

2019

RESPONSABILITÉ CIVILE
PROFESSIONNELLE
PROTECTION JURIDIQUE

La mutuelle
des professions libérales
et indépendantes

RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE ET PROTECTION JURIDIQUE

“Bulletin d’adhésion” - Médecins ou Pharmaciens

RCP
+ PJP

Un tarif remarquable...

- Cotisation personnalisée
- Jusqu’à 15 000 000 € de couverture / an
- Protection Juridique Professionnelle incluse

AMPLI
MUTUELLE
Libéraux & Indépendants

Composez, comparez,
adhérez en ligne sur



BULLETIN D'ADHÉSION RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE ET PROTECTION JURIDIQUE DES PROFESSIONS DE SANTÉ (Médecins-Pharmaciens)

Code Avantage ou si parrainage, identité du parrain
Votre conseiller

POUR TOUT RENSEIGNEMENT
0 800 009 772 N° Vert

Cocher ci-après les cases choisies et remplir très lisiblement en lettres capitales.

L'ensemble des champs du formulaire doit être complété. Le caractère obligatoire des données résulte d'exigences contractuelles et réglementaires. A défaut, votre dossier ne sera pas pris en compte.

I - IDENTIFICATION DU SOUSCRIPTEUR/ADHÉRENT

Mme M. Êtes-vous déjà adhérent(e) d'AMPLI MUTUELLE ? NON OUI N° d'adhérent _____

NOM ou DÉNOMINATION SOCIALE _____

NOM DE JEUNE FILLE (s'il y a lieu) _____

PRÉNOM _____

NÉ(E) le _____ A _____

CODE POSTAL _____ PAYS _____

NATIONALITÉ _____

Carte d'identité Passeport Carte de séjour N° DE LA PIÈCE _____

DATE ET LIEU DE DÉLIVRANCE _____

Conformément à la réglementation, tout adhérent doit impérativement joindre une copie recto/verso d'une pièce d'identité en cours de validité.

Personne politiquement exposée (PPE*) ETES-VOUS UNE PERSONNE POLITIQUEMENT EXPOSÉE ? OUI NON

*PPE: Personne qui est exposée à des risques particuliers en raison des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives qu'elle exerce ou a exercées pour le compte d'un Etat ou de celles qu'exercent ou ont exercées des membres directs de sa famille ou des personnes connues pour lui être étroitement associées ou le devient en cours de relation d'affaires.

SITUATION DE FAMILLE Marié Célibataire Divorcé Concubin Veuf Séparé PACS

ADRESSE DOMICILE _____

CODE POSTAL _____ VILLE _____

Joindre un justificatif de domicile de moins de trois mois.

JE SOUHAITE ÊTRE CONTACTÉ AU N° TÉLÉPHONE _____

ADRESSE PROFESSIONNELLE _____

CODE POSTAL _____ VILLE _____

E-MAIL DE CONTACT (adresse mail à laquelle vous avez accès et que vous consultez régulièrement) _____

J'accepte que mes données soient utilisées par les entités assurantielles d'AMPLI MUTUELLE et du Groupe Pasteur Mutualité pour recevoir des propositions commerciales, informations ou animations.

J'accepte que mes données soient transmises aux partenaires contractuels et institutionnels des entités assurantielles d'AMPLI Mutuelle et du Groupe Pasteur Mutualité pour recevoir des propositions commerciales, informations ou animations par voie électronique.

Nécessaires à la bonne gestion de votre dossier et aux fins d'exécution de votre contrat, les données à caractère personnel contenues dans ce document seront traitées par PANACEA Assurances et par AMPLI Mutuelle également co-responsable du traitement, et sont destinées à ses mandataires et partenaires contractuels et institutionnels d'AMPLI Mutuelle et aux entités assurantielles de Groupe Pasteur Mutualité. Sur la base de votre consentement, que vous pouvez retirer à tout moment, vos données sont également utilisées pour vous diffuser des propositions commerciales, informations et animations de la part des entités assurantielles de Groupe Pasteur Mutualité, du courtier et/ou des partenaires contractuels et institutionnels des entités assurantielles du Groupe Pasteur Mutualité et du courtier. Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel, et dans les conditions qu'elle définit, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Vous pouvez, pour des motifs tenant à votre situation particulière, vous opposer au traitement des données vous concernant. Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre courrier à PANACEA Assurances, Délégué à la Protection des Données, 34 boulevard de Courcelles, 75809 Paris cedex 17 - dpo@gpm.fr et /ou à AMPLI Mutuelle, Délégué à la Protection des Données, 27 boulevard Berthier 75858 Paris cedex 17 - dpd@ampli.fr, en joignant la copie de votre pièce d'identité. En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL. Vous disposez également d'un droit d'inscription sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique auprès de BLOCTEL. Pour plus d'informations, notamment sur les durées de conservation, vous reporter à l'article « Protection des données » des conditions contractuelles.

II - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE

PROFESSION : _____
SPÉCIALITÉ : _____
Pays d'obtention du diplôme : _____
N° d'inscription à l'Ordre professionnel : _____

EXERCICE LIBÉRAL

Installation ? OUI NON Collaboration ? OUI NON Remplacement ? OUI NON

- Date de la première installation : _____
- Retraité actif ? OUI NON
- Modalité d'exercice de votre activité : Indépendant SCM SCP SEL
- Avez-vous des salariés occupant des fonctions médicales/paramédicales ? : OUI NON
- Si oui, lesquelles : _____
- Exercez-vous sur plusieurs sites ? OUI NON

	Établissements ou sites d'exercice des activités	Type d'activités exercées (consultation, plateau technique)	Durée moyenne d'activité hebdomadaire en demi journées
1			
2			
3			

* si plus de trois sites concernés joindre un document détaillé

- Connaissez-vous la date à laquelle vous aurez la possibilité de prendre votre retraite ? OUI NON
Si oui, indiquez cette date ou celle à laquelle vous pensez cesser vos activités professionnelles : _____
- Exercez-vous à l'étranger ? (exclusion au contrat, sauf stages conventionnées et missions humanitaires) OUI NON
Si oui, dans quel cadre ? _____
Dans quel pays ? _____

EXERCICE HOSPITALIER

- Exercice à temps plein sans secteur privé statutaire OUI NON
- Exercice à temps plein avec secteur privé statutaire OUI NON
- Exercice à temps partiel OUI NON Nombre de demi-journées par semaine : _____
- En dehors de l'hôpital exercez-vous des activités à titre libéral ? OUI NON Nombre de demi-journées par semaine : _____

EXERCICE SALARIÉ

- Exercice à temps plein ? OUI NON
- Exercice à temps partiel ? OUI NON Nombre de demi-journées par semaine : _____
- En dehors de votre activité salariée, exercez-vous des activités à titre libéral ? OUI NON
Nombre de demi-journées par semaine : _____

III - INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE ACTIVITÉ

Pour toutes les professions/spécialités :

- Pratiquez-vous :
 - des consultations ? OUI NON
 - des consultations et actes en cabinet ? OUI NON
 - des consultations et actes en établissement / Interventions en plateau technique lourd ? OUI NON
- Pratiquez-vous des actes à visée purement esthétique ? OUI NON

Si oui, lister les actes pratiqués : _____

III - INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE ACTIVITÉ (suite)

- Pratiquez-vous des médicalisations d'évènements sportifs et culturels ? (exclusion des évènements professionnels) OUI NON
- Pratiquez-vous des anesthésies :
 - générales ? OUI NON
 - régionales ? OUI NON
 - locales ? OUI NON
- Pratiquez-vous des actes d'imagerie médicale ? OUI NON
- Pratiquez-vous des échographies obstétricales ? OUI NON
- Comment informez-vous vos patients ?
 - oralement OUI NON
 - par écrit OUI NON
 - par un document signé du patient OUI NON
 - par un courrier au médecin traitant avec copie au patient OUI NON

MÉDECINE GÉNÉRALE :

- Acupuncture OUI NON
- Ostéopathie OUI NON
- Si oui, répondez-vous aux exigences du décret du 25/03/2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie ? OUI NON
- Pose de Dispositifs Intra Utérins, implanon OUI NON
- Médecine du Sport (Exclusion des Sportifs Professionnels) OUI NON
- régulation OUI NON
- Infiltrations articulaires et periarticulaires OUI NON
- Homéopathie OUI NON
- Mésothérapie OUI NON
- Nutrition OUI NON
- Médecine de Montagne ou de mer OUI NON
- SOS Médecins OUI NON
- Suivi de grossesse OUI NON

CARDIOLOGIE :

- Echographies OUI NON
- Tests d'Effort OUI NON

O.R.L. :

- Actes Esthétiques avec entente préalable S.S OUI NON
- Actes Esthétiques sans entente préalable S.S OUI NON
- Chirurgie carcinologique / cervico-faciale OUI NON

