

N° Adhérent : ☐ M. ☐ Mme. ☐ Mlle.
 NOM et PRENOM :
 Adresse :
 Date de naissance : Activité professionnelle détaillée :
 Ancienneté dans la profession : Employeur :

Toutes les questions sont à compléter par oui ou par non et à préciser en cas de réponse positive.

			Non	Oui	
	Etes-vous en contact avec :				
1	Des produits inflammables ?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui, lesquels :
				
				
2	Des produits radioactifs ?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui, lesquels :
	a	de quelle manière (expérience avec isotopes radioactifs, fabrication de substances radioactives, travaux nécessitant l'utilisation de radiations ionisantes,...) ?		
	b	Avez-vous déjà dépassé la dose de tolérance ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui, quand ? Combien de fois ? Combien de temps ?
	c	Avez-vous déjà subi un traitement médical à la suite d'irradiations nocives ou d'autres lésions dues à vos travaux avec des substances radioactives ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Date(s), durée(s) :
3	Des explosifs ?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui, lesquels :
				
				
4	Des bactéries, des virus ?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui, lesquels :
				
				
5	Des acides ?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui, lesquels :
				
				
6	Des produits alcalins ?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui, lesquels :
				
				
7	Des solvants ?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui, lesquels :
				
				

PRODUITS DANGEREUX - N° 15042

2/2

Nom : Prénom : N° Adhérent :

		Non	Oui	
8	De l'amiante ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui, Date : de.....à.....
				Nom de l'employeur à cette époque :
			
				Décrivez votre emploi de l'époque :
			
			
			
9	D'autres produits que ceux précités ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui, lesquels :
			
			
10	Avez-vous été contraint d'interrompre votre activité professionnelle ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui, date : de..... à.....
				Motifs :
			
			
			
11	Accidents survenus dans l'exercice de votre activité :			
	1.	Dates et circonstances :	
	2.	Nature et localisation des lésions :	
	3.	Hospitalisation(s) éventuelle(s) avec ou sans intervention(s) chirurgicale(s) :	
	4.	Traitement(s) suivi(s) et durées :	
	5.	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.

La signature de la personne à assurer
précédée de la mention "lu et approuvé"

X

Fait à le

april | santé prévoyance

Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
Fax 0478536518 - 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.orient.fr)
Autorité de Contrôle Prudentiel - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.



L'assurance n'est plus ce qu'elle était.