



**Confidentiel médical**

## L'ASSURÉ ■

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

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

	OUI	NON
Bénéficiez-vous actuellement (ou une demande en ce sens a-t-elle été effectuée) d'une prise en charge par la Sécurité sociale (ou organisme apparenté) rentrant dans le cadre des ALD (Affections de Longue Durée), d'une incapacité permanente partielle ou totale ou d'une invalidité ou d'une perte d'autonomie reconnue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**S'IL EST RÉPONDU OUI À LA QUESTION CI-DESSUS,  
MERCİ DE RÉPONDRE 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 d'OCIRP VIE concernant la garantie demandée.

Je autorise OCIRP VIE à communiquer ces informations aux services médicaux de ses mandataires, réassureurs et organismes professionnels habilités.

Fait à \_\_\_\_\_, le |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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



	OUI	NON
<ul style="list-style-type: none"> <li>de maladie(s) des os, de la colonne vertébrale ? Si <b>OUI</b>, Nature de l'affection : _____ Traitement : _____ Depuis le :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>des articulations ? Si <b>OUI</b>, Nature de l'affection : _____ Traitement : _____ Depuis le :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>de la moelle, du sang, des ganglions ? Si <b>OUI</b>, Nature de l'affection : _____ Traitement : _____ Depuis le :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>des yeux, des oreilles, de la gorge, du nez (à l'exclusion des maladies saisonnières) ? Si <b>OUI</b>, Nature de l'affection : _____ Traitement : _____ Depuis le :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>entraînant une déficience de votre immunité ? Si <b>OUI</b>, Nature de l'affection : _____ Traitement : _____ Depuis le :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>ou de toute autre maladie non citée ci-dessus ? Si <b>OUI</b>, Nature de l'affection : _____ Traitement : _____ Depuis le :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8.</b> Avez-vous été ou devez-vous être hospitalisé(e) dans les trois prochains mois ? Si <b>OUI</b> , Quand :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Motif(s) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9.</b> 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 <b>OUI</b> , Quand :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Motif(s) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10.</b> 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 <b>OUI</b> , Quand :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Motif(s) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11.</b> Êtes-vous titulaire d'une pension d'invalidité ou une procédure d'invalidité est-elle en cours ou envisagée ? Si <b>OUI</b> , Taux d'invalidité : _____ Depuis le :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Motif(s) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12.</b> Avez-vous subi ou devez-vous subir des examens médicaux dans les trois prochains mois ? Si <b>OUI</b> , Quand :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Motif(s) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13.</b> Avez-vous suivi ou suivez-vous actuellement un traitement médical d'une durée supérieure à trois semaines ? Si <b>OUI</b> , Quand :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Motif(s) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>14.</b> Avez-vous déjà subi un test de dépistage portant sur l'immunodéficiência humaine, hépatite B ou hépatite C dont le résultat est positif ? (Vous devez répondre « oui » à cette question <b>seulement</b> 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 d'OCIRP VIE concernant la garantie demandée.

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

Fait à \_\_\_\_\_, le |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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

## PRÉCISIONS COMPLÉMENTAIRES ■

Avez-vous d'autres informations à apporter à l'attention du médecin-conseil ?

## CADRE RÉSERVÉ À OCIRP VIE

### L'ASSURÉ ■

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

### ENTREPRISE ET GESTIONNAIRE ■

Entreprise : \_\_\_\_\_ Siren : \_\_\_\_\_ Code NAF \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Garantie : \_\_\_\_\_ Organisme gestionnaire : \_\_\_\_\_

Cachet

Date : \_\_\_\_\_



OCIRP VIE, société anonyme au capital de 26 192 964 €, entreprise régie par le Code des assurances. RCS PARIS 339 688 608. Siège social situé au 17 rue de Marignan, CS 50 003, Paris (8<sup>e</sup>).

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de votre contrat. Elles peuvent également faire l'objet de traitements spécifiques et d'informations aux autorités compétentes dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, notamment au regard de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme. Les destinataires des données sont OCIRP VIE et ses partenaires toujours dans le cadre de la gestion de votre contrat. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, droit que vous pouvez exercer en vous adressant à OCIRP VIE-HELIUM, 4 rue Léon Patoux, BP 203, 51686 Reims Cedex 2.