

# 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

Autres : lesquelles ?

Centre universitaire

Centre hospitalier

Réacteur expérimental

Entreprise utilisant des isotopes radioactifs

### 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 :

## Inaptitude

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 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