

2016

RESPONSABILITÉ CIVILE
PROFESSIONNELLE
PROTECTION JURIDIQUE

La mutuelle
des professions libérales
et indépendantes

RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE
ET PROTECTION JURIDIQUE
"Relevé d'Informations" - Médecins

RCP
+ PJ



Un tarif remarquable ...

- Cotisation **personnalisée**
- Jusqu'à **15 000 000 € de couverture / an**
- **Garantie en cas d'exercice à l'étranger** incluse (voir conditions)
- **Protection Juridique Professionnelle** incluse
- **Garantie Exploitation** incluse

POUR TOUT RENSEIGNEMENT – 0 800 009 772 N° Vert

Code Avantage
ou si parrainage, identité du parrain

Votre conseiller AMPLI Mutuelle

I – IDENTIFICATION DU SOUSCRIPTEUR/ADHERENT

Êtes-vous déjà adhérent à AMPLI Mutuelle ? : Oui Non Si oui, N° adhérent : _____

M. M^{me} Nom ou dénomination sociale : _____ Prénom : _____

Nom de jeune fille (s'il y a lieu) : _____ Né(e) le : _____

Adresse domicile : _____

Code postal : _____ Ville : _____

N° téléphone domicile : _____ N° téléphone portable : _____

E-mail* : _____

Adresse professionnelle : _____

Code postal : _____ Ville : _____

N° téléphone professionnel : _____ Fax : _____

*Oui, je souhaite recevoir par email les informations et les offres relatives aux produits d'AMPLI Mutuelle.

II – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE

Profession exercée : _____ SPÉCIALITÉ : _____

Date de thèse : _____ Pays d'obtention du diplôme : _____

N° et date d'inscription à l'Ordre des Médecins : _____

Retraité actif ? Oui Non

■ EXERCICE LIBERAL :

→ Êtes-vous :

Installé Remplaçant Autres : _____

→ Première installation ? Oui Non Date de la première installation : _____

→ Modalité d'exercice de votre activité (cocher les cases correspondantes) :

Indépendant SCM SCP SEL Société de fait Autres : _____

→ Nombre de salarié(s) personnel : _____ Fonctions médicales : _____

→ Exercez-vous :

- En cabinet ? Oui Non Si oui adresse : _____
- En établissement privé ? Oui Non Si oui adresse : _____
- En secteur privé d'un EPS ? Oui Non Si oui adresse : _____

→ Exercez-vous sur plusieurs sites? Oui Non

En cas de réponse positive, préciser impérativement dans le tableau suivant vos modalités précises d'exercice par lieux, types, volumes et temps d'activité :

Etablissements 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 conventionnés et missions humanitaires) OUI NON

Si oui, dans quel cadre ? _____

Dans quel pays ? _____

■ EXERCICE HOSPITALIER :

→ Quel est votre statut : PH Chef de clinique / assistant Autres : _____

Nom(s) et adresse(s) du (ou des) établissement(s) où vous exercez : _____

→ Quel est votre mode d'exercice :

• 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 SALARIE :

• Exercice à temps plein ? 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 : _____

III – RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS COMPLEMENTAIRES

■ 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 : _____

→ Pratiquez-vous des médicalisations d'événements sportifs et culturels ? (Exclusion des événements 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

■ 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 OUI NON

(exclusion des sportifs professionnels)

→ Régulation OUI NON

→ Infiltrations articulaires et periarticulaires OUI NON

→ Homéopathie OUI NON

→ Mésothérapie OUI NON

→ Nutrition OUI NON

→ Médecine de montage 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
- Chirurgien carcinologique ? OUI NON

■ **Radiologie/Médecine Nucléaire**

- Radiologie & Interventionnelle OUI NON
- Ponction/biopsie OUI NON
- Diagnostic OUI NON
- Scintigraphie OUI NON

■ **Angiologie**

- Consultation préopératoire OUI NON

■ **Ophtalmologie**

- Fond d'œil OUI NON
- Cataracte OUI NON
- Laser OUI NON
- Actes esthétiques OUI NON

