



FICHE DE RECUEIL DE BESOIN

À retourner à : MÉDIRISQ
11 Place Victor Hugo - 38026 - GRENOBLE CEDEX 1

Questionnaire de souscription pour une assurance de Responsabilité Civile Professionnelle

PARTIE I **Identification du Professionnel**

Nom : Prénom : Nom de Jeune fille :

Date et Lieu de Naissance :

Téléphone : Portable:

Adresse domicile :

Code Postal : Ville :

Email :

Adresse Cabinet :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Télécopie :

Email :

Adresse Clinique Principale :

Code Postal : Ville :

Téléphone :

Adresse Clinique secondaire :

Code Postal : Ville :

Téléphone :

Formation, Titres et Travaux

Date et Lieu de thèse :

Votre spécialité ordinale principale et secondaire:

Date d'inscription au CDOM :

Fonction représentative et électorale (ordinale, syndicale, société savante etc.)
.....

**Nous vous remercions de nous adresser une copie de votre carte d'identité
et de votre Curriculum Vitae détaillé.**

Merci de cocher les cases correspondantes

Statuts	
Salarié : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Salarié avec Activité Libérale Statutaire : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Mi-temps Salarié/Libéral : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Libéral : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Secteur I <input type="checkbox"/> Secteur II <input type="checkbox"/> Secteur III
Date de première installation en libéral :	

Mode d'exercice	
Avec partage d'honoraires : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Indépendant : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	SCM : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non SDF : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
SEL Unipersonnelle : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
SCP : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	SDF : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non SEL : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autre forme :	

Nombre d'associé(s):	Spécialité(s):
Compagnie d'Assurances du / des associé(s) (si possible) :	
Nombre de Salarié(s) :	Fonction médicale :
Autre(s) fonction(s) :	

Partie II
Environnement professionnel

OUI NON

Avez-vous changé d'établissement depuis 10 ans ? Si oui, pour quelle raison ?		
Exercez-vous en multisite (plusieurs établissements) ? (1)		
Exercez-vous à l'étranger? (2)		
Exercez-vous uniquement en consultation ?		
Assurez-vous seul le suivi des vos patients?		
<u>Pour les chirurgiens :</u>		
Opérez-vous sous coelioscopie robot assistée ? (3)		
Faites-vous de la Chirurgie Bariatrique ? (3)		
Faites-vous de la Chirurgie Plastique (Hors Plasticiens)?		
Etes-vous rattaché à un service d'urgence ?		
Faites-vous de la chirurgie de la première côte ?		
Pratiquez-vous des actes de chirurgie sous Circulation Extra-Corporelle ?		
<u>Pour les orthopédistes :</u>		
Faites-vous des membres supérieurs exclusivement, y compris en urgence ?		
Faites-vous des membres inférieurs exclusivement, y compris en urgence ?		
Faites-vous de la chirurgie du rachis (Hors Neurochirurgiens) ?		
Faites-vous de la chirurgie de la main exclusivement ?		
<u>Pour les anesthésistes – réanimateurs :</u>		
Etes-vous rattaché au service de réanimation ?		
Faites-vous de la réanimation pédiatrique ?		
Etes-vous rattaché à une maternité (Hors Obstétriciens) ?		
Faites-vous plus de 50 % en anesthésie régionale ou de geste ambulatoire ?		

(1) Merci d'indiquer les adresses de différents établissements dans lesquels vous exercez sur une feuille jointe

(2) Merci d'indiquer le(s) pays d'exercice et nombre de jours/an sur une feuille jointe et s'il s'agit d'une mission humanitaire bénévole ou rémunérée

(3) Merci de fournir une attestation de formation

Situation particulière :
Interne en fonction <input type="checkbox"/> Médaille d'or <input type="checkbox"/> Assistant <input type="checkbox"/> Chef Clinique Assistant <input type="checkbox"/>
Remplacement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Autre :

*Nous vous rappelons l'importance du respect des règles professionnelles d'exercice, en particulier le devoir d'information et le recueil du consentement éclairé.
Le non-respect de la check list, des règles d'antibioprophylaxie et des maladies thromboemboliques restent des facteurs de mise en cause importants.*

Partie III Antécédents de sinistralité

Nom de vos précédents assureurs :

Numéro de Contrat et d'Adhésion de votre contrat en cours :

Date d'expiration de votre contrat actuel :

Avez-vous déjà fait l'objet d'une résiliation par l'Assureur lors des dix dernières années ?

Si oui, sous quel motif ?

.....

.....

Etes-vous passé(e) par le Bureau de Tarification, auparavant ? : OUI NON

Nombre de sinistres durant les 10 dernières années :

Nous vous remercions de réclamer à votre Assureur actuel un relevé de sinistralité sur les dix dernières années, ainsi qu'un résumé médical de chaque mise en cause et, si nécessaire, à notre demande, les rapports d'expertises et décisions de justice.

Toute pièce médicale sera à adresser sous enveloppe cachetée à l'attention de notre service médical. Ces documents sont à fournir préalablement à toute nouvelle adhésion.

Date d'effet souhaité :

Mode de règlement souhaité : Mensuel par prélèvement automatique

Trimestriel Semestriel Annuel

Je, soussigné(e).....certifie l'exactitude

des indications données dans la présente proposition et ses annexes.

Fait à..... le

Signature et cachet du praticien :

Nous vous remercions de l'attention que vous avez portée à remplir ce questionnaire

En cas de modification de ces informations entre ce jour et la date de prise d'effet du contrat, le soussigné s'engage à en informer l'Assureur, qui se réserve alors le droit de modifier son offre. Les dites informations font partie intégrante du contrat.

Avertissement : La présente déclaration engage votre responsabilité.

Les réponses contenues dans le présent document et les annexes que vous y avez apportées constituent des éléments d'appréciation de votre risque professionnel dont il est tenu compte pour l'appréciation des garanties et pour la fixation de la prime.

En conséquence, toute réticence, fausse déclaration, omission ou inexactitude, peut entraîner les sanctions prévues aux articles L113-8 (nullité du contrat) et L113-9 (réduction des indemnités ou résiliation du contrat) du code des Assurances.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 « informatique et liberté », vous disposez d'un droit d'accès et de rectification sur toutes les informations nominatives vous concernant en écrivant au siège de la société « Médirisq ».

À imprimer, à signer et à retourner par fax : 04 76 70 90 01 ou mail : contact@medirisq.fr
ou par voie postale : MEDIRISQ – 11 Place Victor Hugo – 38026 – GRENOBLE CEDEX 1