Assurance   
responsabilité détenteur - utilisateur de rayonnements ionisants

**Formulaire de déclaration du risque**

|  |
| --- |
| **AVERTISSEMENT**  Le présent questionnaire ne constitue pas un engagement à souscrire un contrat d'assurance et reste strictement confidentiel.  Le soussigné déclare :   * que les réponses ci-après sont à sa connaissance exactes, * avoir été informé qu'elles constituent les éléments d'appréciation du risque nécessaires à la fixation des primes et dont l'inexactitude serait susceptible de modifier les engagements de l'assureur (cf. articles du Code des assurances ci-dessous).   Le soussigné ne peut être engagé au-delà des réponses apportées à ce questionnaire.  Les assureurs peuvent demander tous renseignements complémentaires et, dès lors, reconnaissent avoir une connaissance suffisante du risque à garantir.  Article L. 113-8 du Code des assurances  *Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article*[*L. 132-26*](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073984&idArticle=LEGIARTI000006793179&dateTexte=&categorieLien=cid)*, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.*  *Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.*  Article L113-9 du Code des assurances  *L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.*  *Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.*  *Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.* |

Nom et adresse du souscripteur :

|  |
| --- |
| GH DE LA HAUTE SAONE |

Le contrat doit-il être souscrit pour des organismes satellites du souscripteur ?

OUI / NON

Si OUI, lesquels ?

|  |
| --- |
|  |

# Informations générales

Nombre de PCR (Personnes Compétentes en Radioprotection) préposés du souscripteur :

1 non nommé

Nombre de PCR non préposés du souscripteur :

1

Nom du ou des PCR concernés et de leur employeur :

|  |
| --- |
| BERTHIER Arthur (ALARA expertise) |

# Nature des risques à couvrir

Le contrat doit-il couvrir la responsabilité du proposant en qualité de :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Propriétaire - détenteur  non utilisateur | Propriétaire - détenteur utilisateur | Utilisateur non propriétaire ou détenteur |
| OUI / NON | OUI | OUI / NON |

Nombre de préposés exposés aux rayonnements ionisants :

185

# Maintenance et contrôle

## Maintenance

Indiquer ci-après le nom de l’organisme en charge de la maintenance des sources/appareils ainsi que la fréquence des visites.

|  |
| --- |
|  |

Indiquer ci-après les dates de visite de maintenance (par sources / appareil) au cours des deux dernières années.

|  |
| --- |
|  |

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

OUI

Si OUI, préciser laquelle ci-après.

|  |
| --- |
| Mobile de radiologie – RX -FDR Nano – Fujifilm Medical Systems France |

## Contrôle

Indiquer ci-après le nom de l’organisme en charge du contrôle des appareils ainsi que la fréquence des visites.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Appareil** | **Périodicité Contrôle Qualité Interne** | **Périodicité Contrôle Qualité Externe** | | **Mammographie** | Journalier, hebdomadaire et mensuel par les manipulateurs | Semestriel par SOCOTEC | | **Table de radiologie** | Annuel par SOCOTEC | | | **Amplificateurs** | Trimestriel/annuel par ALARA | Annuel par SOCOTEC | | **Scanner** | Quadrimestriel par GE | Annuel par SOCOTEC | | **Dentaire** | Trimestriel par ALARA | Annuel par SOCOTEC | |

Indiquer ci-après les dates de visite de contrôle par appareil au cours des deux dernières années.

|  |
| --- |
| Contrôles Qualité Externe réalisé par SOCOTEC (2023, 2024, 2025 pour ceux réalisés) : |

# informations complémentaires

## sources pour lesquelles l’assurance n’est pas demandée

Existe-t-il d'autres sources de rayonnements ionisants utilisées ou non par le souscripteur pour lesquelles l'assurance n'est pas demandée (exemples : sources détenues par un tiers ou faisant l'objet d'autres autorisations utilisées à des fins médicales ?

OUI / NON

Si OUI, préciser ci-après le nombre, la nature, le titulaire et l'usage de ces sources.

|  |
| --- |
|  |

Existe-t-il d'autres sources de rayonnements ionisants utilisées ou non par le souscripteur pour lesquelles l'assurance n'est pas demandée (exemples : sources détenues par un tiers ou faisant l'objet d'autres autorisations utilisées à des fins non médicales ?

OUI / NON

Si OUI, préciser ci-après le nombre, la nature, le titulaire et l'usage de ces sources.

|  |
| --- |
|  |

## Accélérateur de particules

Le souscripteur détient-il un ou des accélérateur(s) de particules ?

NON

Si OUI, compléter le tableau ci-après.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Marque, type | Energie maximum | Usage |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

## Générateur de neutrons

Le souscripteur détient-il un ou des générateur(s) de neutrons ?

OUI / NON

Si OUI, compléter le tableau ci-après.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Flux maximum | Mode | Usage |
|  | Continu / pulsé |  |
|  | Continu / pulsé |  |
|  | Continu / pulsé |  |

## Renonciation à recours

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

OUI / NON

Si OUI, préciser ci-après les personnes ou sociétés vis-à-vis desquelles le souscripteur a renoncé à exercer ses droits à recours (fabricant, société de maintenance, médecins, autres, etc.)

|  |
| --- |
|  |

## déplacement / Transport de sources

Est-il procédé à des déplacements de sources dans l’enceinte des sites appartenant au souscripteur ou utilisés par lui ?

OUI / NON

Si OUI, en donner le détail ci-après.

|  |
| --- |
|  |

Est-il procédé à des transports de sources hors de l’enceinte des sites appartenant au souscripteur ou utilisés par lui ?

OUI / NON

Si OUI, en donner le détail ci-après.

|  |
| --- |
|  |

# Pièces à joindre

## Pièces à joindre obligatoirement

### Photocopies complètes des autorisations de l’Autorité de Sûreté Nucléaire en cours de validité

Nombre d’autorisations dont la photocopie est jointe :

1 autorisation

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Références des autorisations | Date de délivrance | Date d’expiration | Nombre de médecins utilisateurs déclarés à l’ASN le cas échéant | |
| Salariés | Libéraux |
| **M700001** | 21/10/2020 | 30/09/2025 |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

### Photocopies des déclarations faites à l’ASN ou au préfet pour les sources soumises à simple déclaration

Nombre de déclarations dont la photocopie est jointe :

3 déclarations

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Références des déclarations | Date de délivrance | Date d’expiration le cas échéant | Nombre de médecins utilisateurs déclarés à l’ASN le cas échéant | |
| Salariés | Libéraux |
| DNPRX-DJN-2024-4008 | 31/05/2024 |  |  |  |
| DNPRX-DJN-2023-6760 | 26/09/2023 |  |  |  |
| DNPRX-DJN-2024-8116 | 19/11/2024 |  |  |  |

### Photocopies des arrêtés préfectoraux si le souscripteur est classé ICPE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Références des arrêtés préfectoraux | Date de délivrance | Date d’expiration le cas échéant |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

## Pièces à joindre éventuellement

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

OUI / NON

Si OUI, préciser laquelle ci-après et **joindre la copie des lettres de suivi d’inspection et de la réponse du souscripteur.**

|  |
| --- |
|  |