■ **Gastro Entérologie**

- Echographie OUI NON
- Fibroscopie/coloscopie OUI NON
- Cathétérisme rétrograde OUI NON
- Bariatric OUI NON

■ **Algologie**

- Stimulateur/pompe à morphine OUI NON

■ **Stomatologie**

- Actes de chirurgie simple au bloc (dentaire, Parodontologie...) OUI NON
- Actes de chirurgie lourde au bloc (ostéotomie, carcinologie, reconstruction...) OUI NON
- Chirurgie esthétique OUI NON

■ **Pneumologie**

- Fibroscopie OUI NON

■ **Gynécologie**

- Pose de dispositifs intra utérin, implanon OUI NON
- Echographies gynécologiques/datation OUI NON
- Conisation/hystérocopie OUI NON
- Chirurgie gynécologique OUI NON
- Procréation médicalement assistée 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

IV – 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 de l'assureur	Date d'effet du contrat	Date de fin du contrat	Professions / spécialités garanties	Mode d'exercice garanti (Hospitalier, libéral...)

→ 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 sinistre (RCP, PJ) survenus au cours des 10 dernières années au titre desquels vous avez été mis en cause ou concerné à quelque 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)	Date		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,
 - Evaluations du dossier.

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

V – MODE DE RÈGLEMENT DE LA COTISATION

- Règlement annuel par chèque bancaire ou postal
- Prélèvement automatique (1) : annuel semestriel trimestriel mensuel

(1) Joindre un relevé d'identité bancaire (RIB) ainsi que l'autorisation de prélèvement correspondante.

Je déclare avoir reçu un exemplaire des conditions générales. 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.

Date d'effet souhaitée :

Fait à _____, le

Signature du souscripteur/adhérent

Précédée de la mention "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.

Les informations contenues dans le présent document ne sont destinées qu'aux fichiers de la Société.

Le proposant peut demander communication des documents le concernant et les faire rectifier conformément aux dispositions de la loi du 06 janvier 1978.

Contrat souscrit par AMPLI Mutuelle, 27 bd Berthier 75858 Paris Cedex 17 - SIREN 349.729.350 régie par le livre II du code de la Mutualité, auprès de PANACEA ASSURANCES SA Société anonyme d'assurances à directoire et conseil de surveillance, entreprise régie par le code des assurances, 34 bd de Courcelles, 75809 Paris Cedex 17

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.

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 « Informatique et liberté », vous disposez d'un droit d'accès et de rectification sur toutes les informations nominatives vous concernant en écrivant au siège de la Société.

QUESTIONNAIRE COMPLÉMENTAIRE ANESTHÉSIE

En cas d'activité sur plusieurs sites, indiquer en fin de document les éventuelles différences ou particularités de fonctionnement par situation.

Nom : _____ Prénom : _____

- L'organisation de l'établissement respecte-t-elle les dispositions du décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 ? OUI NON
- Le matériel utilisé en salle d'anesthésie et au réveil est-il mis en service après vérification suivant une check-list, à l'ouverture du site et entre chaque patient (arrêté du 03/10/95) ? OUI NON
- Existe-t-il un contrat de maintenance du matériel ? OUI NON
- Travaillez-vous seul ou en pool avec les autres médecins anesthésistes réanimateurs ?
- Seul ? OUI NON
 - En pool ? OUI NON
- Avec combien d'IADE avez-vous l'habitude de travailler en même temps ? _____
- Existe-t-il une garde anesthésique médicale sur place ? OUI NON
- Exercez-vous :
- Dans plusieurs salles d'anesthésie à la fois ? OUI NON
 - Sur un site unique dans votre établissement ? OUI NON
- Vous arrive-t-il au cours de la même journée d'exercer dans des établissements différents ? OUI NON
- Si oui, combien :
- Pratiquez-vous des anesthésies simultanées hors le cadre de l'urgence ? OUI NON
- Si oui, combien ?
- En moyenne :
 - Au maximum :
- Quelles sont les heures d'ouverture de la SSPI ?
- Matin de h à h
 - Après Midi de h à h
- Pratiquez-vous l'analgésie péridurale pour l'accouchement ? OUI NON
- Pratiquez-vous la rachis-anesthésie pour d'autres interventions ? OUI NON
- Pratiquez-vous l'anesthésie chez des enfants d'âge < à 6 mois ? OUI NON
- Pratiquez-vous l'anesthésie avec feuille d'anesthésie et feuille de surveillance du réveil ? OUI NON