STOMATOLOGIE :

- Implantologie OUI NON
- Actes de chirurgie simple au bloc (Dentaire, parodontologie, greffes osseuses...) OUI NON
- Actes de chirurgie lourde au bloc (Ostéotomie, Carcinologie, Reconstruction...) OUI NON
- Chirurgie esthétique OUI NON

PNEUMOLOGIE :

- Fibroscopie OUI NON

RADIOLOGIE / MÉDECINE NUCLÉAIRE :

- radiologie vasculaire / interventionnelle OUI NON
- Ponctions / Biopsie OUI NON
- Diagnostic OUI NON
- Scintigraphie OUI NON

ANGIOLOGIE :

- Consultation préopératoire OUI NON

OPHTALMOLOGIE :

- Fond d'œil OUI NON
- Laser OUI NON
- Cataracte OUI NON
- Chirurgie réfractive OUI NON
- Actes Esthétiques OUI NON

GASTRO ENTEROLOGIE :

- Echographie OUI NON
- Fibroscopie / Coloscopie OUI NON
- Hémorroïdes en bloc opératoire OUI NON
- Cathétérisme rétrograde / Bariatrie OUI NON

ALGOLOGIE :

- Stimulateur / Pompe à morphine OUI NON

GYNECOLOGIE :

- Pose de Dispositifs Intra Utérin, Implanon OUI NON
- Echographies gynécologiques/datation OUI NON
- Conisation/hystérectomie OUI NON
- Chirurgie gynécologique OUI NON
- Procréation médicalement assistée OUI NON

Si ce questionnaire ne semble pas décrire complètement vos activités, merci de nous préciser ce qui vous paraît être spécifique à votre exercice :

IV - DEMATERIALISATION

- Je n'accepte pas de recevoir les informations, courriers de gestion, documents contractuels et pièces y afférentes émanant des entités assurantielles d'AMPLI Mutuelle par voie électronique.

V - ANTECEDENTS D'ASSURANCE

Au cours des 10 dernières années écoulées :

- Avez-vous été assuré : - pour le risque de votre responsabilité civile professionnelle ? OUI NON
- pour votre protection juridique professionnelle ? OUI NON
- Votre contrat RCP est-il toujours en cours ? OUI NON

Si non, motifs de résiliation : _____

Nom du (ou des) assureur(s) précédent(s)	Date d'effet du (ou des) contrat(s)	Date de fin du (ou des) contrat(s)	Professions/spécialités garanties	Mode d'exercice garanti (Hospitalier, libéral, mixte...)

- Durant les 10 dernières années, avez-vous eu recours à la procédure de saisine du Bureau Central de Tarification ? OUI NON
- Avez-vous connaissance de sinistres (RCP, PJ) survenus au cours des 10 dernières années au titre desquels vous avez été mis en cause ou concerné à quel que titre que ce soit ? OUI NON

(On entend par sinistre : toute réclamation formulée auprès du professionnel de santé ou de son assureur (qu'il y ait ou non règlement) et/ou toute réclamation formulée auprès du professionnel de santé de nature à engager ultérieurement sa responsabilité)

Si oui, remplir le tableau suivant (suite éventuelle sur feuille annexe) :

Garantie (RCP ou PJ)	Dates		Précisions concernant la nature de la réclamation	Etat de la procédure	Montant des dommages
	de l'incident	de la réclamation			

Nous vous remercions de joindre à ce questionnaire un relevé d'informations comprenant les précisions suivantes sur les 10 dernières années : niveau de responsabilité, date de l'incident et de la réclamation, origine du dommage, nature et état de la procédure, règlements effectués, évaluations du dossier.

En cas de sinistre, nous vous remercions de joindre un résumé circonstancié de toute réclamation du patient, ainsi que les rapports d'expertises ou conclusions éventuelles adressées sous pli confidentiel à l'attention du Directeur Médical.

- Souhaitez vous bénéficier de notre garantie Protection Juridique Vie Privée ? OUI NON

MODE DE RÈGLEMENT DE LA COTISATION

- Règlement annuel par chèque bancaire ou postal.
- Prélèvement automatique (1) : annuel semestriel trimestriel mensuel
Date d'échéance des prélèvements : le 1^{er} le 10 le 20 (du mois concerné)
- Carte Bancaire (**Exclusivement en cas de souscription en ligne sur ampli.fr - Le renouvellement du contrat sera réalisé par défaut par chèque**)
(1) Joindre un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP) ainsi que le mandat SEPA correspondant.

