



Questionnaire médical



Nom : Prénom :

Questionnaire

Oui Non

1. Consommez-vous des boissons alcoolisées quotidiennement ? Oui Non
Indiquez la consommation :
2. Fumez-vous ? Oui Non
Indiquez la consommation :
3. Pratiquez-vous des sports ? Oui Non
Lesquels ?
4. Indiquez votre taille : cm ; votre poids : kg.
La différence (taille) - (poids) est-elle : supérieure à 120 ? Oui Non
inférieure à 80 ? Oui Non
5. Avez-vous été dispensé du Service National pour raison médicale ? Oui Non
6. 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 ? Oui Non
7. Souffrez-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie de l'appareil cardio-vasculaire, de l'appareil digestif, de l'appareil respiratoire, de maladies endocriniennes ou métaboliques, de maladies neuropsychiques, de maladies de l'appareil génito-urinaire, de maladies des os et des articulations ou de toute autre maladie non citée ci-dessus ? Oui Non
8. Avez-vous été ou devez-vous être hospitalisé(e) prochainement ? Oui Non
9. Êtes-vous ou avez-vous été en arrêt de travail pendant plus d'un mois pour raisons médicales au cours des cinq dernières années ? Oui Non
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 ? Oui Non
11. Êtes-vous titulaire d'une pension d'invalidité ou une procédure d'invalidité est-elle en cours ou envisagée ? Oui Non
12. Avez-vous subi ou devez-vous subir prochainement des examens médicaux ? Oui Non
13. Avez-vous suivi ou suivez-vous actuellement un traitement médical d'une durée supérieure à trois semaines ? Oui Non
14. Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité à l'un des virus de l'immuno-déficience humaine ? Oui Non
Le résultat a-t-il été positif ? Oui Non
15. Avez-vous eu une infection, conséquence d'une immuno-déficience acquise ? Oui Non
16. Votre cotisation annuelle sur l'ensemble des risques souscrits est-elle supérieure à 275 euros ? Oui Non
Si la réponse est positive, l'Ocirp fera procéder à un examen médical.
17. Êtes-vous âgé de plus de 55 ans ? Oui Non
Si la réponse est positive, l'Ocirp fera procéder à un examen médical.

Important

- Chaque question nécessite obligatoirement une réponse par OUI ou NON : cocher la réponse adéquate.
- Pour toute réponse positive, vous êtes invité(e) à apporter des précisions complémentaires dans la zone « Précisions » : date, nature exacte, traitement, motifs, évolution.
- S'il est répondu NON à toutes les questions de 4 à 17, 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 (Art. L 932-16 : nullité du contrat, et Art. L 932-17 : réduction des indemnités).

Précisions (merci d'indiquer les numéros des questions concernées)

J'autorise l'Ocirp à communiquer ces informations à ses mandataires, réassureurs, et organismes professionnels habilités.

Je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès de l'Ocirp (Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés).

Fait à, le

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

Cadre réservé à l'Ocirp (ou à l'IPBP)

À retourner sous pli confidentiel au service du personnel de votre établissement