Médirisq
L'Assureur-Conseil des Professionnels de Santé

FICHE DE RECUEIL DE BESOIN
INFIRMIER(E)
À retourner à : MÉDIRISQ 11 Place Victor Hugo - 38026 - GRENOBLE CEDEX 1

Questionnaire de souscription pour une assurance de Responsabilité Civile Professionnelle

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 : .....

Salarié (e) : ☐ oui ☐ non Libéral(e) : ☐ oui ☐ non

Salarié(e) et Libéral(e) : ☐ oui ☐ non Autre statut : .....

Date et Lieu de votre diplôme : .....

Numéro RPS (Adeli) : .....

Nous vous remercions de nous adresser une copie de votre carte d'identité, de votre Curriculum Vitae détaillé ainsi que la copie de votre diplôme IDE.

Médirisq – Société de Courtage d'assurance, de service et de conseil aux professionnels de santé
11 Place Victor Hugo - 38026 GRENOBLE CEDEX 1 - CS 10630
Tél. :+33 (0)4 76 70 9000 Fax : +33 (0)4 76 70 9001 - contact@medirisq.fr / Web: www.medirisq.fr
SAS au capital de 10 000 euros – RCS Grenoble 531317030 – N° ORIAS : 11 061 847 (www.orias.fr) – Code NAF/APE : 6622Z
Assurance responsabilité civile professionnelle et garantie financière conforme aux articles L-530-1 et L-530-2 du Code des Assurances

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 souhaitée : .....

Je, soussigné(e)…. ……

certifie l'exactitude des indications données dans la présente proposition et ses annexes.

Fait à..... le .....

Signature et/ou 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 entrainer 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**