

## RC Professionnelle Proposition générale

| Intermédiaire              |                              |                              |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| N° Agence :                |                              |                              |
| Nom :                      |                              |                              |
| Nouvelle Affaire :         | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Projet :                   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Avenant police existante : | Police N° :                  |                              |
| Numéro de sociétaire :     | N° :                         |                              |

### 1. Preneur d'assurance

Pour les entreprises et groupements, veuillez clairement mentionner la dénomination, le genre et l'identité de la personne à contacter.

|                         |                                  |                                   |
|-------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| Numéro de sociétaire :  |                                  |                                   |
| Nom, prénom :           |                                  |                                   |
| Date de naissance :     |                                  |                                   |
| Nationalité :           |                                  |                                   |
| Numéro national :       |                                  |                                   |
| Numéro d'entreprise :   |                                  |                                   |
| Rue, numéro, bte :      |                                  |                                   |
| Code postal, localité : |                                  |                                   |
| Sexe :                  | <input type="checkbox"/> féminin | <input type="checkbox"/> masculin |
| N° CCP ou banque :      |                                  |                                   |
| GSM :                   |                                  | E-mail :                          |

### 2. Assuré (A compléter uniquement s'il s'agit d'une autre personne que le preneur d'assurance)

|                         |                                  |                                   |
|-------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| Numéro de sociétaire :  |                                  |                                   |
| Nom, prénom :           |                                  |                                   |
| Date de naissance :     |                                  |                                   |
| Nationalité :           |                                  |                                   |
| Numéro national :       |                                  |                                   |
| Rue, numéro, bte :      |                                  |                                   |
| Code postal, localité : |                                  |                                   |
| Sexe :                  | <input type="checkbox"/> féminin | <input type="checkbox"/> masculin |
| N° CCP ou banque :      |                                  |                                   |
| GSM :                   |                                  | E-mail :                          |

### 3. Date de prise d'effet

|                                                                                                   |                                      |                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Date de prise d'effet :                                                                           |                                      |                                                           |
| Echéance annuelle :                                                                               |                                      |                                                           |
| Paiement :                                                                                        | <input type="checkbox"/> annuel      | <input type="checkbox"/> semestriel                       |
|                                                                                                   | <input type="checkbox"/> trimestriel | <input type="checkbox"/> mensuel *<br>(par domiciliation) |
| * Domiciliation bancaire (le montant de la prime doit être égal ou supérieur à 50 € / mensualité) |                                      |                                                           |

#### 4. Activités professionnelles

|                                                                                              |                              |                              |                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|
| Profession ?                                                                                 |                              |                              |                                         |
| Exercez-vous votre profession en tant qu'indépendant ?                                       | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> Complémentaire |
| N° INAMI ?                                                                                   |                              |                              |                                         |
| Quelles institutions ont délivré vos diplômes ?                                              |                              |                              |                                         |
| Quand ?                                                                                      |                              |                              |                                         |
| Quels en sont les titres exacts ?                                                            |                              |                              |                                         |
| Depuis quand pratiquez-vous votre profession ?                                               |                              |                              |                                         |
| Travaillez-vous comme responsable, chef de service, chef de département ?                    | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |                                         |
| Travaillez-vous comme maître de stage ?                                                      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |                                         |
| Travaillez-vous sous une forme d'association ?                                               | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |                                         |
| Si oui, pouvez-vous spécifier :                                                              |                              |                              |                                         |
| Ces activités de travail en équipe sont-elles assurées par une police d'assurance spéciale ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |                                         |
| Si oui, auprès de quelle compagnie d'assurances, sous quel numéro ?                          |                              |                              |                                         |
| Exercez-vous vos activités en clientèle privée, ou sur d'autres sites ?                      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |                                         |
| Si oui, pouvez-vous spécifier :                                                              |                              |                              |                                         |
| Etes-vous membre d'une association professionnelle ?                                         | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |                                         |
| Si oui, le nom de l'association professionnelle ?                                            |                              |                              |                                         |

#### 5. Assurances R.C. Professionnelle et sinistres (informations traitées en toute confidentialité)

|                                                                                                                                                           |                              |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Etes-vous (avez-vous) déjà (été) assuré ?                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Si oui, auprès de quelle compagnie ?                                                                                                                      | N° police ?                  |                              |
| La police, a-t-elle été résiliée ?                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Pour quelle date ?                                                                                                                                        |                              |                              |
| Une assurance semblable a-t-elle déjà été refusée, résiliée ou acceptée moyennant l'application d'une franchise ou d'une (des) clause(s) restrictive(s) ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Si oui, le nom de la compagnie ?                                                                                                                          |                              |                              |
| Pour quel motif ? (confidentiel)                                                                                                                          |                              |                              |
| Avez-vous déjà eu des sinistres dans lesquels votre responsabilité professionnelle a été mise en cause ?                                                  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Si oui, quand ?                                                                                                                                           |                              |                              |

