PARTENARIAT EXCLUSIF
AGENCE AXA – CHAMBRE SYNDICALE UNITED

RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE

<table>
<tr><td rowspan="2">Sophrologues
et professionnels du Bien-être</td><td colspan="2">Professionnels de la Santé

La RC médicale est régie par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 (Loi Kouchner), modifiée par la loi n°2002-1577 du 31 décembre 2002 (loi About).</td></tr>
<tr><td>Activités médicales</td><td>Activités para-médicales</td></tr>
<tr><td><u>Contrat groupe</u> (annexe 1)

- Très nombreuses activités couvertes
- Tarification la plus basse du marché : 73,50€/an
- Des garanties élevées et des montants adaptés aux activités exercées
- Une garantie défense recours automatiquement incluse
- Possibilité de souscrire en cours d’année
- Service CRISE MAJEURE inclus : conseils et intervention des meilleurs spécialistes pour vous aider à préserver votre image et maintenir votre activité.</td><td colspan="2"><u>Contrats totalement sur-mesure</u> :

- Contrats AXA Entreprise, spécifiquement dédiés aux professionnels de santé
- Garanties et tarifs adaptés à chaque situation
- Souscription possible à tout moment
- Service CRISE MAJEURE inclus : conseils et intervention des meilleurs spécialistes pour vous aider à préserver votre image et maintenir votre activité.</td></tr>
<tr><td>Souscription automatique

→ Demande d’adhésion (annexe 2)</td><td colspan="2">Etude des dossiers au cas par cas

→ Demande de devis (annexe 11)</td></tr>
</table>

réinventons / notre métier

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE RISQUE

RESPONSABILITÉ CIVILE DES PROFESSIONS DE LA SANTÉ

SOUSCRIPTEUR	INTERMÉDIAIRE
Nom :	Nom : Agence DESACHY
Prénom :	Adresse : agence.desachy@axa.fr
Adresse :	
Numéro de client :	
Code SIREN :	Code portefeuille : 0016010444

I - RENSEIGNEMENTS D'ORDRE GÉNÉRAL CONCERNANT L'ASSURÉ

Activité(s) professionnelle(s) exercée(s) :

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| Date 1ère installation : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Êtes-vous : En activité ? ○ Retraité actif ? ○

Vos diplômes*

- Date d'obtention : |_|_|_|_|_|_|_|_|
- Nature :
- Etablissement de formation (désignation, adresse, site Internet) :
- Pays d'obtention :

** Joindre leur copie svp.*

Votre autorisation d'exercer

1. Activité(s) réglementée (s) par le code de la santé publique :

- A quel Tableau de l'Ordre êtes-vous inscrit ?
- Sous quel numéro ?

2. Activité reconnue hors code de la santé publique

Psychologue ou Psychothérapeute

- Etes-vous inscrit sur le registre national ? ○ OUI ○ NON
- Auprès de quelle ARS êtes-vous inscrit ?
- Sous quelles références ?

Ostéopathe ou Chiropracteur

- Auprès de quelle ARS êtes-vous inscrit ?
- Sous quelles références ?

Si vous exercez hors du territoire français :

- Lieu(x) d'exercice :
- Modalités (seul, en cabinet, club sportif, missions humanitaires, missions d'assistance...) :
- Part de cette activité (en % d vos honoraires ou CA) :

II - ANTÉRIORITÉ DU RISQUE

L'activité déclarée a-t-elle déjà été assurée ? OUI ◉ NON ○

Si oui : Identité du dernier assureur : _____

Date de fin d'effet du dernier contrat en cours : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Motif du changement : _____

Sinistralité

Avez-vous fait l'objet d'une mise en cause amiable ou judiciaire au cours des cinq dernières années ? OUI ○ NON ○

Si oui : joindre un relevé de sinistralité de votre assureur actuel/précédent.

Avez-vous connaissance, à ce jour, de faits ou évènements susceptibles d'engager votre responsabilité civile professionnelle ? OUI ○ NON ○

III - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE STATUT

Quel est le montant de vos honoraires annuels ? _____

Vous exercez en tant que : _____

- Libéral ou gérant non salarié de votre cabinet constitué en personne morale (association ou société) : OUI ○ NON ○

  ATTENTION : La société ou l'association à travers laquelle vous exercez votre activité libérale doit être assurée séparément ; les modalités d'assurance de cette structure diffèrent selon la forme juridique adoptée, le statut des personnels éventuellement salariés, et son objet social.

