

### Identification de l'entreprise à remplir obligatoirement

Nom de l'entreprise adhérente : .....

### Identification du salarié à remplir obligatoirement

Nom : ..... Adresse : .....

Prénom : .....

Nom patronymique : ..... Code postal : .....

Date de naissance : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Ville : .....

N° PERSE ou matricule : ..... Mail personnel : .....

### Rente de conjoint

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Choix de l'assiette de la cotisation et de la prestation	Cotisation sur salaire annuel brut soumis à charges sociales <sup>(1)</sup>	Cotisation sur		<b>8 PASS</b>
	.....€			
Cotisation en %	0,19 %	0,38 %	0,57 %	0,76 %
Taux de la rente viagère annuelle	5 %	10 %	15 %	20 %

### Capital décès

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Choix de l'assiette de la cotisation et de la prestation	Cotisation sur salaire annuel brut soumis à charges sociales <sup>(1)</sup>	Cotisation sur		<b>8 PASS</b>
	.....€			
Cotisation en %	0,18 %	0,27 %	0,36 %	0,45 %
Taux du capital	100 %	150 %	200 %	250 %

J'ai noté que le bénéficiaire de la rente sera mon conjoint ou mon partenaire lié par un PACS ou à défaut mon concubin tel que défini à l'article 2 des conditions générales. J'ai pris connaissance de la possibilité qui m'est offerte de désigner nominativement un bénéficiaire du capital décès autre que celui prévu par le contrat et que je dois, en cas échéant, **remplir un imprimé de désignation de bénéficiaire et l'adresser à l'IPBP - 22, rue du Château - 92200 Neuilly-sur-Seine.**<sup>(2)</sup>

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

Fait à .....

Le [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Signature du participant

Cadre réservé à l'OCIRP

Cachet

Le [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

### Important

- Les présentes garanties sont assurées par l'OCIRP qui est seul responsable de la bonne fin des prestations.
- Le contrat est géré par l'IPBP.
- La garantie prend effet le premier jour du mois suivant la date du premier prélèvement de la cotisation par l'employeur.
- Retourner le bulletin d'adhésion avec le questionnaire de santé OCIRP et, le cas échéant, le questionnaire médical sous pli confidentiel à :  
**OCIRP - Médecin-conseil**  
**17 rue de Marignan - CS 50 003**  
**75008 Paris**

Cadre réservé aux RH  
Cachet attestant le salaire

1. Vous avez choisi une cotisation sur salaire : **rapprochez vous obligatoirement de votre service de ressources humaines. Il indiquera le salaire à prendre en compte pour le calcul de votre cotisation limité à 8 PASS**

2. Le contrat prévoit que le bénéficiaire du capital décès est, dans l'ordre, le conjoint survivant non séparé de corps, les enfants légitimes, reconnus ou adoptés, les ascendants ou les autres ayants droit.

Vos données personnelles font l'objet d'un traitement automatisé tenu par les services habilités de l'OCIRP et de son partenaire IPBP pour la gestion de votre contrat. Ces données peuvent également être consultées par les autorités publiques chargées de vérifier la conformité de ces traitements. Vos données sont conservées pendant toute la durée d'exécution de votre contrat et pour une durée légale de 10 ans.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation du traitement, d'opposition, de portabilité, d'effacement et de retrait au consentement sur vos données personnelles. Pour exercer ces droits, vous pouvez vous adresser à M. le Délégué à la protection de données - IPBP - 22, rue du Château - 92200 Neuilly-sur-Seine. Vous pouvez également saisir la Commission nationale informatique et libertés (CNIL).

**PRÉCISIONS COMPLÉMENTAIRES**

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

Vos données personnelles font l'objet d'un traitement automatisé tenu par l'OCIRP. Elles sont indispensables à la gestion de votre contrat comportant une acceptation médicale. Vos réponses sont traitées conformément au secret médical et sont conservées durant toute la durée d'exécution de votre contrat et pour une durée légale de 10 ans. Ces données sont destinées aux services médicaux de l'OCIRP spécialement habilité à gérer votre contrat.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation du traitement, d'opposition, de portabilité, d'effacement et de retrait de consentement sur vos données personnelles, droits que vous pouvez exercer auprès du médecin-conseil de l'OCIRP l'adresse indiquée ci-dessus ou par mail à [DPOcirp@ocirp.fr](mailto:DPOcirp@ocirp.fr). À défaut de réponse, vous pouvez contacter la Commission nationale informatique et libertés (CNIL) au 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 ou <https://www.cnil.fr>.

