

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](http://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](http://www.orias.fr))  
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

