

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

NOM et Prénom :

NON OUI

9	D'autres produits ?	Si oui, lesquels ?
10	Avez-vous été contraint d'interrompre votre activité professionnelle ?	Si oui, Dates : de _____ à _____ Motifs :

**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).

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)  
Veuillez adresser directement ce questionnaire à [dip@metlife.fr](mailto:dip@metlife.fr) en précisant en objet de l'email le mot-clé « Médical » ou sous pli confidentiel à :  
MetLife – Service Acceptation – TSA 36835 – 95939 ROISSY CH DE GAULLE CEDEX.**

Fait à :

Le : / /

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