



INSTITUTION DE PRÉVOYANCE
BANQUE POPULAIRE
www.bp-prevoisio.org

Confidentiel médical

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE à remplir obligatoirement ■

Nom de l'Entreprise adhérente: _____

IDENTIFICATION DU SALARIÉ à remplir obligatoirement ■

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

N° PERSE ou matricule : _____ Mail : _____

**Merci de répondre aux questions suivantes et de retourner ce document sous enveloppe cachetée portant la mention « Confidentiel médical » à l'attention du médecin-conseil de l'OCIRP
17 rue de Marignan - CS 50 003 - 75008 Paris.**

- | | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Êtes-vous en arrêt de travail pour une raison médicale depuis plus d'un mois ou l'avez-vous été pendant plus d'un mois de suite au cours des cinq dernières années ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Avez-vous été hospitalisé(e) au cours des cinq dernières années ou devez-vous l'être prochainement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Avez-vous suivi au cours des cinq dernières années ou suivez-vous actuellement un traitement médical d'une durée supérieure à trois semaines ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



**S'IL EST RÉPONDU OUI À L'UNE DES QUESTIONS CI-DESSUS,
MERCİ DE RÉPONDRİ AU QUESTIONNAIRE MÉDICAL EN PAGES INTÉRIEURES.**

ATTESTATION DE SINCÉRITÉ

Je certifie que les présentes réponses sont sincères et véritables, et j'affirme n'avoir omis aucune information qui risquerait de fausser la décision de l'OCIRP concernant la garantie demandée.

J'autorise l'OCIRP à communiquer ces informations aux services médicaux de ses mandataires, réassureurs et organismes professionnels habilités.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales du contrat définissant les garanties souscrites.

Fait à _____, le |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature (précédée de la mention « Lu et approuvé »)

IMPORTANT ■

- **S'il est répondu non** à toutes les questions de **4 à 14**, l'affiliation intervient dans les délais normaux.
- Dans le cas contraire, l'OCIRP peut, au vu des réponses apportées au questionnaire, demander un complément d'information, notamment par la voie d'un examen médical, et fixer, le cas échéant, des conditions spéciales.
- Ce questionnaire est rempli impérativement par la personne à assurer ; toutes les réponses aux questions sont obligatoires.
- Les conséquences qui pourraient résulter d'une omission, ou d'une fausse déclaration sont celles prévues par le Code de la Sécurité sociale pour :
 - Les contrats collectifs à adhésion obligatoire, l'Art. L932-7 : nullité du contrat
 - Les contrats collectifs à adhésion facultative, l'Art. L932-16 : nullité du contrat et l'Art. L932-17 : réduction des indemnités.

QUESTIONNAIRE MÉDICAL ■

1. Indiquez votre taille : _____ cm, et votre poids : _____ kg.	OUI	NON
2. Consommez-vous des boissons alcoolisées ? Si OUI , Quantité moyenne par jour : [] verres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fumez-vous ? Si OUI , Quantité moyenne par jour : [] Depuis : [] ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous été dispensé du Service National pour raison médicale ? (concerne les personnes nées avant 1979) Si OUI , Motif(s) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Au cours des 10 dernières années , avez-vous fait l'objet d'un refus, d'un ajournement, d'une restriction, ou d'une surprime pour un précédent contrat d'assurances de personnes ? Si OUI , Quand : _____ Motif(s) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bénéficiez-vous d'une prise en charge à 100% par la Sécurité sociale (ou régime assimilé) ou une demande en ce sens est-elle prévue ou en cours ? Si OUI , Depuis le : [] Motif(s) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une maladie (préciser la nature de l'affection) :		
• de l'appareil cardio-vasculaire (cœur, artères, veines) ? Si OUI , Nature de l'affection : _____ Traitement : _____ Depuis le : []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• de l'appareil digestif (œsophage, estomac, duodénum, pancréas, colon, rectum, vésicule biliaire, foie) ? Si OUI , Nature de l'affection : _____ Traitement : _____ Depuis le : []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• de l'appareil respiratoire (poumons, bronches) ? Si OUI , Nature de l'affection : _____ Traitement : _____ Depuis le : []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• de maladie(s) endocrinienne(s) (thyroïde, surrénales, hypophyse) ? Si OUI , Nature de l'affection : _____ Traitement : _____ Depuis le : []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• de maladie(s) métabolique(s) (diabète, hypercholestérolémie) ? Si OUI , Nature de l'affection : _____ Traitement : _____ Depuis le : []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• de maladie(s) neurologique(s) ou psychique(s) (maladie de Parkinson, épilepsie, accident vasculaire cérébral, myopathie, trouble de la mémoire, sclérose en plaque, maladie d'Alzheimer, dépression nerveuse) ? Si OUI , Nature de l'affection : _____ Traitement : _____ Depuis le : []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• de maladie(s) de l'appareil génito-urinaire (sein, ovaire, utérus, prostate, testicule, vessie, rein) ? Si OUI , Nature de l'affection : _____ Traitement : _____ Depuis le : []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON
<ul style="list-style-type: none"> de maladie(s) des os, de la colonne vertébrale ? Si OUI, Nature de l'affection : _____ Traitement : _____ Depuis le : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> des articulations ? Si OUI, Nature de l'affection : _____ Traitement : _____ Depuis le : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> de la moelle, du sang, des ganglions ? Si OUI, Nature de l'affection : _____ Traitement : _____ Depuis le : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> des yeux, des oreilles, de la gorge, du nez (à l'exclusion des maladies saisonnières) ? Si OUI, Nature de l'affection : _____ Traitement : _____ Depuis le : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> entraînant une déficience de votre immunité ? Si OUI, Nature de l'affection : _____ Traitement : _____ Depuis le : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ou de toute autre maladie non citée ci-dessus ? Si OUI, Nature de l'affection : _____ Traitement : _____ Depuis le : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Avez-vous été ou devez-vous être hospitalisé(e) dans les trois prochains mois ? Si OUI , Quand : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Motif(s) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Êtes-vous ou avez-vous été en arrêt de travail pendant plus d'un mois pour raison médicale au cours des cinq dernières années ? Si OUI , Quand : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Motif(s) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Avez-vous dans les cinq dernières années subi un accident ayant entraîné une intervention médicale ou un arrêt de travail de plus de dix jours ou une hospitalisation de plus de trois jours ? Si OUI , Quand : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Motif(s) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Êtes-vous titulaire d'une pension d'invalidité ou une procédure d'invalidité est-elle en cours ou envisagée ? Si OUI , Taux d'invalidité : _____ Depuis le : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Motif(s) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Avez-vous subi ou devez-vous subir des examens médicaux dans les trois prochains mois ? Si OUI , Quand : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Motif(s) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Avez-vous suivi ou suivez-vous actuellement un traitement médical d'une durée supérieure à trois semaines ? Si OUI , Quand : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Motif(s) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Avez-vous déjà subi un test de dépistage de Sida, hépatite B ou hépatite C dont le résultat est positif ? (Vous devez répondre « oui » à cette question seulement si le résultat est positif)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ATTESTATION DE SINCÉRITÉ

Je certifie que les présentes réponses sont sincères et véritables, et j'affirme n'avoir omis aucune information qui risquerait de fausser la décision de l'OCIRP concernant la garantie demandée.

J'autorise l'OCIRP à communiquer ces informations aux services médicaux de ses mandataires, réassureurs et organismes professionnels habilités.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales du contrat définissant les garanties souscrites.

Fait à _____, le |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature (précédée de la mention « Lu et approuvé »)