- Salarié OUI ○ NON ○ · Mixte OUI ○ NON ○

Quel est votre statut ou celui de votre société ?	Y exercez-vous à temps plein ?	Quel est le nombre d'associés ?
Exercice individuel		
Exercice en Centre de santé		
Société civile de moyens (SCM)		
Exercice en Maison de santé		
Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA)		
Société civile professionnelle (SCP)		
Société d'exercice libéral (SEL)		
Autre (précisez) : _____		

Si vous exercez en société : Employez-vous des salariés exerçant des activités médicales (médecins ou et/ou auxiliaires médicaux ? OUI ○ NON ○ *Si OUI :* Combien ? _____

Qualité des professionnels salariés : _____

Quelle est la répartition de votre activité ? (Répartition en % de réalisation)

- Hospitalier salarié : _____ %
  Si OUI, En quelle qualité ? _____
- Médecin salarié dans le privé
  Si OUI, En quelle qualité ? _____
- Libéral
  au sein (Cochez la case) :
  ◉ de votre propre cabinet
  ○ d'une clinique (ou tout établissement privé) : laquelle ? _____
  ○ d'un hôpital public : lequel ? _____
  ○ autre cas : _____

Médecin remplaçant

- Exercez-vous uniquement en tant que remplaçant ? OUI ○ NON ○

Si OUI,

- Avec contrats de remplacement ? OUI ○ NON ○
- Si vous n'êtes pas encore inscrit au tableau de l'ordre des médecins, vous êtes titulaire d'une Licence de remplacement depuis combien de temps ? _____
- Quelle est sa date limite de validité ? |_|_|_|_|_|_|_|_|

IV - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX CONCERNANT LES ACTIVITÉS DE L'ASSURÉ

Pour les médecins, kinésithérapeutes, ostéopathes et chiropracteurs

Pratiquez-vous la médecine du sport/soins spécifiques aux activités sportives ? OUI ○ NON ○

Si OUI :

- Pratiquez-vous la médecine du sport/soins spécifiques aux activités sportives ? OUI ○ NON ○
- Etes-vous titulaire d'une formation spécifique ? OUI ○ NON ○
  Si OUI, laquelle : _____
- Pratiquez-vous cette activité au sein d'un club intégrant des sportifs professionnels et/ou amateurs de haut niveau ? OUI ○ NON ○

Pratiquez-vous la médecine d'urgence ou les astreintes dans le cadre de la permanence des soins ?

- Assurez-vous des permanences dans des structures de type SOS médecins ? OUI ○ NON ○
  - En qualité de médecin urgentiste ? OUI ○ NON ○
  - Existe-t-il une convention signée entre vous et la structure ? OUI ○ NON ○
- Faites-vous de la Médecine d'urgence ? OUI ○ NON ○
  - Etes-vous titulaire de la CAMU (capacité en médecine d'urgence) ? OUI ○ NON ○
  - Etes-vous titulaire d'un DESC (Diplôme d'Etudes Spécialisées) ? OUI ○ NON ○

Pratiquez-vous des missions d'expertise ?

- Auprès des tribunaux ou des commissions de conciliation et d'indemnisation visées par la loi du 4 mars 2002 ? OUI ○ NON ○
- Auprès de la sécurité sociale ? OUI ○ NON ○
- Auprès d'un assureur ? OUI ○ NON ○
  Si OUI, lequel : _____
- Autre : _____

Dispensez-vous des formations universitaires ou professionnelles ? OUI ○ NON ○

Pratiquez-vous la médecine du travail ? OUI ○ NON ○

Si OUI : à temps partiel ? ○ à temps complet ? ○

Pratiquez-vous des actes de médecine à finalité purement esthétique ? OUI ○ NON ○

Si OUI : Quels types d'actes ? _____

Etes-vous titulaire d'un diplôme de médecine esthétique et anti-âge ? OUI ○ NON ○

Quel est le pourcentage de ces actes dans votre activité globale ? _____ %

Pratiquez-vous la Télémédecine ? OUI ○ NON ○

- Déclarez-vous exercer ces actes de télémédecine conformément aux dispositions des articles L.6316-1 et R.6316-1 et suivants du Code de la Santé Publique ? OUI ○ NON ○
- La Société de télémédecine à laquelle vous appartenez a-t-elle signé une convention avec l'ARS ? OUI ○ NON ○

Pratiquez-vous les actes de télémédecine suivants :

- Téléconsultation OUI ○ NON ○
- Télésurveillance médicale OUI ○ NON ○
- Téléassistance médicale OUI ○ NON ○
- Régulation médicale OUI ○ NON ○

Au moment de la réalisation de ces actes de télémédecine, les patients traités sont-ils des patients situés :

- exclusivement en France, dans les Départements et Régions d'Outre-Mer ? OUI ○ NON ○
- dans des Pays et Territoires d'Outre-Mer ? OUI ○ NON ○
- dans l'Union européenne ? OUI ○ NON ○
- à l'étranger (hors USA/Canada) ? OUI ○ NON ○
- aux USA ou au Canada ? OUI ○ NON ○

Exercez-vous, accessoirement à votre activité déclarée, des pratiques non visées par le code de la santé publique mais reconnues par la loi ?

