

■ Proposition d'assurance

Responsabilité Civile Professions Médicales et Paramédicales

Producteur/compte n° : _____ Réf. Producteur : _____

Dénomination : _____

Localité : _____ Tél. : _____

 Il s'agit : d'une nouvelle affaire d'un renouvellement de contrat n° _____

 d'un avenant au contrat n° _____

Destinée au site de gestion de : _____

■ Preneur d'assurance

Nom, prénom ou raison sociale : _____

Si personne physique :

 M. Mme Mlle Date de naissance : _____

Rue, n° _____

Etat civil : _____ Nationalité : _____

_____ Bte : _____

Pour les médecins uniquement :

Code postal : _____ Localité : _____

N° de code INAMI : _____

Tél. : _____ N° C.C.P. ou Banque : _____

Date d'inscription au tableau de l'Ordre des Médecins : ___ / ___ / ___

■ Informations générales relatives au contrat

 Contrat : durée 1 an 3 ans

Date de prise d'effet : _____ à _____ h.

 Fractionnement de la prime : annuel semestriel (+ 3 %) trimestriel (+ 5 %)

Si fractionnement annuel : échéance anniversaire de la prime : 01/_____

■ Personne(s) à assurer

Identité

A remplir, si la personne à assurer n'est pas celle qui est mentionnée dans la rubrique "preneur d'assurance". Dans la mesure où il y a plusieurs personnes à assurer, il convient de remplir une proposition par personne.

 M. Mme Mlle

Nom, prénom : _____ Date de naissance : _____ Etat civil : _____

Rue, n° _____ Bte : _____ Nationalité : _____

Code postal : _____ Localité : _____ Pour les médecins uniquement :

Tél. : _____ N° C.C.P. ou Banque : _____ N° de code INAMI : _____

Date d'inscription au tableau de l'Ordre des Médecins : ___ / ___ / ___

Diplômes

Veuillez mentionner l'ensemble des diplômes obtenus, liés à votre activité médicale ou paramédicale.

Nature du diplôme, université, pays	Date d'obtention

■ Antécédents

 Avez-vous déjà souscrit une assurance couvrant votre responsabilité professionnelle ? Oui Non

 Si **oui**, auprès de quelle compagnie ? _____

 Cette assurance a-t-elle été résiliée ? Oui Non

 Si **oui**, - à quelle date ? _____

- pour quelle raison ? _____

 Avez-vous dû interrompre vos activités professionnelles ? Oui Non

 Si **oui**,

- combien de temps ? _____

- pour quelle raison ? _____

Avez-vous déjà introduit une déclaration pour un sinistre ?

 Si **oui**, Oui Non

- en quelles circonstances ? _____

- Comment a-t-on traité le dossier ? _____

- auprès de quelle compagnie ? _____

 Votre précédent contrat vous assurait-il pour "les demandes en réparation ou réclamations formulées par écrit à l'encontre du preneur ou de l'assureur pendant la durée du contrat" ? Oui Non

 Si **oui**, voulez-vous souscrire une garantie d'antériorité pour assurer les dommages survenus avant la date du contrat mais qui vous sont inconnus et/ou non encore réclamés ? (clause 266)

■ Informations concernant l'activité professionnelle

Veillez uniquement remplir la partie qui vous concerne et répondre à chacune des questions qui y figurent afin de nous permettre d'estimer précisément le risque. Nous rappelons qu'il est indispensable d'informer la compagnie de toute modification de l'activité professionnelle.

Médecins Généralistes

Pratiquez-vous :

- la médecine allopathique ? Oui Non

Si **oui**, depuis quand ? _____

- des activités non allopathiques telles que :

. l'acupuncture Oui Non

. la chiropraxie Oui Non

. l'homéopathie Oui Non

. la médecine manuelle Oui Non

. l'ostéopathie Oui Non

. la phylothérapie Oui Non

. autre activité non allopathique Oui Non

Si **oui**, précisez : _____

Pratiquez-vous des actes médicaux nécessitant un laser ? Oui Non

Etes-vous amené à faire des accouchements ? Oui Non

Pratiquez-vous des interventions à caractère esthétique ? Oui Non

Si **oui**, lesquelles ? _____

Etes-vous jeune médecin généraliste débutant ? (réduction de prime pendant les 2 premières années, pour contrat de 3 ans uniquement) Oui Non

Si **oui**, date de fin d'études ? _____

Suivez-vous actuellement **une formation de spécialisation** ? Oui Non

(réduction de prime pendant la formation, pour contrat de 3 ans uniquement : clause 269)

Prime minimale de la classe 3.

