

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE RISQUE RESPONSABILITÉ CIVILE DES PROFESSIONS DE LA SANTÉ

SOUSCRIPTEUR	INTERMÉDIAIRE
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Adresse : _____
Adresse : _____ _____	_____
Numéro de client : _____	Code portefeuille : _____
Code SIREN : _____	

I - RENSEIGNEMENTS D'ORDRE GÉNÉRAL CONCERNANT L'ASSURÉ

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

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Date 1^{ère} 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

- Êtes-vous inscrit sur le registre national ? OUI NON
- À partir de quelle ARS êtes-vous inscrit ? _____
- Sous quelles références ? _____

Ostéopathe ou Chiropracteur

- À partir 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 événements 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 ?

- Au près des tribunaux ou des commissions de conciliation et d'indemnisation visées par la loi du 4 mars 2002 ? OUI NON
- Au près de la sécurité sociale ? OUI NON
- Au près 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

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))

- 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.**
- 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.
- 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.