

# QUESTIONNAIRE

## Nucléaire

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <b>NOM</b> et <b>PRENOM</b> : .....
Adresse : .....
Date et lieu de naissance : .....
Profession : .....

	Oui	Non	COMMENTAIRES
1			
Travaillez-vous:			
• En zone non contrôlée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• En zone contrôlée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous été exposé(e) à des radiations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, estimation (en MsV) :
<b>Accidents survenus lors de votre activité professionnelle :</b>			
2			Dates et circonstances : .....
			Nature et localisation des lésions : .....
			Hospitalisation(s) éventuelle(s) avec ou sans intervention(s) chirurgicale(s) : .....
			Traitement(s) suivi(s) et durée : .....
			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 »)