

## FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE RISQUE RESPONSABILITÉ CIVILE DES PROFESSIONS DE LA SANTÉ

SOUSCRIPTEUR	VOTRE INTERLOCUTEUR
Nom : _____ Prénom : _____ Adresse : _____ _____ Numéro de client : _____ Code SIREN : _____	AXA République agence.republique@axa.fr 02 28 54 00 54  PTF : 44039344

### I - RENSEIGNEMENTS D'ORDRE GÉNÉRAL CONCERNANT L'ASSURÉ

Activité(s) professionnelle(s) exercée(s) : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Date de naissance : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Date 1<sup>ère</sup> installation : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Êtes-vous : En activité ?  Retraité actif ?

#### Vos diplômes\*

- Date d'obtention : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|
- Nature : \_\_\_\_\_
- Etablissement de formation (désignation, adresse, site Internet) : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- Pays d'obtention : \_\_\_\_\_

\* Joindre leur copie svp.

#### Votre autorisation d'exercer

##### 1. Activité(s) réglementée(s) par le code de la santé publique :

- A quel Tableau de l'Ordre êtes-vous inscrit ? \_\_\_\_\_
- Sous quel numéro ? \_\_\_\_\_

##### 2. Activité reconnue hors code de la santé publique

###### Psychologue ou Psychothérapeute

- Êtes-vous inscrit sur le registre national ?  OUI  NON
- À partir de quelle ARS êtes-vous inscrit ? \_\_\_\_\_
- Sous quelles références ? \_\_\_\_\_

###### Ostéopathe ou Chiropracteur

- À partir de quelle ARS êtes-vous inscrit ? \_\_\_\_\_
- Sous quelles références ? \_\_\_\_\_

##### Si vous exercez hors du territoire français :

- Lieu(x) d'exercice : \_\_\_\_\_
- Modalités (seul, en cabinet, club sportif, missions humanitaires, missions d'assistance...) : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- Part de cette activité (en % d vos honoraires ou CA) : \_\_\_\_\_



## IV - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX CONCERNANT LES ACTIVITÉS DE L'ASSURÉ

### Pour les médecins, kinésithérapeutes, ostéopathes et chiropracteurs

**Pratiquez-vous la médecine du sport/soins spécifiques aux activités sportives ?** OUI  NON

Si OUI :

• Pratiquez-vous la médecine du sport/soins spécifiques aux activités sportives ? OUI  NON

• Etes-vous titulaire d'une formation spécifique ? OUI  NON

Si OUI, laquelle : \_\_\_\_\_

• Pratiquez-vous cette activité au sein d'un club intégrant des sportifs professionnels et/ou amateurs de haut niveau ? OUI  NON

### Pratiquez-vous la médecine d'urgence ou les astreintes dans le cadre de la permanence des soins ?

• Assurez-vous des permanences dans des structures de type SOS médecins ? OUI  NON

- En qualité de médecin urgentiste ? OUI  NON

- Existe-t-il une convention signée entre vous et la structure ? OUI  NON

• Faites-vous de la Médecine d'urgence ? OUI  NON

- Etes-vous titulaire de la CAMU (capacité en médecine d'urgence) ? OUI  NON

- Etes-vous titulaire d'un DESC (Diplôme d'Etudes Spécialisées) ? OUI  NON

### Pratiquez-vous des missions d'expertise ?

• Au près des tribunaux ou des commissions de conciliation et d'indemnisation visées par la loi du 4 mars 2002 ? OUI  NON

• Au près de la sécurité sociale ? OUI  NON

• Au près d'un assureur ? OUI  NON

Si OUI, lequel : \_\_\_\_\_

• Autre : \_\_\_\_\_

**Dispensez-vous des formations universitaires ou professionnelles ?** OUI  NON

**Pratiquez-vous la médecine du travail ?** OUI  NON

Si OUI : à temps partiel ?  à temps complet ?

**Pratiquez-vous des actes de médecine à finalité purement esthétique ?** OUI  NON

Si OUI : Quels types d'actes ? \_\_\_\_\_

Etes-vous titulaire d'un diplôme de médecine esthétique et anti-âge ? OUI  NON

Quel est le pourcentage de ces actes dans votre activité globale ? \_\_\_\_\_ %

**Pratiquez-vous la Télémédecine ?** OUI  NON

• Déclarez-vous exercer ces actes de télémédecine conformément aux dispositions des articles L.6316-1 et R.6316-1 et suivants du Code de la Santé Publique ? OUI  NON

• La Société de télémédecine à laquelle vous appartenez a-t-elle signé une convention avec l'ARS ? OUI  NON

### Pratiquez-vous les actes de télémédecine suivants :

• Téléconsultation OUI  NON

• Télésurveillance médicale OUI  NON

• Téléassistance médicale OUI  NON

• Régulation médicale OUI  NON

### Au moment de la réalisation de ces actes de télémédecine, les patients traités sont-ils des patients situés :

• exclusivement en France, dans les Départements et Régions d'Outre-Mer ? OUI  NON

• dans des Pays et Territoires d'Outre-Mer ? OUI  NON

• dans l'Union européenne ? OUI  NON

• à l'étranger (hors USA/Canada) ? OUI  NON

• aux USA ou au Canada ? OUI  NON

### Exercez-vous, accessoirement à votre activité déclarée, des pratiques non visées par le code de la santé publique mais reconnues par la loi ?

