Médirisq
L'Assureur-Conseil des Professionnels de Santé

FICHE DE RECUEIL DE BESOIN
POUR LES KINESITHERAPEUTES

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 : .....

Formation

Date et Lieu de votre diplôme : .....

Numéro RPS (Adeli) : .....

Date d'inscription au COMK : .....

Nous vous remercions de nous adresser unecopie de votre carte d'identité et de votre diplôme.

Merci de cocher les cases correspondantes

Statuts
Salarié : ☐ oui ☐ non Salarié avec Activité Libérale Statutaire : ☐ oui ☐ non
Mi-temps Salarié/Libéral : ☐ oui ☐ non
Libéral : ☐ oui ☐ non ☐ Secteur I ☐ Secteur II ☐ Secteur III
Date de première installation en libéral :

Mode d'exercice
Avec partaged'honoraires : ☐ oui ☐ non
Indépendant : ☐ oui ☐ non SCM : ☐ oui ☐ non SDF : ☐ oui ☐ non
SEL Unipersonnelle : ☐ oui ☐ non
SCP : ☐ oui ☐ non SDF : ☐ oui ☐ non SEL : ☐ oui ☐ non
Autreforme :

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
Exercice en établissement de santé comme salarié sans secteur privé (1)		
Exercice en établissement de santé comme salarié avec secteur privé (1)		
Exercice en établissement de santé comme libéral (1)		
Exercice libéral en cabinet uniquement		
Exercice mixte : cabinet libéral et établissement de santé salarié (1)		
Kinésithérapeute attaché à un club de sportifs professionnels (2)		
Kinésithérapeute attaché à un club de sportifs amateurs (2)		
Kinésithérapeuteavec manipulation vertébrale		
Exercice à l'étranger (3)		
Autre pratique particulière :		

(1) **Merci d'indiquer sur feuille libre les adresses des différents établissements dans lesquels vous exercez**

(2) **Merci de bien vouloir préciser le nombre de jours/an sur feuille libre**

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

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

Nombre de sini

Nous vous rem *lix*
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 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 surtoutes 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**