

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 :

Irradiation

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

Complète
Provisoire différé
Incomplète

Diagnostic posé

Traitement suivi

Durée de l'incapacité

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)
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»

Informatiques et libertés : Les informations recueillies sur ce document sont nécessaires à l'étude et au traitement de votre demande qui se fera dans le strict respect du secret médical. Par votre signature, vous consentez expressément au traitement de vos données médicales par MetLife, ses mandataires et réassureurs. Vous pouvez, conformément à la Loi informatique et Libertés du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, y accéder, les faire rectifier ou vous opposer à leur traitement pour des motifs légitimes, en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à MetLife - TSA 36835 - 95939 ROISSY CH DE GAULLE CEDEX, à l'attention du « Médecin Conseil » en précisant vos nom, prénom et si possible votre référence client. La durée de conservation de vos données personnelles dépend de la nature du contrat d'assurance souscrit et du délai de prescription applicable. En l'absence de souscription au contrat d'assurance, la durée de conservation de vos données personnelles ne peut excéder 3 ans.

Fait à :

Le : / /

Signature de la personne à assurer