ..... Dernier résultat HbA1c : ..... Date de réalisation de l'examen : ..... / ..... / .....
Dyslipidémie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dernier résultat cholestérol total : ..... g/l Dernier résultat cholestérol HDL : ..... g/l Dernier résultat cholestérol LDL : ..... g/l Dernier résultat triglycérides : ..... g/l
Tabagisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date de début de consommation : ..... / ..... / ..... Consommation : ..... / jour

### COMPLICATIONS EVENTUELLES

QUESTIONS	OUI	NON	SI OUI, PRECISIONS
Angor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date : ..... / ..... / .....
Infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date : ..... / ..... / ..... Nombre de tronc(s) atteint(s) : ..... FEVG : ..... %
AIT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date : ..... / ..... / .....
AVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date : ..... / ..... / .....
BPCO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date : ..... / ..... / .....
Insuffisance respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date : ..... / ..... / .....
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date : ..... / ..... / ..... Préciser : .....

Civilité	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme
NOM	.....
Prénom	.....
Date de naissance	.....
N° Adhésion	.....

<b>REMARQUES EVENTUELLES</b>
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Conformément à l'article L113-8 du Code des assurances, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance, et conformément à l'article L113-9 en cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle, les prestations seront réduites (se reporter à la définition de ces articles sur la notice d'information).

Les données à caractère personnel concernant l'assuré sont collectées et traitées par le Gestionnaire, l'Assureur, les Réassureurs et leurs prestataires. Cette collecte et ce traitement sont effectués dans le respect de la réglementation applicable à la protection des données. Celles-ci sont effectuées sous la seule responsabilité du Médecin Conseil.

En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données, et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également d'un droit de vous opposer au traitement pour des raisons tenant à votre situation particulière, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Ces droits peuvent être exercés auprès du Délégué à la protection des données soit par courrier à l'adresse suivante Digital Insure Services – Délégué à la protection des données – 38 rue La Condamine – 75017 Paris, soit par mail à [dpo@digital-insure.fr](mailto:dpo@digital-insure.fr) ou en effectuant directement la demande depuis l'Espace Client en ligne.

En signant ce document, vous acceptez expressément que vos données de santé soient collectées et traitées par le Service Médical du délégataire (Digital Insure Services) et, le cas échéant, par celui du réassureur et soient transférées, le cas échéant, aux services habilités de Malakoff Humanis.

Document rédigé sur sa demande et remis en mains propres à l'intéressé pour servir et valoir ce que de droit.

Signature du médecin examinateur
----------------------------------

Fait à : .....

Le : .....