|                                                                                                                                                                                |                              |                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Montant du dommage (confidentiel) :                                                                                                                                            |                              |                              |
| Circonstances (confidentiel) :                                                                                                                                                 |                              |                              |
| Avez-vous déjà fait une déclaration d'un éventuel sinistre auprès d'un assureur ?                                                                                              | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Si oui, précisez (confidentiel) :                                                                                                                                              |                              |                              |
| Avez-vous déjà fait l'objet de poursuites judiciaires, avez-vous déjà été condamné ou avez-vous déjà reçu des revendications écrites à la suite d'activités professionnelles ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Si oui, précisez (confidentiel) :                                                                                                                                              |                              |                              |
| Avez-vous déjà fait l'objet de poursuites judiciaires / avez-vous déjà été condamné à la suite de vos activités professionnelles mais pas de nature (para)médicale ?           | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Si oui, précisez (confidentiel) :                                                                                                                                              |                              |                              |

## 6. Renseignements généraux

|                                                                                                             |                              |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Participez-vous à des gardes en milieu hospitalier ?                                                        | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Si oui, dans quel service et en quelle qualité ?                                                            |                              |                              |
| Pratiquez-vous des activités dans des services d'urgences ou des gardes d'urgences ?                        | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Si oui, dans quel service et en quelle qualité ?                                                            |                              |                              |
| Pratiquez-vous des activités dans un service de soins intensifs et/ou de réanimation ?                      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Si oui, dans quel service et en quelle qualité ?                                                            |                              |                              |
| Faites-vous partie d'une équipe d'urgence pour transport de blessés et/ou de malades ?                      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Si oui, veuillez préciser :                                                                                 |                              |                              |
| Pratiquez-vous des interventions à caractère esthétique / cosmétique ?                                      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Si oui, veuillez décrire :                                                                                  |                              |                              |
| Pratiquez-vous la médecine expérimentale ?                                                                  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Participez-vous à des expérimentations ?                                                                    | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Organisez-vous des expérimentations ?                                                                       | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Si, oui, veuillez préciser :                                                                                |                              |                              |
| Pratiquez-vous des interruptions de grossesse ?                                                             | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Si oui, combien par an ? Amma n'accepte cette activité que dans des centres reconnus.                       |                              |                              |
| Pratiquez-vous des expertises médicales mandatées par les instances judiciaires, par les assurances, etc. ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Si oui, veuillez préciser :                                                                                 |                              |                              |
| Pratiquez-vous l'acupuncture ?                                                                              | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Pratiquez-vous une activité d'expert judiciaire ou d'expert technique ?                                     | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Pratiquez-vous la médecine sportive ?                                                                       | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

|                                                                                           |                              |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Si oui, l'exercez-vous pour un groupement de sportifs professionnels ?                    |                              |                              |
| Activité en clinique privée ?                                                             | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Si oui, précisez :                                                                        |                              |                              |
| Si oui, êtes-vous l'exploitant de la clinique ?                                           | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Combien (en %) de votre patientèle ont une nationalité étrangère ? (Consentement éclairé) |                              |                              |
| Combien de jours par an pratiquez-vous des interventions médicales à l'étranger ?         |                              |                              |

#### 7. Médecins spécialistes en cours de formation

|                                                                                               |                              |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Effectuez-vous actuellement un stage de spécialisation ?                                      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Si oui, dans quel service ?                                                                   |                              |                              |
| La fin du stage est prévue pour le (mois/an) ?                                                |                              |                              |
| Votre responsabilité comme assistant est-elle assurée ?                                       | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Si oui, par qui ? (nom du médecin, nom de l'institution)                                      |                              |                              |
| Si oui, désirez-vous exclure les risques qui sont liés au stage ?                             | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Quels types d'activités doivent être assurés ?<br>Précisez s.v.p.                             |                              |                              |
| Participez-vous à des services de garde en dehors du cadre de votre stage de spécialisation ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Si oui, en quelle qualité, dans quel service ?                                                |                              |                              |

#### 8. Spécialités

|                                                                                                |                              |                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Quelle(s) spécialité(s) pratiquez-vous ? (1)                                                   |                              |                              |
| Etes-vous agréé pour ces spécialités ?                                                         | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Vos activités se limitent aux consultations et petites interventions ?                         | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Pratiquez-vous des actes tarifés par l'INAMI au-dessus de N 100 ou K 75 ?                      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Pratiquez-vous la chirurgie ?                                                                  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Si oui, laquelle ?<br>(Si vous pratiquez de la chirurgie esthétique, détaillez votre pratique) |                              |                              |