• Psychologue/psychothérapeute OUI  NON   
Date d'inscription sur le registre national : \_\_\_\_\_

• Ostéopathe/chiropracteur OUI  NON   
Date d'inscription sur la liste de l'ARS : \_\_\_\_\_

**Exercez-vous, accessoirement à votre activité déclarée, des actes de médecine habituellement pratiqués par des spécialistes ?**

OUI  NON

Si OUI, lesquels : \_\_\_\_\_

**Actes à finalité purement esthétique ?**

OUI  NON

Si OUI, quels types d'actes : \_\_\_\_\_

Etes-vous titulaire d'un diplôme de médecine esthétique et anti-âge ?

OUI  NON

Quel en est le pourcentage de ces actes dans votre activité globale ? \_\_\_\_\_ %

En cas d'utilisation d'un matériel de type Laser, remplir le questionnaire complémentaire ci-après.

**Actes de médecine gynécologique**

OUI  NON

Si OUI : répondre au questionnaire complémentaire.

Quel en est le pourcentage dans votre activité globale ? \_\_\_\_\_ %

**Autres actes ?**

OUI  NON

Si OUI, lesquels : \_\_\_\_\_

Formation : \_\_\_\_\_

**Exercez-vous, accessoirement à votre activité déclarée, des pratiques non réglementées ?**

OUI  NON

Si OUI, lesquelles\* : \_\_\_\_\_

Avez-vous un diplôme ou attestation spécifique concernant cette activité ?

OUI  NON

Lequel : \_\_\_\_\_

Etablissement de formation : \_\_\_\_\_

Date de délivrance : | | | | | | | | | |

En cas de pratique de l'acupuncture : Utilisez-vous des aiguilles jetables exclusivement ?

OUI  NON

\* Acupuncture, sophrologie, techniques de réflexologie, thérapies chinoises, etc.

Je reconnais avoir été informé(e), conformément à l'article 32 de la Loi du 6 janvier 1978 modifiée :

- Du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-dessus ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L.113-8 (nullité du contrat) et L.113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances.
- Que les destinataires des données personnelles me concernant pourront être, d'une part et en vertu d'une autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés, les collaborateurs de l'assureur, responsables du traitement, tant en France qu'au Maroc, dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et, d'autre part, ses intermédiaires, réassureurs et organismes professionnels habilités ainsi que les sous-traitants missionnés.
- Que mes données peuvent être utilisées dans la mesure où elles sont nécessaires à la gestion et à l'exécution des autres contrats souscrits auprès de l'assureur ou auprès des autres sociétés du groupe auquel il appartient.
- Que je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès d'AXA France – Direction Relations Clientèle – 313, Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex pour toute information me concernant.
- Que les données recueillies par l'assureur lors de la souscription et des actes de gestion peuvent être utilisées par le Groupe AXA à des fins de prospection commerciale. Je peux m'y opposer en écrivant à l'adresse indiquée ci-dessus.

Fait à \_\_\_\_\_

le | | | | | | | | | |

Le proposant \_\_\_\_\_

Signature



# RESPONSABILITÉ CIVILE DES PROFESSIONS DE LA SANTÉ

## Questionnaire complémentaire « radiologie/radiothérapie »

Détenez-vous des **installations et/ou matériels sources de rayonnements ionisants** ?

• Soumis à Autorisation

OUI  NON

*Si OUI, vous devrez alors souscrire une police spécifique – Demander, le cas échéant, le questionnaire correspondant (Assuratome) auprès de votre interlocuteur AXA.*

• Soumis à Déclaration

OUI  NON

• Autres sources : \_\_\_\_\_

**Pratiquez-vous la radiothérapie ?**

OUI  NON

*Si oui,*

• Combien de traitements/an et par appareils réalisez-vous ? \_\_\_\_\_

• De combien d'appareils en service disposez-vous ? \_\_\_\_\_

• Quel est le nombre de radio-physiciens salariés attachés à votre cabinet ? \_\_\_\_\_

• Les traitements sont-ils délivrés en présence d'une personne spécialisée en radiophysique médicale ou d'un médecin ?

OUI  NON

• Disposez-vous d'un dosimètre ?

OUI  NON

**Si vous êtes Radiologue :**

Pratiquez-vous des actes de radiologie interventionnelle (RI) :

OUI  NON

*Si oui, à quelle catégorie les actes que vous pratiquez relèvent-ils (cocher le ou les cas concerné(s))*

- Actes simples réalisables par tout radiologue polyvalent dans son cabinet, à savoir : actes de RI à visée diagnostique (par exemple : biopsies, ponction guidée, injection de produits de contraste) sauf RI vasculaire (sauf phlébographie autorisée ici). **Actes de RI à visée thérapeutique exclus sauf infiltration articulaire périphérique.**
- Actes intermédiaires, réalisables dans le cadre d'une structure de RI intégrée au plateau technique d'imagerie, équipée en conformité avec l'activité envisagée et obligatoire adossée à un établissement MCO, notamment : angioplastie simple, embolisations programmées, drainage, infiltration rachidienne.
- Actes complexes, qui rassemblent les actes réalisables dans une structure spécialisée regroupant une équipe permettant d'assurer la PDS (prise en charge des soins) et de prendre en charge les actes lourds nécessitant un environnement spécifique : embolisation en urgence, stent graft aortique, TIPS, angioplastie carotidienne.