QUESTIONNAIRE COMPLÉMENTAIRE ANESTHÉSIE

- Existe-t-il un dossier transfusionnel ? OUI NON
- La traçabilité des produits sanguins labiles est-elle assurée ? OUI NON
- Le règlement intérieur du fonctionnement de l'anesthésie a-t-il été rédigé ? OUI NON
- Des protocoles écrits concernant les soins post-opératoires existent-ils ? OUI NON
- Existe-t-il une garde spécifique d'anesthésiste - réanimateur sur place
en post - interventionnel ? OUI NON
- La transmission des prescriptions médicales se fait-elle par écrit ? OUI NON
- Existe-t-il :
- Un CLIN ? OUI NON
 - Un correspondant d'hémovigilance ? OUI NON
 - Un correspondant de matériovigilance ? OUI NON
- Avez-vous d'autres précisions à donner pour une complète description de votre activité ou avez-vous
des interrogations ou suggestions à formuler ? _____

Le présent questionnaire est soumis aux mêmes dispositions du Code des Assurances que le questionnaire de déclaration d'activité professionnelle auquel il est annexé.

Fait à _____, le | | | | | | | | | |

Le proposant

QUESTIONNAIRE COMPLÉMENTAIRE CHIRURGIE

En cas d'activité sur plusieurs sites, indiquer en fin de document les éventuelles différences ou particularités de fonctionnement par situation.

Nom : _____ Prénom : _____

I – ACTIVITE

→ Date et lieu de votre concours ? _____

→ Nombre moyen annuel et approximatif des actes ? _____

→ Nombre de jours opératoires par semaine et durée moyenne des journées opératoires ? _____

→ Assurez-vous seul le suivi de vos patients ? OUI NON

Si non, qui l'assure (niveau de compétence) ? _____

→ Qui assure la visite les jours de semaine, les jours fériés, le dimanche, la contre-visite ? _____

→ Etes-vous associé à un chirurgien exerçant la même spécialité que la vôtre ? OUI NON

→ Disposez-vous de protocoles pré-opératoires, post-opératoires
(à l'usage des patients et de l'équipe médicale) ? OUI NON

→ Etes-vous amené à assurer des gardes dans d'autres spécialités ? OUI NON

Si oui lesquelles ?

• Chirurgie d'urgence : OUI NON

• Chirurgie générale : OUI NON

• Autres spécialités : _____

→ Etes-vous chirurgien généraliste ? OUI NON

Si oui, quelle est l'activité dominante, secondaire (en nombre d'actes) ? _____

Quelles sont vos activités accessoires ? (cocher les cases correspondantes)

Activité	Dominante	Secondaire	Accessoire
Digestive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthopédique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ophtalmologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du rachis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esthétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bariatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ORL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gynécologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maxilo-faciale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTIONNAIRE COMPLÉMENTAIRE CHIRURGIE

→ Etes-vous chirurgien spécialiste ? OUI NON

Si vous exercez plusieurs activités, quelle est votre activité dominante, secondaire (en nombre d'actes) ? _____

Quelles sont vos activités accessoires ? (cocher les cases correspondantes)

Activité	Dominante	Secondaire	Accessoire
Digestive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthopédique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ophthalmologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie réfractive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du rachis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esthétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bariatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ORL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gynécologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maxilo-faciale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ Pratiquez-vous la vidéo-chirurgie (célioscopie, arthroscopie...) ? OUI NON

→ Exercez-vous dans un service d'urgence ? OUI NON

→ Exercez-vous en maternité ? OUI NON

→ Pratiquez-vous à l'aide du Robot Da Vinci ? OUI NON

II – AUTRES

→ Avez-vous d'autres précisions à donner pour une complète description de votre activité ou avez-vous des interrogations ou suggestions à formuler ?

