



**FICHE DE RECUEIL DE BESOIN  
POUR LES OPHTALMOLOGUES**

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 ordinaire principale et secondaire: .....

Date d'inscription au CDOM : .....

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

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

**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](mailto:contact@medirisq.fr) / Web: [www.medirisq.fr](http://www.medirisq.fr)**

**SAS au capital de 10 000 euros – RCS Grenoble 531317030 – N° ORIAS : 11 061 847 ([www.orias.fr](http://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**

**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
Exercice en établissement de santé / Salarié (1)		
Exercice en établissement de santé / Libéral (1)		
Exercice en cabinet uniquement		
Exercice en cabinet et en établissement de santé (1)		
Exercice à l'étranger (2)		
Fond d'œil		
Chirurgie cataracte		
Chirurgie rétinienne		
Chirurgie réfractive (laser)		
Chirurgie esthétique		
Chirurgie lourde au bloc (carcinologie etc)		
Chirurgie autre :		

- (1) Merci d'indiquer les adresses des différents établissements dans lesquels vous exercez sur feuille libre  
 (2) 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(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 : .....

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