(1) Si vous pratiquez la pédiatrie, la gynécologie, l'orthopédie, l'ophtalmologie, la radiologie, la gastroentérologie, la chirurgie abdominale, la chirurgie plastique ou la psychiatrie, prière de bien vouloir répondre aux questions correspondantes ci-après.

|                                                         |                              |                              |
|---------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <b>Pédiatrie</b>                                        |                              |                              |
| Pratiquez-vous dans un service de néonatalogie ?        | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - en service NIC ?                                      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - en service N* ?                                       | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <b>Gynécologie</b>                                      |                              |                              |
| Pratiquez-vous l'échographie fœtale classique ?         | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Pratiquez-vous l'échographie morphologique (2e Trim.) ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Pratiquez-vous l'hystéroscopie diagnostique ?           | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Pratiquez-vous l'obstétrique ?                          | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <b>Orthopédie</b>                                       |                              |                              |
| Avec intervention au rachis ?                           | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <b>Ophtalmologie</b>                                    |                              |                              |
| Avec chirurgie réfractive ?                             | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Opérations de la cataracte ?                            | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <b>Radiologie</b>                                       |                              |                              |
| Pratiquez-vous la radiologie interventionnelle ?        | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <b>Gastro-entérologie</b>                               |                              |                              |

|                                                       |                              |                              |
|-------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Avec biopsie ?                                        | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Avec des actes endoscopiques de nature diagnostique ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Avec ablation de polypes ?                            | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Chirurgie proctologique ?                             | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <b>Chirurgie Abdominale</b>                           |                              |                              |
| Pratiquez-vous la chirurgie bariatrique ?             | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <b>Chirurgie plastique</b>                            |                              |                              |
| Pratiquez-vous la chirurgie esthétique ?              | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <b>Psychiatrie</b>                                    |                              |                              |
| Avec la pratique d'électrochoc thérapie ?             | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

## 9. Collaborateurs

|                                                                                                                                    |                              |                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Etes-vous assisté par des aides médicales/paramédicales rémunérés par vous ?                                                       | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Si oui, veuillez préciser :                                                                                                        |                              |                              |
| Désirez-vous assurer votre responsabilité pour les dommages causés par vos aides ? Si non, votre aide doit s'assurer par lui-même. | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Faut-il assurer la propre responsabilité de vos aides ?                                                                            | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

## 10. Garanties additionnelles

Amma prévoit les garanties additionnelles suivantes :

- Accidents patients
- Assistance en justice et recours

Si vous ne désirez pas souscrire une de ces garanties, veuillez le mentionner ici :

## 11. Garantie agression

|                                                  |                                    |                                    |                                    |
|--------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Désirez-vous souscrire à la garantie agression : |                                    | <input type="checkbox"/> oui       | <input type="checkbox"/> non       |
| <input type="checkbox"/> Formule 1               | <input type="checkbox"/> Formule 2 | <input type="checkbox"/> Formule 3 | <input type="checkbox"/> Formule 4 |

Bénéficiaire en cas de décès (si pas les personnes prévues dans les conditions générales)  
Nom, prénom, adresse et numéro national :

Bénéficiaire en cas d'invalidité (si autres personnes que celles prévues dans les conditions générales)  
Nom, prénom, adresse et numéro national :

## 12. Antériorité

**IMPORTANT**

La police d'AMMA Assurances couvre votre responsabilité professionnelle suivant le système du "FAIT GÉNÉRATEUR".

Ainsi, nous assurons votre responsabilité pour toutes les activités effectuées pendant la durée du contrat, même si des demandes en réparation sont formulées à votre encontre après la cessation de la police (couverture de "la postériorité").

La postériorité est assurée par AMMA ASSURANCES conformément au délai de prescription légal des actions en responsabilité. Les dommages pouvant résulter d'activités effectuées avant la prise d'effet du contrat, c.-à-d. l'antériorité, n'est pas couverte d'office.

Informez-vous, si nécessaire, auprès de votre (vos) assureur(s) antérieur(s) éventuel(s) afin d'éviter toute lacune de couverture.

|                                                 |                              |                              |
|-------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Faut-il assurer l'antériorité ? (avec surprime) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Si oui, pendant combien d'années ?              |                              |                              |

### 13. Déclaration

Si les questions posées ou l'espace prévu pour les réponses ne vous suffisent pas pour toutes les déclarations que vous estimez utiles, veuillez utiliser l'espace ci-dessous.

Le proposant (preneur d'assurance) informera AMMA ASSURANCES, dans les plus brefs délais, de chaque modification du risque.

