

G.C.S. U.T.I.L. (non concerné)

**QUESTIONNAIRE D'APPRECIATION
DES RISQUES**

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

1/ IDENTIFICATION :

Souscripteur : G.C.S UTIL
Adresse : 1 rue de la Briqueterie 80800 VIERS-BRETONNEUX
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

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 ...):

→ Merci de joindre la Photocopie de l'arrêté préfectoral si l'établissement est classé ICPE

Références des Autorisations	Date de délivrance	Date d'expiration

NON CONCERNE

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 :