

2016

RESPONSABILITÉ CIVILE
PROFESSIONNELLE
PROTECTION JURIDIQUE

La mutuelle
des professions libérales
et indépendantes

RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE
ET PROTECTION JURIDIQUE
"Relevé d'Informations" - Professions de Santé (hors 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

I – IDENTIFICATION DU SOUSCRIPTEUR/ADHERENT

Votre conseiller AMPLI Mutuelle

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 : _____

Diplôme obtenu le : _____

Date de votre thèse : _____

Inscription au tableau de l'ordre Chirurgien-dentiste, Sage-femme, ... : _____

Date : _____ Département : _____ Numéro : _____

Retraité actif ? : Oui Non

■ EXERCICE LIBERAL

→ Date de votre première installation : _____

Première installation ? OUI NON

→ Exercez-vous :

• En cabinet : OUI NON

Si oui – adresse : _____

• En établissement privé : OUI NON

Si oui – adresse : _____

■ EXERCICE SALARIE/HOSPITALIER

• En établissement privé : OUI NON

• En établissement public : OUI NON

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

III – INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE ACTIVITE

→ Exercez-vous à l'étranger ? (exclusion au contrat, sauf stages conventionnés et missions humanitaires) OUI NON

Si oui, dans quel cadre : _____

Dans quel pays : _____

→ Si vous êtes Docteur en Chirurgie-Dentaire pratiquez-vous :

• L'orthodontie ? OUI NON

• La chirurgie implantaire ? OUI NON

• La pose de prothèse sur implants ? OUI NON

• Les surélévations et comblements de sinus ? OUI NON

• Les actes esthétiques ? OUI NON

• Des actes en plateau technique lourd ? OUI NON

Si oui, lesquels ? _____

→ Si vous êtes sage-femme pratiquez-vous :

• La préparation à l'accouchement et/ou la rééducation périnéale ? OUI NON

• Le suivi de grossesse ? OUI NON

• Les accouchements ? OUI NON

• Les accouchements à domicile ? OUI NON

• Les échographies foetales ? OUI NON

→ Si vous êtes Masseur-Kinésithérapeute ou Ostéopathe :

• Exercez-vous pour le compte d'un club sportif ? OUI NON

Si oui, s'agit-il d'un club professionnel ? OUI NON

Quelle est la nature de votre contrat de travail ? _____

• Pratiquez-vous l'Ostéopathie ? OUI NON

• Pratiquez-vous la Chiropractie ? OUI NON

• Répondez-vous aux exigences du décret du 25/03/2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'Ostéopathie ? 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

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

IV – ANTECEDENTS D'ASSURANCE

Au cours des 10 dernières années écoulées,

- