

BIOLOGIE

NOM :	Prénom :
Date de naissance :	Profession :
EMPLOYEUR	
Nom et adresse de la société qui vous emploie :	
Activité de l'employeur :	
ACTIVITES PROFESSIONNELLES	
Etes-vous en contact avec (cochez les cases correspondantes et précisez les noms des agents biologiques) ?	
<input type="checkbox"/> Bactéries groupe <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Lesquelles ?	
<input type="checkbox"/> Virus groupe <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Lesquels ?	
<input type="checkbox"/> Parasites groupe <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Lesquels ?	
<input type="checkbox"/> Champignons groupe <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 lesquels ?	
A REMPLIR DANS TOUS LES CAS	
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 :
RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES	

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

Fait le

Signature