Une image contenant texte, Police, conception, logo

Description générée automatiquement

**QUESTIONNAIRE D’APPRECIATION**

**DES RISQUES**

**RESPONSABILITE CIVILE DETENTEUR ET/OU UTILISATEURS DE SOURCES DE RAYONNEMENTS IONISANTS A DES FINS MEDICALES**

**1/ IDENTIFICATION :**

Souscripteur :

Adresse :

Classement de l’établissement :

Personnes Compétentes en Radioprotection de l’établissement :

Nombre de PCR agents de l’établissement :

Nombre de PCR, non agents de l’établissement :

Nom du ou des PCR concernés :

**2/ NATURE DES RISQUES À COUVRIR :**

🡺 Merci de joindre la photocopies complètes des Autorisations de l’Autorité de Sureté Nucléaire en cours de validité.

Nombre d’autorisations dont la photocopie est Jointe :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Références des Autorisations | Date de délivrance | Date d’expiration |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

🡺 Merci de joindre la Photocopie des Déclarations faites de l’ASN pour les sources soumises à simple déclaration.

Nombre d’autorisations dont la photocopie est Jointe : 1.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Références des Déclarations | Date de délivrance | Date d’expiration |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

🡺 Merci de joindre la Photocopie de l’arrêté préfectoral si l’établissement est classé ICPE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Références des Autorisations | Date de délivrance | Date d’expiration |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**3/ INSPECTION ASN :**

\* Les sources et/ou appareils pour lesquels l'assurance est demandée, ont-ils fait l’objet au cours des 2 dernières années, d’une visite ou d'une demande d'information particulière de l’ASN, ou du préfet ?

OUI  NON 

*Si OUI, laquelle ? (Joindre copies des lettres de suivi d'inspection et de la réponse de l'Assuré.*

\* Existe-t-il dans l'établissement d'autres sources de rayonnements ionisants utilisées ou non par les assurés pour lesquelles l'assurance n'est pas demandée (exemples : sources détenues par un tiers ou faisant l'objet d'autres autorisations …)

OUI  NON 

\* Utilisées à des fins médicales ?

OUI  NON 

\* Dans l'affirmative, préciser le nombre, la nature, le titulaire et l'usage de ces sources :

.................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................

\* Utilisées à des fins autres que médicales ?

OUI  NON 

\* Dans l'affirmative, préciser le nombre, la nature, le titulaire et l'usage de ces sources :

**4/ MAINTENANCE**

\* Nom de l’organisme en charge de la maintenance des sources/appareils :

Les sources/appareils ont-ils fait l’objet au cours des 2 dernières années d’une information particulière de l’ARH, de l’ASN, ou de l’AFSSAPS ?

OUI  NON 

*Si OUI, laquelle ?*

Nom de l’organisme en charge du contrôle des appareils :

Contrôle Qualité Interne :

Fréquence des visites :

Date des visites de maintenance (par appareil) au cours des 2 dernières années :

**5/ TRANSFERTS OU LIMITATIONS DE RESPONSABILITÉ CIVILE**

Existe-t-il un accord quelconque de transfert ou de limitation de responsabilité civile ou de renonciation à recours ?

OUI  NON 

Dans l'affirmative, indiquer les personnes ou sociétés vis à vis desquelles le Souscripteur a renoncé à exercer ses droits à recours (fabricant, société de maintenance, médecins non concernés par la présente demande, autres …) :

\*\*\*\*\*