Si **oui**,

- dans quelle spécialisation ? _____

- quelle est la durée de la formation ? (dates de début/fin) _____

- où ? (lieu, établissement et service) _____

- quel est le nom du maître de stage ? _____

Médecins spécialistes

Quelles activités et/ou spécialités exercez-vous ?

Depuis quand ?

Pratiquez-vous dans votre spécialité des actes codifiés par l'INAMI avec des codes égaux ou supérieurs à N100 ou K75 ? Oui Non

Utilisez-vous des procédures invasives ?

Si **oui**, lesquelles ? _____ Oui Non

Pratiquez-vous la chirurgie ou la laparoscopie opératoire ? Oui Non

Si **oui**, précisez ? _____

Pratiquez-vous des cathétérismes cardiaques ? Oui Non

Pratiquez-vous des interventions à caractère esthétique ? Oui Non

Si **oui**, lesquelles ? _____

Pratiquez-vous exclusivement de la chirurgie plastique ? (clause 277) Oui Non

Pratiquez-vous de la chirurgie plastique et esthétique ? (clause 278) Oui Non

Dentistes

Quelles activités et/ou spécialités exercez-vous ?

Depuis quand ?

Pratiquez-vous - l'implantologie ?

 Oui Non

- l'orthodontie ?

 Oui Non**Professions paramédicales**

Quelles est votre profession ?

Depuis quand l'exercez-vous ?

Quel est votre statut social ? indépendant salarié

Travaillez-vous en milieu hospitalier ?

 Oui Non

Pratiquez-vous des activités telles que :

. l'acupuncture

. la chiropraxie

. le cyriax

. l'ostéopathie

. la thérapie manuelle

. autre activité

Si **oui**, précisez : _____

Etes-vous ambulancier ?

 Oui NonSi **oui**, pratiquez-vous de la médecine urgente ?

Etes-vous opticien ?

 Oui NonSi **oui**, pratiquez-vous l'optométrie ?**Pharmaciens (d'officine - d'hôpital)**

Depuis quand exercez-vous ? _____

Quel est votre statut social ? indépendant salarié

Quelle est l'adresse de votre lieu de travail ?

Vétérinaires

Depuis quand exercez-vous ? _____

Votre activité est-elle limitée :

- au traitement de petits animaux de compagnie ? (clause 272)

- à l'insémination artificielle ? (clausule 273)

- à la fonction d'inspecteur agréé ? (clause 274)

Pratiquez-vous le traitement d'animaux de ferme ou d'élevage ?

 Oui Non

Avez-vous la garde d'animaux ? (clause 280)

 Oui Non

N.B. : Les dommages aux chevaux de compétition dans un but professionnel ne sont pas couverts.

Aides - Assistants - Techniciens - Stagiaires - Personnel de réception et de secrétariat

1. Avez-vous une clientèle privée ?

 Oui Non

2. Avez-vous du personnel ?

 Oui NonSi **oui**, veuillez remplir le tableau ci-dessous.

	Nombre	Qualification
Assistants et aides diplômés		
Aides non diplômés au service du vétérinaire		
Aides en pharmacie ou stagiaires		
Techniciens diplômés		
Personnel de réception et de secrétariat		
Autre personnel		

Voulez-vous assurer votre responsabilité pour les dommages causés par votre personnel ainsi que la responsabilité personnelle de ceux-ci ? (clause 268)

 Oui Non

■ Environnement professionnel

1. Exercez-vous vos activités ou une partie de vos activités dans une **institution hospitalière** ?

Oui Non

Si **oui**, veuillez remplir le tableau ci-dessous.

