



## QUESTIONNAIRE PROPOSITION

### ASSURANCE DE RESPONSABILITE CIVILE DES PROFESSIONS MEDICALES ET PARAMEDICALES

#### SOUSCRIPTEUR

Votre nom :

Adresse :

Code SIREN :

#### Courtage

Nom :

**Cabinet SFVA – DIDIERLAURENT**

Adresse :

**155, Rue de la Pompe**

**75116 PARIS**

[ddl@sfva.fr](mailto:ddl@sfva.fr) tél : **01 47 27 69 12**

Code intermédiaire :

**200003049281**      **ORIAS N° 07 002 569**



## I) RENSEIGNEMENTS D'ORDRE GÉNÉRAL CONCERNANT L'ASSURÉ

a) *Activité(s) professionnelle(s) :* \_\_\_\_\_

b) *En quelle année, avez-vous obtenu votre (vos) diplôme(s) ?* \_\_\_\_\_

c) *Inscription au Tableau de l'Ordre :*

α A quel Tableau de l'Ordre êtes-vous inscrit ? \_\_\_\_\_

α Sous quel numéro ? \_\_\_\_\_

α Sur la liste dressée par le préfet de quel département êtes-vous inscrit ?  
\_\_\_\_\_

## II) ASSURANCES ANTÉRIEURES

a) *L'activité déclarée a-t-elle déjà été assurée ?*  oui  non

Si oui :

α Au près de quel(s) assureur(s) ? \_\_\_\_\_

α Ce ou ces - dernier(s) ont-ils :

- refusé de vous assurer ?

oui  non

si oui pourquoi \_\_\_\_\_

- refusé de renouveler l'assurance ?

oui  non

si oui, pourquoi \_\_\_\_\_

- résilié votre contrat ?

oui  non

Si oui, pourquoi \_\_\_\_\_

- demandé une majoration de prime ?

oui  non

si oui, pourquoi \_\_\_\_\_

α Votre dernier contrat d'assurance est en base :

Fait générateur

Réclamation

α Votre dernier contrat d'assurance inclut-il une garantie subséquente de 30 ans ?

oui  non

b) *Etes-vous actuellement déjà assuré auprès SFVA pour un autre de vos risques (MRP, habitation, auto, ...) ?*

oui  non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_



### III) ANTÉCÉDENTS DU RISQUE

a) Avez-vous fait l'objet d'une mise en cause (amiable ou judiciaire) au cours des dix dernières années ?

oui  non

Si oui, précisez la nature des faits, le montant des réclamations et la date de leur présentation :

---

---

---

b) Avez-vous connaissance, à ce jour, de faits ou événements susceptibles d'engager votre responsabilité civile professionnelle ?

oui  non

Si oui, lesquels ?

---

---

---

### IV) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT CERTAINES SPÉCIALITÉS

α Participez-vous à des essais cliniques ?  oui  non

α Pratiquez-vous l'échographie prénatale ?  oui  non

Si oui : - êtes-vous titulaire d'un diplôme d'échographiste obstétrical ?  oui  non  
- le matériel que vous utilisez a-t-il moins de 7 ans ?  oui  non

α Exercer-vous une activité de chirurgie esthétique ? :  oui  non

α Pratiquez-vous des actes médicaux à finalité purement esthétique accessoires à votre activité principale ?  oui  non  
- Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

- Ces actes nécessitent-ils une anesthésie générale ?  oui  non

α Si vous êtes radiologue :

Faites-vous des diagnostics, y compris des injections de produits ?  oui  non

Effectuez-vous des actes d'investigation vasculaire hors radiologie interventionnelle ?  oui  non

Effectuez-vous des interventions par voie endo-vasculaire ?  oui  non

α Si vous pratiquez une « médecine douce » (ostéopathie, acupuncture, chiropraxie, ...) :

- Avez-vous le diplôme de médecine générale français ?  oui  non

- Si vous êtes ostéopathe, vous déclarez exercer votre activité conformément aux dispositions des décrets 2007-435 et 2007-437 du 25 mars 2007  oui  non



#### IV) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT CERTAINES SPÉCIALITÉS (suite)

α *Si vous êtes médecin spécialiste (toutes spécialités confondues) :*

Pratiquez-vous des anesthésies générales ?  oui  non  
Pratiquez-vous des anesthésies locorégionales ?  oui  non

α *Si vous êtes interne hospitalier « à plein temps » :*

Pratiquez-vous des actes chirurgicaux ?  oui  non

α *Si vous êtes chirurgien dentiste :*

Pratiquez-vous des implants et/ou des prothèses ?  oui  non  
Pratiquez-vous des poses de prothèses sur implants ?  oui  non

α *Si vous êtes stomatologue :*

Pratiquez-vous des implants ?  oui  non  
Pratiquez-vous des actes nécessitant une anesthésie générale ?  oui  non  
Pratiquez-vous des actes nécessitant une anesthésie locorégionale ?  oui  non

α *Si vous êtes gynécologue :*

- Si vous ne pratiquez pas d'accouchements :  
Pratiquez-vous des actes nécessitant une anesthésie générale ?  oui  non  
Pratiquez-vous des actes nécessitant une anesthésie locorégionale ?  oui  non

- Si vous pratiquez des accouchements :  
Pratiquez-vous des actes nécessitant une anesthésie générale ?  oui  non  
Pratiquez-vous des actes nécessitant une anesthésie locorégionale ?  oui  non

α *Si vous êtes médecin omnipraticien :*

Pratiquez-vous des anesthésies générales ?  oui  non  
Pratiquez-vous des actes nécessitant une anesthésie locorégionale ?  oui  non  
Pratiquez-vous des accouchements autrement qu'en cas d'urgence ?  oui  non

α *Si vous êtes kinésithérapeute :*

Exercez-vous des activités en rapport avec la loi n° 84-610 du 16 juillet 1984 modifiée instituant une obligation d'assurance pour les exploitants d'établissement d'activités physiques et sportives ?  
 oui  non  
Possédez-vous un sauna ?  oui  non



**V) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE STATUT ET LES HONORAIRES**

α *Quel est le montant de vos honoraires annuels ?* \_\_\_\_\_

α *Quelle est la répartition de votre activité ?*

- Hospitalier salarié.....
- Médecine du travail.....
- Médecine d'entreprise.....
- Libéral.....
- au sein : - de votre propre cabinet.....
- d'une clinique.....
- d'un hôpital privé.....
- d'un hôpital public.....
- autre cas : \_\_\_\_\_

α *Répartition en % de réalisation ?*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Détenez-vous des installations et/ou matériels sources de rayonnements ionisants (cocher la case) :

α Soumis à **Autorisation**

**Vous devrez alors souscrire à une police spécifique** – Demander, le cas échéant, le questionnaire correspondant (Assuratome) auprès de votre interlocuteur SFVA.

α Soumis à **Déclaration**

α Autres sources :

« 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 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, tant en France qu'au Maroc, de l'assureur responsable du traitement dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution des contrats d'assurances, et d'autre part, ses intermédiaires, réassureurs, 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 lui ou auprès des autres sociétés du Groupe auquel il appartient ;
- que je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès de SFVA pour toute information me concernant ;
- que les données recueillies par l'assureur lors de la souscription et les actes de gestion peuvent être utilisées par SFVA à des fins de prospection commerciale auxquelles je peux m'opposer en cochant la case ci-contre :  »

Fait à .....

le.....

Le proposant.....

Signature