**CADRE RÉSERVÉ À L'OCIRP****LE SALARIÉ**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

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

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

**ENTREPRISE ET GESTIONNAIRE**

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

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

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

Cachet

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

**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, MERCI DE RÉPONdre AU QUESTIONNAIRE MÉDICAL EN PAGES INTÉRIEURES.**

**ATTESTATION DE SINCÉRITÉ**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, certifie que les présentes réponses sont exactes, sincères et complètes et déclare n'avoir omis aucune information qui risquerait de fausser la décision de l'OCIRP concernant la garantie demandée.

J'accepte le traitement de mes données de santé par le Médecin-conseil de l'OCIRP.

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**

	OUI	NON
1. Indiquez votre taille : _____ cm, et votre poids : _____ kg.		
2. Consommez-vous des boissons alcoolisées ? Si <b>OUI</b> , Quantité moyenne par jour : _____ verres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fumez-vous ? Si <b>OUI</b> , 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 <b>OUI</b> , Motif(s) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <b>Au cours des 10 dernières années</b> , 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 <b>OUI</b> , 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 <b>OUI</b> , Depuis le : _____ Motif(s) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une maladie ( <b>préciser la nature de l'affection</b> ) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• de l'appareil cardio-vasculaire (cœur, artères, veines) ? Si <b>OUI</b>, Nature de l'affection : _____ Traitement : _____ Depuis le : _____</li> <li>• de l'appareil digestif (œsophage, estomac, duodénum, pancréas, colon, rectum, vésicule biliaire, foie) ? Si <b>OUI</b>, Nature de l'affection : _____ Traitement : _____ Depuis le : _____</li> <li>• de l'appareil respiratoire (poumons, bronches) ? Si <b>OUI</b>, Nature de l'affection : _____ Traitement : _____ Depuis le : _____</li> <li>• de maladie(s) endocrinienne(s) (thyroïde, surrénales, hypophyse) ? Si <b>OUI</b>, Nature de l'affection : _____ Traitement : _____ Depuis le : _____</li> <li>• de maladie(s) métabolique(s) (diabète, hypercholestérolémie) ? Si <b>OUI</b>, Nature de l'affection : _____ Traitement : _____ Depuis le : _____</li> <li>• 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 <b>OUI</b>, Nature de l'affection : _____ Traitement : _____ Depuis le : _____</li> <li>• de maladie(s) de l'appareil génito-urinaire (sein, ovaire, utérus, prostate, testicule, vessie, rein) ? Si <b>OUI</b>, Nature de l'affection : _____ Traitement : _____ Depuis le : _____</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON
• de maladie(s) des os, de la colonne vertébrale ? Si <b>OUI</b> , Nature de l'affection : _____ Traitement : _____ Depuis le : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• des articulations ? Si <b>OUI</b> , Nature de l'affection : _____ Traitement : _____ Depuis le : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• de la moelle, du sang, des ganglions ? Si <b>OUI</b> , Nature de l'affection : _____ Traitement : _____ Depuis le : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• des yeux, des oreilles, de la gorge, du nez ( <b>à l'exclusion des maladies saisonnières</b> ) ? Si <b>OUI</b> , Nature de l'affection : _____ Traitement : _____ Depuis le : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• entraînant une déficience de votre immunité ? Si <b>OUI</b> , Nature de l'affection : _____ Traitement : _____ Depuis le : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ou de toute autre maladie non citée ci-dessus ? Si <b>OUI</b> , 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 <b>OUI</b> , 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 <b>OUI</b> , 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 <b>OUI</b> , 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 <b>OUI</b> , 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 <b>OUI</b> , 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 <b>OUI</b> , Quand : _____ Motif(s) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Avez-vous déjà subi un test de dépistage de dépistage du Sida, 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 soussigné(e) \_\_\_\_\_, certifie que les présentes réponses sont exactes, sincères et complètes et déclare n'avoir omis aucune information qui risquerait de fausser la décision de l'OCIRP concernant la garantie demandée.

J'accepte le traitement de mes données de santé par le Médecin-conseil de l'OCIRP.

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 »)