

QUESTIONNAIRE

Produits dangereux

M. Mme **NOM** et **PRENOM** :

Adresse :

Date et lieu de naissance : Profession :

Employeur : Activité de l'entreprise :

		OUI	NON	
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 ? Décrivez votre activité :
	.1 Avez-vous déjà dépassé la dose de tolérance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, combien de fois ? dates ? durée ?
	.2 Avez-vous déjà subi un traitement médical à la suite d'irradiations nocives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, date : durée :
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 ?

		OUI	NON	
7	Des solvants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquels ?
			
			
8	De l'amiante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, dates : 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 : deà
				motifs :
			
			
			
11	Accidents survenus dans l'exercice de votre activité :			
	.a Dates et circonstances :			
			
	.b Nature et localisation des lésions :			
			
	.c Hospitalisation éventuelle :			
			
	.d Traitement suivi et durée :			
			
	.e 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 20.....

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