

Q5 Radiations ionisantes

À remplir à l'encre noire.

NOM et Prénom :

Date de naissance :

N° de police :

Employeur

Raison sociale :

Adresse :

Activités de l'entreprise :

Mine d'uranium

Usine de séparations isotopiques

Centrale nucléaire

Usine de chimie ou métallurgie traitant ou stockant les produits sortant des réacteurs

Centre universitaire

Centre hospitalier

Réacteur expérimental

Entreprise utilisant des isotopes radioactifs

Autres : lesquelles ?

Activités professionnelles

Formation reçue :

Travail avec substances radioactives depuis quand ?

Fréquence et durée des travaux

Fonction dans l'entreprise

Lieu de travail :

Centrale nucléaire

Autre installation : Zone contrôlée Zone non-contrôlée

Laboratoire : Type A / Chimie Type B / Radio-isotopes Type C / Haute toxicité

Type de radio-isotopes utilisés :

Catégorie 1 / Radiotoxicité relative très élevée

Catégorie 2 / Radiotoxicité relative élevée

Catégorie 3 / Radiotoxicité relative modérée

Catégorie 4 / Radiotoxicité relative faible

Patrimoine d'acceptabilité de dose

Joindre une copie de votre fiche d'irradiation annuelle

mSv

Irradiation

Avez-vous subi une irradiation concertée ?

Oui Non

Avez-vous subi une irradiation accidentelle ?

Oui Non

Joindre une copie de votre fiche d'irradiation de l'année correspondante.

NOM et Prénom :

Irradiation

Vous êtes-vous déjà trouvé en état d'inaptitude ? Oui Non Quand ? / /

- Complète
- Provisoire différé
- Incomplète

Diagnostic posé

Traitement suivi

Durée de l'inaptitude

Date de reprise des activités

Suites et conséquences

Joindre les deux derniers bilans sanguins de contrôle.

Renseignements additionnels

Autres renseignements et détails dont la Compagnie doit avoir connaissance pour fixer les conditions de couverture des risques «Radiations Ionisantes» :

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

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