

N° Adhérent : M. Mme. Mlle.
 NOM et PRENOM :
 Adresse :
 Date de naissance : Profession :
 Employeur :

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

EMPLOYEUR

Raison sociale :
 Adresse :

ACTIVITÉS DE L'ENTREPRISE :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> mine d'uranium | <input type="checkbox"/> centre universitaire |
| <input type="checkbox"/> usine de séparations isotopiques | <input type="checkbox"/> centre hospitalier |
| <input type="checkbox"/> centrale nucléaire | <input type="checkbox"/> réacteur expérimental |
| <input type="checkbox"/> usine de chimie ou métallurgie traitant ou stockant les produits sortant des réacteurs | <input type="checkbox"/> autres : lesquelles ? |
| <input type="checkbox"/> entreprise utilisant des isotopes radioactifs | |
| | |

ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

Formation reçue :

Travail avec substances radioactives depuis quand ?

Fréquence et durée des travaux :

Fonction dans l'entreprise :

Lieu de travail :

- centrale nucléaire
- autre installation :
 zone contrôlée zone non contrôlée
- laboratoire :
 type A / chimie type B / radio-isotopes type C / haute toxicité

Type de radio-isotopes utilisés :

- catégorie 1 / radiotoxicité relative très élevée
- catégorie 2 / radiotoxicité relative élevée
- catégorie 3 / radiotoxicité relative modérée
- catégorie 4 / radiotoxicité relative faible

Questionnaire Radiations ionisantes

Nom : Prénom : N° Adhérent :

PATRIMOINE D'ACCEPTABILITE DE DOSE

Joindre une fiche de votre irradiation annuelle

.....

IRRADIATION

Avez-vous subi une irradiation concertée ? OUI NON

Avez-vous subi une irradiation accidentelle ? OUI NON

Joindre une copie de votre fiche d'irradiation de l'année correspondante.

Quand ?

.....

.....

INAPTITUDE

Vous êtes-vous déjà trouvé en état d'inaptitude ? OUI NON

Quand ?

complète

provisoire différée

incomplète

.....

.....

.....

Diagnostic posé :

Traitement suivi :

Durée de l'inaptitude :

Date de reprise des activités :

Suite et conséquences :

Joindre les deux derniers bilans sanguins de contrôle

RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS

Autres renseignements et détails dont la Compagnie doit avoir la connaissance pour fixer les conditions de couverture du risque « Radiations ionisantes ».

.....

.....

.....

.....

IMPORTANT : Il reste bien entendu que si, par la suite, vous n'exercez plus votre activité dans les mêmes conditions que celles précisées ci-dessus, la garantie ne sera accordée que si vous avez reçu de votre assureur les nouvelles conditions de couverture.

Je certifie avoir répondu consciencieusement au questionnaire susmentionné qui est destiné à faire partie intégrante de ma proposition d'assurance.

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

S.A. au capital de 500 000 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 (www.orias.fr)
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.


april
ASSURANCES