

R.C. Professionnelle Proposition Groupe UPMO

Conseiller :

Nom : s.a. Georges Renzonnet et Fils

N° Agence : 597874

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

info@amma.be
www.amma.be

1. Préliminaires

1.1. Protection de la vie privée

La Loi du 08.12.1992 nous oblige à communiquer ce qui suit aux personnes à propos desquelles des données sont rassemblées pour être traitées :

- Les données rassemblées peuvent être enregistrées dans les fichiers suivants: répertoire général, relations commerciales, gestion des contrats, gestion et liquidation des sinistres, statistiques.
- Toute personne apportant la preuve de son identité a le droit, moyennant paiement préalable de la somme fixée par l'AR du 07.09.1993, de consulter ses données, de faire corriger les données incorrectes ou de faire supprimer certaines informations. Pour exercer ce droit, la personne en question doit envoyer une demande datée et signée au service 'Fichiers' de AMMA ASSURANCES, le détenteur des fichiers.

Il est également possible de consulter le registre de l'instance officielle suivant le règlement fixé.

1.2. 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.

2. 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			
Profession			
Etat civil			
Nationalité– numéro nationale/numéro d'entreprise			
Rue, numéro, bte			
Code postal, localité			
Sexe		<input type="checkbox"/> féminin	<input type="checkbox"/> masculin
N° CCP ou banque :			
Téléphone privé		Téléphone bureau 1	
Téléphone bureau 2		GSM	
Téléfax		E-mail	

3. 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			
Profession			
Etat civil			
Nationalité– numéro nationale/numéro d'entreprise			
Rue, numéro, bte			
Code postal, localité			
Sexe		<input type="checkbox"/> féminin	<input type="checkbox"/> masculin
N° CCP ou banque :			
Téléphone privé		Téléphone bureau 1	
Téléphone bureau 2		GSM	
Téléfax		E-mail	

4. Date de prise d'effet

Prise d'effet :	<input type="checkbox"/> Nouvelle affaire
Echéance annuelle :	<input type="checkbox"/> Remplace police n° :
Païement : <input type="checkbox"/> annuel	<input type="checkbox"/> Commune à police n° :
<input type="checkbox"/> semestriel	<input type="checkbox"/> N° sociétaire : <input type="checkbox"/> Nouveau
<input type="checkbox"/> trimestriel	

5. Activités professionnelles

Diplôme(s) :	
Quelle institution a délivré votre diplôme ?	
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 ?	

Pratiquez-vous comme indépendant ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si non, sous quelle forme d'association pratiquez-vous ?		
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 ?		

6. Assurances et sinistres (à remplir par TOUS les candidats assurés).

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, préciser (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, préciser (confidentiel) :		
Avez-vous déjà été condamné par l'Ordre Provincial des Médecins auquel vous appartenez ou par l'Ordre National des Médecins à cause d'aspects techniques de votre activité professionnelle (à l'exclusion des problèmes concernant les honoraires, cotisations, dignité, etc.) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, veuillez préciser :		

7. Médecins

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

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 ? Si oui, dans quel service et en quelle qualité ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Faites-vous partie d'une équipe d'urgence pour transport de blessés et/ou de malades ? Si oui, veuillez préciser :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Pratiquez-vous la chirurgie à caractère esthétique spécifique ? Si oui, veuillez décrire :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Pratiquez-vous la médecine préventive ? Si oui, veuillez préciser :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Pratiquez-vous la médecine expérimentale ? Si, oui, veuillez préciser :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Pratiquez-vous des interruptions de grossesse ? Si oui, combien par an ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Pratiquez-vous des expertises médicales mandatées par les instances judiciaires, par les assurances, etc ? Si oui, veuillez préciser :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

8. Médecine générale

Avez-vous suivi un recyclage ou une formation complémentaire ? Si oui, lequel ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Etes-vous médecin généraliste travaillant en milieu hospitalier ? Si oui, dans quel service ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Etes-vous maître de stages ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Combien d'accouchements pratiquez-vous par an ?		
Pratiquez-vous le contrôle scolaire médical ? Si oui, seul, avec un ou plusieurs aides ? Dans combien d'établissements ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Pratiquez-vous la médecine du travail ? Si oui, seul, avec un ou plusieurs aides ? Dans combien d'établissements ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Pratiquez-vous, en dehors de la médecine générale, des thérapies spéciales qui pourraient être de nature à aggraver ou à influencer le risque ? Si oui, lesquelles ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

9. Kinésithérapeutes

Pratiquez-vous des thérapies manuelles ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Faites-vous des manipulations vertébrales Si oui, sur ordonnances ? sans ordonnance ?		
Si oui, quel type de manipulations Quelle est votre formation scientifique en la matière ?		