- Psychologue/psychothérapeute OUI ○ NON ○
  Date d'inscription sur le registre national : _____
- Ostéopathe/chiropracteur OUI ○ NON ○
  Date d'inscription sur la liste de l'ARS : _____

Exercez-vous, accessoirement à votre activité déclarée, des actes de médecine habituellement pratiqués par des spécialistes ? OUI ○ NON ○

Si OUI, lesquels : _____

Actes à finalité purement esthétique ? OUI ○ NON ○

Si OUI, quels types d'actes : _____

Etes-vous titulaire d'un diplôme de médecine esthétique et anti-âge ? OUI ○ NON ○

Quel en est le pourcentage de ces actes dans votre activité globale ? _____ %

En cas d'utilisation d'un matériel de type Laser, remplir le questionnaire complémentaire ci-après.

Actes de médecine gynécologique OUI ○ NON ○

Si OUI : répondre au questionnaire complémentaire.

Quel en est le pourcentage dans votre activité globale ? _____ %

Autres actes ? OUI ○ NON ○

Si OUI, lesquels : _____

Formation : _____

Exercez-vous, accessoirement à votre activité déclarée, des pratiques non réglementées ? OUI ○ NON ○

Si OUI, lesquelles* : _____

Avez-vous un diplôme ou attestation spécifique concernant cette activité ? OUI ○ NON ○

Lequel : _____

Etablissement de formation : _____

Date de délivrance : |_|_|_|_|_|_|_|_|

En cas de pratique de l'acupuncture : Utilisez-vous des aiguilles jetables exclusivement ? OUI ○ NON ○

** Acupuncture, sophrologie, techniques de réflexologie, thérapies chinoises, etc.*

Je reconnais avoir été informé(e), conformément à l'article 32 de la Loi du 6 janvier 1978 modifiée :

- Du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-dessus ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L.113-8 (nullité du contrat) et L.113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances.
- Que les destinataires des données personnelles me concernant pourront être, d'une part et en vertu d'une autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés, les collaborateurs de l'assureur, responsables du traitement, tant en France qu'au Maroc, dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et, d'autre part, ses intermédiaires, réassureurs et organismes professionnels habilités ainsi que les sous-traitants missionnés.
- Que mes données peuvent être utilisées dans la mesure où elles sont nécessaires à la gestion et à l'exécution des autres contrats souscrits auprès de l'assureur ou auprès des autres sociétés du groupe auquel il appartient.
- Que je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès d'AXA France – Direction Relations Clientèle – 313, Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex pour toute information me concernant.
- Que les données recueillies par l'assureur lors de la souscription et des actes de gestion peuvent être utilisées par le Groupe AXA à des fins de prospection commerciale. Je peux m'y opposer en écrivant à l'adresse indiquée ci-dessus.

Fait à _____

le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Le proposant _____

Signature

Réf. 968692 02 2015 SGI

AXA France IARD. S.A. au capital de 214 799 030 € - 722 057 460 R.C.S. Nanterre • **AXA Assurances IARD Mutuelle.** Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex • **Juridica.** S.A. au capital de 14 627 854,68 € - 572 079 150 R.C.S. Versailles. Siège social : 1, place Victorien Sardou 78160 Marly le Roi. **Entreprises régies par le Code des assurances.**

réinventons / notre métier

RESPONSABILITÉ CIVILE DES PROFESSIONS DE LA SANTÉ

Questionnaire complémentaire « spécialités »

Si vous êtes Médecin spécialiste (toutes spécialités confondues)

- Pratiquez-vous des actes nécessitant des anesthésies générales ? OUI ○ NON ○
- Pratiquez-vous des actes nécessitant des anesthésies locorégionales ? OUI ○ NON ○

Si vous êtes Cardiologue :

- Pratiquez-vous des coronarographies ? OUI ○ NON ○

Spécialités dentaires

Si vous êtes Chirurgien-dentiste

- Pratiquez-vous la chirurgie implantaire ? OUI ○ NON ○
- Pratiquez-vous des poses de prothèses sur implants ? OUI ○ NON ○
- Pratiquez-vous des greffes de sinus, des comblements sinusiens, des surélévations ? OUI ○ NON ○

