

**QUESTIONNAIRE D'ASSURANCE / BULLETIN D'ADHESION**  
**Réservé aux Adhérents de MG France ayant opté pour la « Cotisation Plus »**

**RESPONSABILITE 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 : .....  
 Téléphone : .....  
 Fax : .....  
 E-mail : .....

**ACTIVITES ASSUREES**

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.

**STATUT**

Praticien libéral  SCM  SCP  SEL   
 Autres : .....  
 Année d'installation « en libéral » : .....

**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.**

**SOUSCRIPTEUR**

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

**DATE D'ECHEANCE**

31 Décembre de chaque année.

**ASSUREUR**

**AXA France IARD**  
**313 Terrasses de l'Arche**  
**92727 Nanterre Cedex**

**ANTECEDENTS SINISTRES ( A COMPLETER OBLIGATOIREMENT )**

1- Coordonnées de votre précédent assureur : .....  
 .....

N° de police: .....

Date et motif de résiliation : .....

PREMIERE 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 ou judiciaires faites à mon encontre, ni d'évènements 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 : .....  
 .....  
 .....

**COURTIER**

**WTW**  
**Immeuble Quai 33**  
**33, quai de Dion-Bouton – CS**  
**70001 92814 Puteaux Cedex**  
**Contact :**  
**Service MG France**  
**Tél. 01 41 43 60 48**  
**Fax : 01 41 43 69 28**  
**Mail : [medecins.mg@wtwco.com](mailto:medecins.mg@wtwco.com)**

## TARIFS ANNUELS

**COTISATION : 23 € PAR MOIS, PAR PRELEVEMENT (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

« WTW- Pôle Médical et Sciences de la Vie »

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 : WTW – Immeuble Quai 33 – 33, quai de Dion-Bouton – CS 70001 – 92814 Puteaux Cedex – Société de courtage d'assurance et de réassurance. Siège Social : Immeuble Quai 33 – 33, quai de Dion-Bouton – CS 70001 – 92814 Puteaux Cedex. Tél. 01 41 43 50 00. Fax 01 41 43 55 55. <http://www.grassavoye.com>. Société par actions simplifiée au capital de 1 432 600 Euros. 311 248 637 RCS Nanterre. N° FR 61311248637. Intermédiaire immatriculé à l'ORIAS sous le n° 07 001 707 (<http://orias.fr>). WTW est soumis au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) 61, rue Taitbout 75436 Paris Cedex 9.

**WILLIS TOWERS WATSON FRANCE**

Société de courtage d'assurance et de réassurance - Société par actions simplifiée au capital de 1 432 600 euros. 311 248 637 R.C.S Nanterre.  
N° FR 61311248637 - Siège social : 33/34 quai de Dion-Bouton - 92 800 Puteaux - Tél : 01 41 43 50 00 - Télécopie : 01 41 43 55 55  
<https://www.wtwco.com/fr-FR/>  
Intermédiaire immatriculé à l'ORIAS sous le N° 07 001 707 (<http://www.orias.fr>) Willis Towers Watson France est soumis au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 9