Veuillez préciser :		
Disposez-vous d'une installation de sauna, bains ou autres installations de nature à aggraver ou à influencer le risque ? Si oui, veuillez décrire et préciser le nombre :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Organisez-vous des séances de gym ou fitness ou pratiquez-vous des activités semblables ? Si oui, veuillez préciser :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Nombre de personnes participantes :		

10. Ostéopathes

Votre formation (+ copie diplômes)		
Sur ordonnance médicale?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

11. Pratique professionnelle (à remplir par TOUS les candidats-assurés).

Exercez-vous vos activités en clientèle privée ? (si vos activités se limitent à une clientèle privée, les questions suivantes faisant partie de la présente rubrique sont sans objet)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
---	------------------------------	------------------------------

Exercez-vous vos activités dans :		
<input type="checkbox"/> des polycliniques	<input type="checkbox"/> des centres de consultations	
<input type="checkbox"/> des centres de dispensation de soins	<input type="checkbox"/> des cliniques	
<input type="checkbox"/> des hôpitaux	<input type="checkbox"/> autres (1)	
(1) Veuillez préciser :		
Lesquels (noms et adresses) ?		
Y travaillez-vous :	<input type="checkbox"/> full time	<input type="checkbox"/> part time
Êtes-vous affecté à un service ? Si oui, lequel ? Combien de lits compte ce service ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Travaillez-vous comme responsable ? Si oui, en qualité de :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> gestionnaire d'hôpital	<input type="checkbox"/> directeur médical	<input type="checkbox"/> directeur administratif
<input type="checkbox"/> chef de département	<input type="checkbox"/> chef de service	<input type="checkbox"/> médecin chef
<input type="checkbox"/> maître de stages		
Êtes-vous attaché à un centre de dispensation comme :		
<input type="checkbox"/> propriétaire	<input type="checkbox"/> co-propriétaire	<input type="checkbox"/> exploitant
Si oui, veuillez décrire le centre :		
Les activités sous 8.2 sont-elles assurées par une police d'assurance spéciale ? Si oui, quelles activités ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Quel est le souscripteur et auprès de quelle compagnie d'assurances ?		

12. Collaborateurs (à remplir par TOUS les candidates-assurés).

Êtes-vous assisté par des aides ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
-----------------------------------	------------------------------	------------------------------

Si oui, veuillez préciser :

13. Circonstances de travail (à remplir par TOUS les candidats-assurés).

Y a-t-il concordance entre votre formation et toutes les activités que vous pratiquez ? Si non, veuillez décrire :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Le matériel disponible, les installations et les services mis à votre disposition, ainsi que vos collaborateurs éventuels vous permettent-ils d'exercer vos activités professionnelles dans les meilleures conditions ? Si non, veuillez préciser :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Veuillez préciser le nombre d'heures de travail journalier : Des heures supplémentaires sont-elles prévues ? Si oui, veuillez décrire :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Le nombre d'heures de travail prévu influencera t-il votre travail dans le sens négatif ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Y a-t-il certaines circonstances de travail pouvant influencer vos activités professionnelles de façon négative ? Si oui, veuillez décrire :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

14. Montants à assurer par sinistre

Dommages corporels	€	5.000.000
Dommages matériels	€	250.000

15. Garanties additionnelles (à remplir par TOUS les candidats-assurés).

Désirez-vous souscrire des garanties additionnelles couvrant :

- les dommages résultant indirectement de vos activités professionnelles
- les dommages à votre clientèle, même si vous n'êtes pas responsable
- une « assistance en justice » élargie
- le recours contre un tiers responsable pour vos propres dégâts, même si le tiers est insolvable

16. Antériorité

Faut-il assurer l'antériorité ? oui non
Si oui, pendant combien d'années ?

17. Déclaration (à remplir par TOUS les candidats-assurés).

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.

Je, soussigné, déclare 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 de l'assuré.

Document à retourner à l'adresse suivante :
AMMA ASSURANCES
AVENUE DES ARTS 39 BTE 1, 1040 BRUXELLES

* * *