Si OUI : En cabinet ? ○ En établissement de soins ? ○

Exercez-vous la **chirurgie orale ?** OUI ○ NON ○

Si OUI : Date d'obtention du DES correspondant : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Si OUI : En cabinet ? ○ En établissement de soins ? ○

Pratiquez-vous des **actes à visée esthétique ?** OUI ○ NON ○

Si OUI : En cabinet ? ○ Lesquels : _____

En établissement de soins ? ○ Lesquels : _____

Si vous êtes Dermatologue

- Pratiquez-vous des actes à visée purement esthétique ? OUI ○ NON ○
- Utilisez-vous un appareillage laser ? OUI ○ NON ○

Si oui, lesquels : _____

Quel en est le pourcentage de ces actes dans votre activité globale ? _____ %

Si vous intervenez en gynécologie-obstétrique (médecins sages-femmes)

- Pratiquez-vous la pose de stérilets ? OUI ○ NON ○
- Pratiquez-vous la pose d'implants gynécologiques ? OUI ○ NON ○
- Pratiquez-vous l'échographie prénatale ? OUI ○ NON ○

Si oui :

- Etes-vous titulaire d'un diplôme d'échographiste obstétrical ? OUI ○ NON ○
- Le matériel que vous utilisez a-t-il moins de 7 ans ? OUI ○ NON ○
- Quel est le nombre moyen d'échographies obstétricales par semaine ? _____

- Pratiquez-vous des accouchements ? OUI ○ NON ○

Si oui :

- En qualité de salarié (en établissement de soins notamment) OUI ○ NON ○
- A domicile ? OUI ○ NON ○
- En maison de naissance ? OUI ○ NON ○

- Autre situation : _____

Si vous êtes Kinésithérapeute

- Disposez-vous d'une unité de cryothérapie à très basse température ? OUI ○ NON ○

Si oui, installation mobile ○ fixe ○

RESPONSABILITÉ CIVILE DES PROFESSIONS DE LA SANTÉ

Questionnaire complémentaire « radiologie/radiothérapie »

Détenez-vous des **installations et/ou matériels sources de rayonnements ionisants ?**

- Soumis à Autorisation — OUI ○ NON ○

  Si OUI, vous devrez alors souscrire une police spécifique – Demander, le cas échéant, le questionnaire correspondant (Assuratome) auprès de votre interlocuteur AXA.

- Soumis à Déclaration — OUI ○ NON ○
- Autres sources : _____

Pratiquez-vous la radiothérapie ? OUI ○ NON ○

Si oui,

- Combien de traitements/an et par appareils réalisez-vous ? _____
- De combien d'appareils en service disposez-vous ? _____
- Quel est le nombre de radio-physiciens salariés attachés à votre cabinet ? _____
- Les traitements sont-ils délivrés en présence d'une personne spécialisée en radiophysique médicale ou d'un médecin ? OUI ○ NON ○
- Disposez-vous d'un dosimètre ? OUI ○ NON ○

Si vous êtes Radiologue :

Pratiquez-vous des actes de radiologie interventionnelle (RI) : OUI ○ NON ○

Si oui, à quelle catégorie les actes que vous pratiquez relèvent-ils *(cocher le ou les cas concerné(s))*

1. ○ Actes simples réalisables par tout radiologue polyvalent dans son cabinet, à savoir : actes de RI à visée diagnostique (par exemple : biopsies, ponction guidée, injection de produits de contraste) sauf RI vasculaire (sauf phlébographie autorisée ici). **Actes de RI à visée thérapeutique exclus sauf infiltration articulaire périphérique.**
2. ○ Actes intermédiaires, réalisables dans le cadre d'une structure de RI intégrée au plateau technique d'imagerie, équipée en conformité avec l'activité envisagée et obligatoire adossée à un établissement MCO, notamment : angioplastie simple, embolisations programmées, drainage, infiltration rachidienne.
3. ○ Actes complexes, qui rassemblent les actes réalisables dans une structure spécialisée regroupant une équipe permettant d'assurer la PDS (prise en charge des soins) et de prendre en charge les actes lourds nécessitant un environnement spécifique : embolisation en urgence, stent graft aortique, TIPS, angioplastie carotidienne.

Réf. 968692 02 2015 SGI

AXA France IARD. S.A. au capital de 214 799 030 € - 722 057 460 R.C.S. Nanterre • **AXA Assurances IARD Mutuelle.** Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex • **Juridica.** S.A. au capital de 14 627 854,68 € - 572 079 150 R.C.S. Versailles. Siège social : 1, place Victorien Sardou 78160 Marly le Roi. **Entreprises régies par le Code des assurances.**

réinventons / notre métier