

**CHIMIE**

<b>NOM :</b>	<b>Prénom :</b>
<b>Date de naissance :</b>	
<b>Profession :</b>	
<b>Description précise des activités :</b>	
<b>Lieu de travail :</b>	
<b>EMPLOYEUR</b>	
<b>Nom et adresse</b> de la société qui vous emploie :	
<b>Activité de l'entreprise</b>	
<b>ACTIVITES PROFESSIONNELLES</b>	
<b>Etes-vous en contact avec</b> (cochez les cases correspondantes et précisez les noms des produits) ?	
<input type="checkbox"/> Produits inflammables Lesquels ?	<input type="checkbox"/> Produits toxiques Lesquels ?
<input type="checkbox"/> Produits corrosifs Lesquels ?	<input type="checkbox"/> Produits explosifs Lesquels ?
<input type="checkbox"/> Autres Lesquels ?	
<b>A REMPLIR DANS TOUS LES CAS</b>	
Dans le cadre de votre activité, avez-vous été victime d'accident(s) ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Dans quelles conditions et quand ?	
Nature et durée des traitements éventuellement suivis :	
Séquelles éventuelles ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Lesquelles ? (Nature, degré)	
Votre activité fait-elle l'objet d'un suivi ou d'un contrôle médical annuel ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Date du dernier contrôle :	Résultat :
<b>RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES</b>	

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

Fait le

Signature