Le présent questionnaire est soumis aux mêmes dispositions du Code des Assurances que le questionnaire de déclaration d'activité professionnelle auquel il est annexé.

Fait à _____, le | | | | | | | | | |

Le proposant

IV – AUTRES

- Pratiquez-vous des actes de chirurgie gynécologique ? OUI NON
- Effectuez-vous des actes de chirurgie plastique / esthétique ? OUI NON
- Exercez-vous une activité d'assistance médicale à la procréation ? OUI NON

Si oui, quelle technique utilisez-vous ? _____

- La durée de votre trajet domicile - salle d'accouchement de la clinique est-elle inférieure à 15 minutes ? OUI NON

Si non, précisez la durée ? _____

- La salle d'accouchement et le bloc opératoire sont-ils au même niveau dans la clinique ? OUI NON

- Y a-t-il une garde obstétricale sur place ? OUI NON

- Comment informez-vous vos patientes ?

• Oralement ? OUI NON

• Par écrit ? OUI NON

• Par un document signé de la patiente ? OUI NON

• Par un courrier au médecin traitant avec copie à la patiente ? OUI NON

- Avez-vous d'autres précisions à donner pour une complète description de votre activité ou avez-vous des interrogations ou suggestions à formuler ?

Le présent questionnaire est soumis aux mêmes dispositions du Code des Assurances que le questionnaire de déclaration d'activité professionnelle auquel il est annexé.

Fait à _____, le | | | | | | | | | |

Le proposant

MENTIONS LEGALES AMPLI-RCP

Informations relatives à l'assureur :

PANACEA ASSURANCES SA - 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, bld de Courcelles - 75809 Paris Cedex 17 - tel 01 40 54 54 54 (prix d'un appel local).

Soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution
61 rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09

Informations relatives au souscripteur :

Avenir Mutuel des Professions Libérales et Indépendantes « AMPLI Mutuelle »
27 boulevard Berthier, 75858 Paris Cedex 17
SIREN N°349.729.350 régie par le livre II du Code de la Mutualité

Soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution
61 rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09

Exclusions :

Les cas d'exclusions sont listés dans le règlement, valant notice d'information et conditions générales, communiqué lors de l'adhésion et à tout moment à la demande de l'adhérent.

Cotisations :

Les cotisations sont calculées en fonction de la profession, des actes pratiqués, des réponses fournies sur le questionnaire inhérent à chaque catégorie de profession. Elles sont annuelles et payables d'avance par chèque ou prélèvement bancaire. Les cotisations peuvent être révisées annuellement sur décision du Conseil d'Administration de PANACEA.

Offre promotionnelle :

Pour toute 1^{ère} installation en libéral de moins de 50 ans, une réduction de cotisation est appliquée comme suit : 50% la 1^{ère} année, 35% la 2^{ème} année et 25% la 3^{ème} année.

Informations sur le contrat AMPLI-RCP :

Le contrat collectif à adhésion facultative d'assurance de la responsabilité civile professionnelle (RP) 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.

Ces garanties sont accordées sous réserve des exclusions et limites de garanties mentionnées à l'article 7 de la notice d'information et des limites de sommes ou de garanties et des franchises prévues en annexe de la notice d'information et au certificat d'adhésion valant attestation d'assurance.

Conditions d'adhésion :

Toute personne physique ou morale membre du groupement souscripteur à titre individuel ayant en tant que tel la qualité de professionnel de santé peut adhérer à la garantie AMPLI-RCP après avoir rempli un questionnaire à cet effet. L'assureur peut dans tous les cas accepter ou refuser l'adhésion.

Le contrat est nul et les cotisations acquises en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle changeant l'objet du risque ou réduisant son évaluation.

Étendue territoriale des garanties :

Les garanties du présent contrat s'exercent exclusivement en France métropolitaine, dans les départements d'Outre-Mer et dans la principauté de Monaco. Elles sont étendues aux États membres de l'Union Européenne, sur déclaration spécifique de l'assuré, au titre de sa participation à des stages conventionnés.

