



**FICHE DE RECUEIL DE BESOIN  
DENTISTE**

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**

<b>Statuts</b>	
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 :	

<b>Mode d'exercice</b>	
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
Exercez-vous en multisite (Plusieurs établissements) ? (1)		
Exercice à l'étranger ? (2)		
Exercice exclusif en cabinet		
Exercice libéral		
Exercice salarié		
Exercice sans implantologie		
Exercice avec implantologie et pose de prothèse sur implants sans implantologie		
Exercice avec pose de prothèses sur implants		
Exercice avec orthodontie		
Exercice sans orthodontie		
Exercice avec chirurgie osseuse et relevé de sinus		
Exercice en plateau technique lourd (bloc, salle de réveil etc.)		

**(1) Merci d'indiquer les adresses des 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**

### 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](mailto:contact@medirisq.fr)  
ou par voie postale : MEDIRISQ – 11 Place Victor Hugo – 38026 – GRENOBLE CEDEX 1