Je reconnais que toute fausse déclaration intentionnelle de ma part entraînerait la nullité de l'assurance.

Le présent bulletin ne vaut pas note de couverture. L'adhésion au contrat prendra effet après acceptation de l'assureur à la date indiquée aux conditions particulières et ne pourra être antérieure au lendemain 0 heure du paiement de la première cotisation ou fraction convenue de celle-ci.

Si vous souhaitez que vos garanties prennent effet à une date différée (date d'échéance de votre contrat précédent) veuillez l'indiquer ci-contre _____

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales du contrat collectif RCMA.13 dont un exemplaire m'a été remis et en accepter les dispositions.

Devis RCP+PJ (hors contribution) sous réserve de validation par le siège : _____ €/an.

Fait à _____ Le _____
Signature du souscripteur/adhérent
(Précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé")

AVERTISSEMENT

La présente déclaration engage votre responsabilité.

Nous vous informons que les réponses contenues dans le présent document et les annexes ajoutées par le proposant constituent des éléments d'appréciation du risque dont il est tenu compte pour l'appréciation des garanties et pour la fixation de la cotisation. En conséquence, toute réticence, fausse déclaration, omission ou inexactitude, peut entraîner les sanctions prévues aux articles L.113 8 (nullité du contrat) et L.113 9 (réduction des indemnités ou résiliation du contrat) du Code des assurances.

L'ensemble des champs du formulaire doit être complété. Le caractère obligatoire des données résulte d'exigences contractuelles et réglementaires. A défaut, votre dossier ne sera pas pris en compte.

Nécessaires à la bonne gestion de votre dossier et aux fins d'exécution de votre contrat, les données à caractère personnel contenues dans ce document seront traitées par PANACEA Assurances et par AMPLI Mutuelle également co-responsable du traitement, et sont destinées à ses mandataires et partenaires contractuels et institutionnels d'AMPLI Mutuelle et aux entités assurantielles de Groupe Pasteur Mutualité. Sur la base de votre consentement, que vous pouvez retirer à tout moment, vos données sont également utilisées pour vous diffuser des propositions commerciales, informations et animations de la part des entités assurantielles de Groupe Pasteur Mutualité, du courtier et/ou des partenaires contractuels et institutionnels des entités assurantielles du Groupe Pasteur Mutualité et du courtier.

Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel, et dans les conditions qu'elle définit, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Vous pouvez, pour des motifs tenant à votre situation particulière, vous opposer au traitement des données vous concernant. Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre courrier à PANACEA Assurances, Délégué à la Protection des Données, 34 boulevard de Courcelles, 75809 Paris cedex 17 - dpo@gpm.fr et /ou à AMPLI Mutuelle, Délégué à la Protection des Données, 27 boulevard Berthier 75858 Paris cedex 17 - dpd@ampli.fr, en joignant la copie de votre pièce d'identité. En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Vous disposez également d'un droit d'inscription sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique auprès de BLOCTEL.

Pour plus d'informations, notamment sur les durées de conservation, vous reporter à l'article « Protection des données » des conditions contractuelles.

Contrat souscrit par AMPLI Mutuelle auprès de PANACÉA Assurances, Société anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance, Entreprise régie par le Code des assurances, au capital de 50.000.000 euros - RCS Paris B 507 648 087, Siège social : 34, bd de Courcelles - 75809 Paris Cedex 17. AMPLI Mutuelle et PANACÉA Assurances sont soumises à l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

AMPLI Mutuelle, 27 bd Berthier, 75858 Paris cedex 17 - SIREN 349.729.350 régie par le livre II du Code de la Mutualité.
Soumise à l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

AMPLI SERVICES - EARD N° ORIAS 07 004 101 Société de courtage d'assurances - 25 bis, Bd Berthier, 75858 Paris Cedex 17, RCS PARIS B 404 098 741 Garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L.530-1 et L.530-2 du code des assurances.

RAPPEL

L'assurance de la responsabilité civile professionnelle (RCP) et de la protection juridique (PJ) a pour objet de couvrir le Praticien contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile qu'il peut encourir en raison des dommages subis par un patient dans le cadre de l'exercice de sa profession tel que cet exercice est défini par les dispositions légales et réglementaires.

Sont également couverts les dommages causés dans le cadre du devoir d'assistance, des activités et fonctions hospitalières et enseignantes, des activités de Maître de stage, des fonctions d'expert ainsi que sa responsabilité qui peut être recherchée en qualité d'employeur.