	Institution 1	Institution 2	Institution 3
Adresse			
Quel est votre statut ?	<input type="checkbox"/> salarié <input type="checkbox"/> indépendant	<input type="checkbox"/> salarié <input type="checkbox"/> indépendant	<input type="checkbox"/> salarié <input type="checkbox"/> indépendant
En quelle qualité ?	<input type="checkbox"/> chef de service à titre honorifique (clause 276) <input type="checkbox"/> chef de service (clause 275) <input type="checkbox"/> maître de stage (clause 275) <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> chef de service à titre honorifique (clause 276) <input type="checkbox"/> chef de service (clause 275) <input type="checkbox"/> maître de stage (clause 275) <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> chef de service à titre honorifique (clause 276) <input type="checkbox"/> chef de service (clause 275) <input type="checkbox"/> maître de stage (clause 275) <input type="checkbox"/> autre

Assumez-vous des gardes ? (clause 279)

Oui Non

Si **oui**,

- au service d'urgence ?

Oui Non

- au service des traitements intensifs ?

Oui Non

- au service mobile d'urgence et de réanimation ?

Oui Non

2. Voulez-vous assurer exclusivement vos activités professionnelles au cabinet privé ?

Oui Non

(activités hors milieu hospitalier : clause 270)

Si **oui**, pourcentage d'activités en cabinet privé (par tranche de 10 %) : _____ % (prime minimale de la classe 1)

■ Garanties

Responsabilité Civile Professionnelle

Responsabilité Civile Exploitation (1)

Protection Juridique PROVIDIS (2)

(assistance en justice pour les dommages matériels aux biens dont le preneur est propriétaire et affectés à l'exercice de la profession ainsi que les dommages immatériels qui en sont les conséquences).

(1) garantie actroyée d'office et gratuitement

(2) cette garantie ne peut pas être souscrite isolément

■ Proposition

Les présentes déclarations servant de base au contrat d'assurance, le candidat preneur d'assurance les certifie sincères et exactes, même si elles ne sont pas écrites de sa main.

Cette proposition n'engage ni le candidat preneur d'assurance, ni la compagnie à conclure le contrat. La signature de la proposition ne fait donc pas courir la couverture. Toutefois, la compagnie s'engage à conclure le contrat sous peine de dommages et intérêts si, dans les trente jours de la réception de la proposition, elle n'a pas envoyé une offre d'assurance au candidat preneur, ou si, au cours de cette période, elle n'a pas refusé de couvrir le risque ou subordonné l'assurance à une demande d'enquête.

Si vous êtes une personne physique, vous pouvez gratuitement exprimer votre refus d'être contacté par marketing direct en cochant cette case .

Les données à caractère personnel communiquées sont traitées par AG Insurance et Providis, responsables du traitement, en vue de la gestion de services d'assurance. Ces données peuvent être communiquées au courtier d'assurance, à des tiers pour autant qu'il y ait un intérêt légitime et, le cas échéant, à Datassur dans le cadre exclusif de l'appréciation des risques et des sinistres y relatifs.

La personne concernée dispose d'un droit de regard et de rectification sur ses données auprès de AG Insurance, Providis et Datassur (Service Fichiers, 29 square de Meeûs, 1000 Bruxelles).



Fait à : _____ le _____

Signature du candidat-preneur d'assurance,

Rue du Pont Neuf 17, B-1000 Bruxelles – Tél. +32(0)2 664 81 11 – Fax : +32(0)2 664 81 50

Sites de gestion : Sud : Boulevard Tirou 185, B- 6000 Charleroi – Tél. +32(0)71 27 62 11 – Fax +32(0)71 27 62 50

Bruxelles, Brabant & Limburg : Rue du Pont Neuf 17, B-1000 Bruxelles – Tél. +32(0)2 664 81 11 – Fax +32(0)2 664 81 50

Noord : Berchemstationstraat 70, B- 2600 Berchem – Tél. +32(0)3 218 31 11 – Fax +32(0)3 218 31 50

AG Insurance sa, Bd. E. Jacqmain 53, B-1000 Bruxelles – RPM Bruxelles – TVA BE 0404.494.849 – www.aginsurance.be