

## Questionnaire d'assurance / Bulletin d'adhésion

### Réservé aux Adhérents de MG France ayant opté pour la "Cotisation Plus" Responsabilité Civile Professionnelle / Exploitation et Protection Juridique

Le présent document a pour objet de déterminer les conditions d'adhésion aux contrats d'assurance de Responsabilité Civile Professionnelle/ Exploitation et Protection Juridique.

Nous vous remercions de bien vouloir renseigner toutes les rubriques de ce document et de nous faire part de toute demande complémentaire afin de prendre en compte vos besoins d'assurance de Responsabilité Civile & Protection Juridique.

#### PROPOSANT

Nom :  
Prénom :  
Date de naissance :  
Adresse professionnelle :



@

#### STATUT

Praticien libéral          SCM          SCP          SEL  
Autres :  
Année d'installation " en libéral " :

#### SOUSCRIPTEUR

MG France, 13 rue Fernand Léger, 75020 Paris  
www.mgfrance.org

#### ASSUREUR

Axa France IARD, 313 Terrasses de l'Arche, 92727 Nanterre Cedex

#### COURTIER

Gras Savoye Willis Towers Watson, Immeuble Quai 33,  
33 Quai de Dion-Bouton, CS 70001, 92814 Puteaux Cedex

#### Contact :

Service MG France - 01 41 43 60 48  
medecins.mg@grassavoye.com

#### ACTIVITÉS ASSURÉES

La garantie est acquise dans le cadre de toutes les activités qui relèvent de la profession de médecin généraliste y compris dans le cadre de toute mission d'expertise, dans leur fonction de correspondant d'hémovigilance et/ou toute autre fonction similaire liée à l'exercice de la profession, dans leur fonction arbitrale confiée par la chambre de médiation et d'arbitrage du Conseil National de l'Ordre des Médecins, dans le cadre de leur participation à des congrès et/ou séminaires, ainsi qu'en qualité d'enseignant.

#### PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Date d'effet souhaitée :

Vos garanties prennent effet au plus tôt au lendemain de la date de réception du présent bulletin par MG France (le cachet de la poste faisant foi), qui doit être signé et obligatoirement accompagné d'un RIB et de l'autorisation de prélèvement pré remplie, **sous réserve que vous n'ayez pas déclaré plus d'un sinistre au cours des 5 dernières années.**

#### DATE D'ÉCHÉANCE

31 décembre de chaque année.

#### ANTÉCÉDENTS SINISTRES (à compléter obligatoirement)

1- Coordonnées de votre précédent assureur

N° de police

Date et motif de résiliation

PREMIÈRE ASSURANCE ou AUCUNE ASSURANCE RCP  
EN COURS : **je déclare sur l'honneur ne pas avoir connaissance, après enquête et au cours des 5 dernières années, de faits litigieux, de réclamations passées ou en cours, amiables au judiciaires faites à mon encontre, ni d'événements ou circonstances, intervenus, susceptibles d'engager ma responsabilité civile professionnelle.**

2- Nombre de sinistres déclarés au titre de la Responsabilité Civile sur les 5 dernières années : 0 1 2 3 >3

**Pour toute déclaration de sinistre faite auprès de votre précédent assureur sur les 5 dernières années, la statistique sinistre doit nous être communiquée.**

3- Nature du sinistre Responsabilité Civile.

## Tarifs annuels 2019

Cotisation : 23 € par mois, par prélèvement (soit 276 € par an)

Nous vous invitons également à nous faire part de toute exigence particulière.

Exigences particulières :

**Bulletin à retourner à : MG France, 13 rue Fernand Léger, 75020 Paris**

Accompagné : d'un rib d'une autorisation de prélèvement pré-remplie

**Je soussigné(e), reconnais :**

1. ne pas avoir eu connaissance de réclamation au cours des 2 dernières années susceptible de mettre en jeu la garantie Responsabilité Civile de mon activité.
2. que toute réticence, toute omission, toute réponse ou déclaration inexacte de ma part peut entraîner l'application des sanctions prévues aux articles L 113.8 (nullité du contrat) et L 113.9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.
3. avoir reçu avant la signature du présent questionnaire d'assurance, conformément à l'article L 112.2 du Code des Assurances, un exemplaire de la notice d'information du Contrat Responsabilité Civile n° 4814760204 souscrit par MG France auprès de la compagnie AXA auquel je demande à adhérer par le présent questionnaire d'assurance.
4. être informé(e) que je recevrai une attestation d'adhésion au contrat sur laquelle est mentionnée la date d'effet des garanties.

Je soussigné(e), certifie que les déclarations ou réponses faites aux questions figurant au présent document pour servir de base au contrat d'assurance sont conformes à la réalité.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

### Cachet et signature

“ Gras Savoye Willis Towers Watson ”

En application de la loi “Informatique et Libertés” du 06/01/1978, nous vous informons que la communication des données à caractère personnel est obligatoire pour la prise en compte de votre adhésion et la gestion de votre contrat, et qu'elles seront utilisées pour ces seules finalités. Le défaut de réponse aura pour seule conséquence de ne pas nous permettre de prendre en compte votre adhésion.

Les données collectées pourront être transmises à nos partenaires contractuels concourant à la gestion de votre contrat, à l'exclusion de tout transfert hors de la Communauté européenne. Nous nous engageons à prendre toutes précautions utiles afin de préserver la sécurité et la confidentialité de vos données dans les conditions prévues par la loi. Conformément à la loi précitée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de vos données en vous adressant au responsable du traitement :

Gras Savoye Willis Towers Watson - Immeuble Quai 33 - 33, quai de Dion-Bouton - CS 70001- 92814 Puteaux Cedex