

Q18 Produits dangereux

N° de Police :

À remplir à l'encre noire.

M. Mme Mlle

Nom et Prénom : Nom de jeune fille :

Adresse :

Date de naissance : / / Profession :

Employeur : Activité de l'entreprise :

Etes-vous en contact avec :

NON OUI

1 Des produits inflammables ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si oui, lesquels ? <input type="text"/>
2 Des produits radioactifs ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si oui, lesquels ? <input type="text"/> Décrivez votre activité : <input type="text"/>
Avez-vous déjà dépassé la dose de tolérance ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si oui, combien de fois ? <input type="text"/> Dates ? <input type="text"/> Durée ? <input type="text"/>
Avez-vous déjà subi un traitement médical à la suite d'irradiations nocives ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si oui, date : <input type="text"/> Durée : <input type="text"/>
3 Des explosifs ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si oui, lesquels ? <input type="text"/>
4 Des bactéries, des virus ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si oui, lesquels ? <input type="text"/>
5 Des acides ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si oui, lesquels ? <input type="text"/>
6 Des produits alcalins ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si oui, lesquels ? <input type="text"/>
7 Des solvants ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si oui, lesquels ? <input type="text"/>
8 De l'amiante ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si oui, Dates : de <input type="text"/> à <input type="text"/> Nom de l'employeur à cette époque : <input type="text"/> Décrivez votre emploi de l'époque : <input type="text"/>

NOM et Prénom :

NON OUI

9	D'autres produits ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si oui, lesquels ? <input type="text"/>
10	Avez-vous été contraint d'interrompre votre activité professionnelle ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si oui, Dates : de <input type="text"/> à <input type="text"/> Motifs : <input type="text"/>

Accidents survenus dans l'exercice de votre métier :

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 :

IMPORTANT :

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.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance (art. L.113/8 du Code des Assurances)

Veillez adresser directement ce questionnaire à l'attention du Médecin-Conseil à dip@metlife.fr en précisant en objet de l'email le mot-clé «Médical»

Fait à : Le : / /

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