

RC Professionnelle – Médecins spécialistes

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 :	☐ féminin	☐ 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 :	☐ féminin	☐ masculin
GSM:		
E-mail:		

3. Date de prise d'effet

Prise d'effet :		
Echéance annuelle :		
Paie ment :	☐ annuel	☐ semestriel
	☐ trimestriel	☐ mensuel (seulement par domiciliation)
Domiciliation bancaire (montant de la prime doit être supérieur à 50€)	☐ oui	☐ non

4. Activités professionnelles

Quelles institutions ont délivré vos diplôme(s) ?			
Quand ?			
Quel en est le titre exact ?			
Depuis quand pratiquez-vous votre profession ?			
Exercez-vous votre profession en tant qu'indépendant ?	☐ oui	☐ non	☐ Complémentaire
Avez-vous un numéro de code INAMI ?	☐ oui	☐ non	
Si oui, quel est-il ?			
Travaillez-vous sous une forme d'association ?	☐ oui	☐ non	
Si oui, pouvez-vous spécifier :			
Ces activités de travail en équipe sont-elles assurées par une police d'assurance spéciale ?	☐ oui	☐ non	
Si oui, auprès de quelle compagnie d'assurances, sous quel numéro ?			

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

Etes-vous (avez-vous) déjà (été) assuré ?	☐ oui	☐ non
Si oui, auprès de quelle compagnie ?		N° police ?
La police, a-t-elle été résiliée ?	☐ oui	☐ 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) ?	☐ oui	☐ 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 ?	☐ oui	☐ non
Si oui, quand ?		
Montant du dommage (confidentiel) :		
Circonstances (confidentiel) :		
Avez-vous déjà fait une déclaration d'un éventuel sinistre auprès d'un assureur ?	☐ oui	☐ 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 ?	☐ oui	☐ 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 ?	☐ oui	☐ non
Si oui, combien de fois ?		
Si oui, précisez (confidentiel) :		

6. Médecins : Renseignements généraux (à remplir par TOUS les médecins, candidats assurés).

Participez-vous à des gardes en milieu hospitalier ?	☐ oui	☐ non
Si oui, dans quel service et en quelle qualité ?		
Pratiquez-vous des activités dans des services d'urgences ou des gardes d'urgences ?	☐ oui	☐ non
Si oui, dans quel service et en quelle qualité ?		
Pratiquez-vous des activités dans un service de soins intensifs et/ou de réanimation ?	☐ oui	☐ 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 ?	☐ oui	☐ non
Si oui, veuillez préciser :		
Pratiquez-vous des interventions à caractère esthétique / cosmétique ?	☐ oui	☐ non
Si oui, veuillez décrire :		
Pratiquez-vous la médecine expérimentale ?	☐ oui	☐ non
Participez-vous à des expérimentations ?	☐ oui	☐ non
Organisez-vous des expérimentations ?	☐ oui	☐ non
Si, oui, veuillez préciser :		
Pratiquez-vous des interruptions de grossesse ?	☐ oui	☐ 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. ?	☐ oui	☐ non
Si oui, veuillez préciser :		
Pratiquez-vous l'acupuncture ?	☐ oui	☐ non
Pratiquez-vous une activité d'expert judiciaire ou d'expert technique ?	☐ oui	☐ non
Pratiquez-vous la médecine sportive ?	☐ oui	☐ non
Si oui, l'exercez-vous pour un groupement de sportifs professionnels ?		
Activité en clinique privée ?	☐ oui	☐ non
Si oui, dans quelle clinique privée travaillez-vous ?	☐ oui	☐ non
Si oui, êtes-vous l'exploitant de la clinique ?	☐ oui	☐ non
Combien (en %) de votre patientèle ont une nationalité étrangère ?		
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 ?	☐ oui	☐ non
Si oui, dans quel service ?		
La fin du stage est prévue pour le (mois/an) ?		
Votre responsabilité comme assistant est-elle assurée ?	☐ oui	☐ non
Si oui, par qui ? (nom médecin, nom institution)		
Si oui, désirez-vous exclure les risques qui sont liés au stage ?	☐ oui	☐ non

Quels types d'activités doivent être assurés? Précisez s.v.p.		
Participez-vous à des services de garde en dehors du cadre de votre stage de spécialisation ?	☐ oui	☐ non
Si oui, en quelle qualité, dans quel service ?		

8. Spécialités

Quelle(s) spécialité(s) pratiquez-vous ? (1) Etes-vous agréé pour ces spécialités ?	☐ oui	☐ non
Pratiquez-vous des actes tarifés par l'INAMI au-dessus de N 100 ou K 75 ?	☐ oui	☐ non
Pratiquez-vous la chirurgie ?	☐ oui	☐ non
Si oui, laquelle ?		
Vos activités se limitent aux consultations et petites interventions ?	☐ oui	☐ non
Pratiquez-vous la chirurgie de votre spécialité ?	☐ oui	☐ non
Pratiquez-vous la chirurgie bariatrique ?	☐ oui	☐ non

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

Pédiatrie		
Pratiquez-vous dans un service de néo-natologie ?	☐ oui	☐ non
- en service NIC ?	☐ oui	☐ non
- en service N* ?	☐ oui	☐ non
Gynécologie		
Pratiquez-vous cette spécialité ?	☐ oui	☐ non
Pratiquez-vous l'échographie prénatale ?	☐ oui	☐ non
Pratiquez-vous l'obstétrique ?	☐ oui	☐ non
Orthopédie		
Pratiquez-vous cette spécialité ?	☐ oui	☐ non
Avec intervention au rachis ?	☐ oui	☐ non
Ophtalmologie		
Pratiquez-vous cette spécialité ?	☐ oui	☐ non
Avec chirurgie réfractive ?	☐ oui	☐ non
Opérations de la cataracte ?	☐ oui	☐ non
Radiologie		
Pratiquez-vous cette spécialité ?	☐ oui	☐ non
Pratiquez-vous la radiologie interventionnelle ?	☐ oui	☐ non
Anesthésie		
Pratiquez-vous cette spécialité ?	☐ oui	☐ non
Gastro-entérologie		
Pratiquez-vous cette spécialité ?	☐ oui	☐ non
Avec biopsie ?	☐ oui	☐ non
Avec des actes endoscopiques de nature diagnostique ?	☐ oui	☐ non
Avec ablation de polypes ?	☐ oui	☐ non
Chirurgie proctologique	☐ oui	☐ non

9. Collaborateurs

Etes-vous assisté par des aides médicales/paramédicales rémunérés par vous ?	☐ oui	☐ 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.	☐ oui	☐ non
Faut-il assurer la propre responsabilité de vos aides ?	☐ oui	☐ non

10. Garanties agressions

Désirez-vous souscrire à la garantie agression ?	☐ oui	☐ non
☐ Formule 1	☐ Formule 2	☐ Formule 3
☐ Formule 4		
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 :		

11. Antériorité

IMPORTANT

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

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)	☐ oui	☐ non
Si oui, pendant combien d'années ?		

12. 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.

13. Communications importantes

13.1. 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 garantisiez avoir reçu l'autorisation de ces personnes en vue du traitement de leurs données personnelles.

13.2. 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.

13.3. 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 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, r.c. véhicules automoteurs et r.c. 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

* * *