



L'ASSURANCE RC MEDICALE / PRATICIENS

PROPOSANT

Nom, prénom, ou raison sociale.....

Adresse personnelle.....

Code postal.....Ville.....

Téléphone.....Télécopie.....Email.....

Adresse professionnelle.....

.....

Téléphone.....Télécopie.....Email.....

Etablissement(s) d'exercice

Etablissement	Adresse	Coordonnées tél.	% du CA

Personne physique OUI NON

Personne morale OUI NON

Autres associés OUI NON

Si oui, Précisez.....

.....

QUALIFICATIONS

Diplômes	Date d'obtention	Lieu	Spécialité

N° d'inscription à l'Ordre des Médecins et date :.....

Chiffre d'affaires réalisé sur les trois dernières années en France :

N-1	En cours	Prévisionnel

ACTIVITE LIBERALE

Date de création :

Activité(s) principale(s).....

Nombre de salariés employés.....

ACTIVITES EXERCEES

SPECIALITES	OUI	NON	%
Anesthésiste			
Cardiologue			
Dermatologue			
Chirurgie générale			
Neurologie			
Gynécologie sans obstétrique ni échographie			
Gynécologie obstétrique sans amniocentèse			
Gynécologie obstétrique			
Orthopédie			
Pédiatrie			
Chirurgie esthétique			
Chirurgie viscérale			
Chirurgie urologique			
Chirurgie vasculaire			
Chirurgie maxillo-faciale			
Chirurgie digestive			
Autre, précisez			

ANTECEDENTS

Avez-vous fait l'objet de sinistres sur les 5 dernières années OUI NON Si OUI,

Année	Nombre	Montant des sinistres réglés	Montant des sinistres en suspens	Recours éventuels encaissés

Des mesures ont-elles été prises pour éviter des sinistres de même nature que ceux déjà survenus ?

Si oui, lesquelles :

Le proposant a-t-il connaissance d'autres événements pouvant donner lieu à des réclamations ultérieures ?

Si oui, lesquelles.....

Avez-vous subi ou déclaré des litiges d'ordre juridique (Conseil de l'Ordre...) OUI NON

Dans l'affirmative, précisez.....

Ces événements ont-ils été acceptés et garantis par votre Assureur précédent ? OUI NON

SITUATION D'ASSURANCE

Etes-vous actuellement assuré pour les risques dont vous demandez la garantie ? OUI NON

Si NON, pourquoi :.....

Compagnie	N° de police	Montant de la garantie	Date d'échéance	Prime actuelle

Avez-vous fait l'objet d'une résiliation par l'assureur ? Si oui, motif.....

Un contrat de même nature vous à t'il été refusé ? Si oui, motif.....

Les éléments tarifaires seront transmis en fonction de vos déclarations ayant permis d'apprécier le risque, de ce fait, toute omission, réticence, ou renseignements inexacts, peut entraîner l'application des Articles L 113.8 et L 113.9 du Code des Assurances. Je déclare que les réponses apportées au présent questionnaire sont exactes et conformes à la réalité, et qu'elles serviront de base au futur contrat, après examen et accord de la Compagnie.

Fait à.....le.....

Cachet et Signature du Praticien
« Lu et approuvé »

Signature du Courtier

36 RUE VERDI – PALAIS PERGOLA – 06000 NICE

☎ 04.93.88.56.99 **📁 04.93.88.50.96** **build.construction@yahoo.fr**

Sarl au Capital de 100 000 €. RCS NICE 502 149 156. APE 6622 Z ORIAS 08043234

Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes aux articles L 530.1 et L 530.2 du Codes des Assurances