

RC Professionnelle – Kinésithérapeutes Proposition d'assurance

Intermédiaire	
N° Agence :	
Nom :	

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 :	
Nr de registre national (numéro national) :	
Numéro d'entreprise :	
Rue, numéro, bte :	
Code postal, localité :	
Sexe :	<input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin
N° 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
GSM:	
E-mail:	

3. Date de prise d'effet

Prise d'effet :	
Echéance annuelle :	
Paiement :	<input type="checkbox"/> annuel <input type="checkbox"/> semestriel <input type="checkbox"/> trimestriel <input type="checkbox"/> mensuel (seulement par domiciliation)
Domiciliation bancaire (montant de la prime doit être supérieur à 50€)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

4. Activités professionnelles

Diplômes :			
Quelles institutions ont délivré vos diplôme(s) ?			
Quand ?			
Quel en est le titre exact ?			
Depuis quand pratiquez-vous votre profession ?			
Avez-vous un numéro de code INAMI ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Si oui, quel est-il ?			
Exercez-vous votre profession en tant qu'indépendant ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> complémentaire
Travaillez-vous sous une forme d'association ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Si oui, pouvez-vous spécifier :			
Membre d'une fédération :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Si oui, laquelle ?			
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 ?			

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

Êtes-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 suite à des 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 suite à vos activités professionnelles mais pas de nature (para)médicale ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, combien de fois ?		
Si oui, précisez (confidentiel) :		

6. Kinésithérapeutes

Pratiquez-vous l'ostéopathie ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Pratiquez-vous la thérapie manuelle ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Pratiquez-vous la chiropraxie ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Pratiquez-vous l'acupuncture ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Pratiquez-vous le cyriax ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Pratiquez-vous la thérapie myofaciale ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Pratiquez-vous les manipulations vertébrales ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Pratiquez-vous la thérapie par onde de choc ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Pratiquez-vous d'autres actes ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Précisez :		
Si oui, avec ou sans ordonnance ?	<input type="checkbox"/> avec	<input type="checkbox"/> sans
Quelle est votre formation scientifique en la matière ?		
Veillez préciser :		
Disposez-vous d'une installation de sauna, bains ou autres installations de nature à aggraver ou à influencer le risque ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, veuillez décrire et préciser le nombre :		
Organisez-vous des séances de gym ou fitness ou pratiquez-vous des activités semblables ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, veuillez préciser :		
Nombre de personnes participantes :		
Est-ce que des non-patients (comme des ex-patients) y ont accès ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Est-ce que tout le monde y a accès ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

7. Collaborateurs

Etes-vous assisté par des aides médicales et paramédicales rémunérées 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

8. Garanties agressions

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

9. Antériorité

<p>IMPORTANT</p> <p>La police d'AMMA Assurances couvre votre responsabilité professionnelle suivant le système du "FAIT GENERATEUR".</p> <p>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").</p> <p>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.</p> <p>Informez-vous, si nécessaire, auprès de votre (vos) assureur(s) antérieur(s) éventuel(s) afin d'éviter toute lacune de couverture.</p>		
Faut-il assurer l'antériorité ? (avec surprime)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, pendant combien d'années ?		

10. 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.

11. Communications importantes

11.1. Protection de la vie privée

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

- a) 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
- b) 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.
- c) La base juridique principale de ce traitement est la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.
- d) Vos données personnelles peuvent également être utilisées pour vous tenir informé de nos nouveaux produits et services (marketing direct).
- e) 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.
- f) 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.
- g) 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.
- h) 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.
- i) Vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès du département concerné d'AMMA Assurances, du service plainte d'AMMA (via compliance@amma.be) ou de l'Autorité de Protection des Données (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.

11.2. 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.

11.3. 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.			
<input type="checkbox"/> 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 à 1000 BRUXELLES

Ou par e-mail à 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

* * *