Elles sont étendues au Monde entier, sur déclaration spécifique de l'Assuré, au titre de sa participation à des missions humanitaires à titre bénévole exclusivement, pour autant que la durée du séjour n'excède pas quatre mois.

CETTE EXTENSION NE S'APPLIQUE PAS AUX CONSÉQUENCES D'ACTES MÉDICAUX OU DE SOINS EFFECTUÉS AUX ETATS-UNIS ET AU CANADA, QUE CES ACTES SOIENT REALISÉS PAR L'ASSURÉ LUI-MÊME OU SOUS SA DIRECTION.

Date d'effet et renouvellement :

Le contrat est souscrit pour un an, renouvelable annuellement par tacite reconduction au 1^{er} janvier (date d'échéance principale).

Il prend effet à l'acceptation par l'assureur et notifiée à l'adhérent par l'envoi d'un certificat d'adhésion.

Il est possible de résilier les garanties souscrites chaque année, par lettre recommandée adressée à AMPLI Mutuelle, deux mois avant la date d'échéance principale.

Renonciation :

Vous disposez d'un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception du certificat d'adhésion pour renoncer à votre contrat. Cette renonciation doit être effectuée par lettre, recommandée avec accusé de réception, envoyée à l'adresse suivante :

AMPLI Mutuelle – 27 boulevard Berthier, 75858 Paris Cedex 17.

Vous pouvez utiliser le modèle de lettre inclus dans la notice d'information ou sur la demande d'adhésion.

Réclamation :

Service Réclamation de la Société :

PANACEA - Service Réclamation - 34 boulevard de Courcelles,
75809 Paris Cedex 17.

Si l'assuré est en désaccord avec la position retenue, il peut soumettre son litige au Service de Médiation Interne de PANACEA en adressant un courrier recommandé avec accusé de réception à :

PANACEA - Service Médiation Interne - 34 boulevard de Courcelles,
75809 Paris Cedex 17.

Après épuisement des procédures internes de règlement amiable ci-dessus et pour autant qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée, le Médiateur peut être saisi par une demande écrite et argumentée envoyée par lettre recommandée avec accusé de réception à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la FFSA - BP 290 - 75425 Paris Cedex 09

L'avis motivé du Médiateur, rendu en droit ou en équité, est notifié dans les trois mois de sa saisine. Cet avis ne lie pas les parties. Il est confidentiel, les parties s'interdisant d'en faire état devant les tribunaux.

Loi informatique et libertés :

PANACEA et AMPLI Mutuelle recueillent des données personnelles protégées par la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée. Elles sont responsables du traitement de ces données qu'elles utilisent pour la gestion de la relation d'assurance, d'études statistiques, d'évaluation des risques, de prévention de la fraude, de recouvrement, de lutte contre le blanchiment des fonds et de ses obligations déclaratives auprès de l'Administration.

Ces données peuvent être transmises aux filiales et partenaires des deux entités pour les finalités précédemment décrites pour l'exécution des obligations contractuelles. Vous pouvez à tout moment exercer votre droit d'accès, de rectification et de suppression en vous adressant à :

AMPLI Mutuelle, Service Gestion – 27 boulevard Berthier, 75858 Paris Cedex 17

Ou directement à :

PANACEA, Service Correspondant Informatique et Libertés -
34, bld de Courcelles, 75809 Paris Cedex 17.

Loi applicable :

Le présent contrat est soumis à la loi française. Tout document communiqué doit être rédigé en français.



**Un conseil !
Une question à votre conseiller !**

0 800 009 772

Service & appel
gratuits

SANTÉ, COLLECTIVE PRÉVOYANCE, RC PRO, ÉPARGNE ET RETRAITE

Créée par des libéraux de santé il y a près de 50 ans, AMPLI est toujours une vraie mutuelle indépendante, sans but lucratif, gérée par des administrateurs bénévoles issus du monde libéral.

Santé, Collective, Prévoyance, RC Pro, Épargne, Retraite, une large gamme adaptée au cadre fiscal le plus avantageux pour les professionnels libéraux et indépendants, leur famille et leurs salariés.