

N° Adhérent : M. Mme. Mlle.
 NOM et PRENOM :
 Adresse :
 Date de naissance : Activité professionnelle détaillée :
 Ancienneté dans la profession : Employeur :

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

		Non	Oui	
	Etes-vous en contact avec :			
1	Des produits inflammables ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquels :.....
2	Des produits radioactifs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquels :.....
	a			de quelle manière (expérience avec isotopes radioactifs, fabrication de substances radioactives, travaux nécessitant l'utilisation de radiations ionisantes,...) ?
	b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà dépassé la dose de tolérance ?
	c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà subi un traitement médical à la suite d'irradiations nocives ou d'autres lésions dues à vos travaux avec des substances radioactives ? Date, durées :.....
3	Des explosifs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquels :.....
4	Des bactéries, des virus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquels :.....
5	Des acides ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquels :.....
6	Des produits alcalins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquels :.....
7	Des solvants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquels :.....

Questionnaire Produits dangereux

Nom : Prénom : N° Adhérent :

		Non	Oui		
8	De l'amiante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui,	Date : de.....à.....
					Nom de l'employeur à cette époque :.....
				
					Décrivez votre emploi de l'époque :.....
				
				
9	D'autres produits ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquels :
				
				
10	Avez-vous été contraint d'interrompre votre activité professionnelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, date : de.....à.....
					Motifs :.....
				
				
11	Accidents survenus dans l'exercice de votre activité :				
	1.	Dates et circonstances :		
	2.	Nature et localisation des lésions :		
	3.	Hospitalisation(s) éventuelle(s) avec ou sans intervention(s) chirurgicale(s) :		
	4.	Traitement(s) suivi(s) et durée :		
	5.	Séquelles :		

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 des Assurances (Art. L113-8 : nullité du contrat et Art. L113-9 : réduction des indemnités).

J'autorise votre société à communiquer ces informations à ses mandataires, réassureurs et organismes professionnels habilités ; je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès de la Direction de la Communication de votre Société (Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés). Il reste bien entendu que si, par la suite, vous pratiquez les activités précitées dans d'autres conditions que celles précisées ci-dessus, la garantie ne sera accordée que si vous avez reçu de votre assureur les nouvelles conditions de couverture.

A

le

Signature de la personne à assurer
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

X

APRIL ASSURANCES UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social,
Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
Fax 04 78 53 65 18 - Internet www.april.fr