### 14. Communications importantes

#### 14.1 Protection de la vie privée

Toute personne dont nous récoltons ou enregistrons les données à caractère personnel est informée des points ci-après) :

- Le responsable du traitement des données est AMMA Assurances a.m., ayant son siège Rue de la Régence, 52 à 1000 Bruxelles. Pour toute question à ce sujet, son délégué à la protection des données peut être contacté à l'adresse : [dpo@amma.be](mailto:dpo@amma.be)
- Le traitement des données personnelles est réalisé pour les finalités principales suivantes : gestion d'assurances, gestion du contentieux, gestion de la clientèle. Les données personnelles peuvent en outre être récoltées à des fins statistiques et dans le but d'optimiser nos services.
- La base juridique principale de ce traitement est la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.
- Vos données personnelles peuvent également être utilisées pour vous tenir informé de nos nouveaux produits et services (marketing direct).
- Vos données personnelles peuvent être transmises à nos partenaires d'assurance et de réassurance dans le respect des finalités mentionnées ci-avant. En aucun cas vos données personnelles ne peuvent être transmises à d'autres tiers.
- Vos données personnelles peuvent être conservées pendant toute la durée de vos contrats d'assurance, et au-delà de la fin de ces contrats pendant la durée du délai légal de prescription.
- Lorsque les conditions légales sont réunies, vous bénéficiez d'un droit d'accès aux données personnelles vous concernant ainsi que du droit de demander leur rectification, leur effacement, la limitation ou l'interdiction de leur traitement, le droit à leur portabilité et le droit de retirer votre consentement.
- L'exigence de fourniture de données peut avoir, selon les cas, une base réglementaire ou contractuelle et peut conditionner la conclusion du contrat. Leur fourniture est obligatoire. Le non-respect de cette obligation ou le refus du traitement de données peut mener à un refus ou à la résiliation du contrat ainsi qu'aux sanctions prévues par la loi de 4 avril 2014 en cas d'omission ou d'inexactitude.
- Vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès du département concerné d'AMMA Assurances, du service plainte d'AMMA (via [compliance@amma.be](mailto:compliance@amma.be)) ou de l'Autorité de Protection des Données ([contact@apd-gba.be](mailto:contact@apd-gba.be)).

En signant le présent document, vous nous donnez l'autorisation de traiter les données relatives à la santé et les données judiciaires vous concernant, dans la mesure nécessaire, aux fins mentionnées ci-dessus. Si vous agissez pour compte d'autres personnes, vous garantissez avoir reçu l'autorisation de ces personnes en vue du traitement de leurs données personnelles.

#### 14.2 L'adhésion

La signature de la proposition ne fait pas courir la couverture. La proposition n'engage ni le candidat preneur d'assurance ni l'assureur à conclure le contrat. Si dans les trente jours de la réception du formulaire 'proposition', l'assureur n'a pas notifié au candidat preneur, soit une offre d'assurance, soit la subordination de l'assurance à une demande d'enquête, soit le refus d'assurer, il s'oblige à conclure le contrat sous peine de dommages et intérêts. Veuillez compléter toutes les données demandées dans la présente proposition. Il va de soi que chaque question doit faire l'objet d'une réponse objective et sincère.

Veuillez compléter toutes les données demandées dans la présente proposition. Il va de soi que chaque question doit faire l'objet d'une réponse objective et sincère.

#### 14.3 Signature

Je, soussigné, déclare vouloir adhérer aux statuts de AMMA ASSURANCES. et y souscrire une assurance « R.C. Professionnelle » aux conditions générales de la police AMMA ASSURANCES sur la foi des déclarations qui précèdent.

Je, soussigné, déclare que les réponses qui précèdent, même si elles ne sont pas écrites de ma main, sont en tous points exactes.

Si une police définitive est établie, les déclarations ci-dessus serviront de base à son établissement et seront considérées comme en faisant partie intégrante. Prière de faire précéder chaque signature des mots manuscrits « lu et approuvé »

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du preneur d'assurance.

Signature de l'assuré.

Dans le cadre de la réglementation MIFID, veuillez nous donner votre accord pour la réception des documents par voie électronique.

☐ Oui, j'accepte de recevoir les demandes de paiement par mail.

E-mail :

Lieu :

Date :

Signature

**Document à retourner par voie postale à l'adresse suivante :**

**AMMA ASSURANCES**  
**Rue de la Régence, 52 - 1000 BRUXELLES**

**Ou par e-mail à [info@amma.be](mailto:info@amma.be)**

\* \* \*

AMMA ASSURANCES a.m.  
Association d'assurance mutuelle à cotisations fixes  
conformément à l'article 2, § 2 de la Loi du 25.06.1992 (M.B. 20.08.1992)  
agrée sous le code 0126  
pour les branches accidents, maladie, auto, incendie, autres dommages, RC véhicules automoteurs et RC générale  
(A.R. des 04 et 13.07.1979 – M.B. 14.07.1979)

fondée le 20.12.1944  
statuts publiés au Moniteur Belge le 27.12.2011

Site web : [www.amma.be](http://www.amma.be)

\* \* \*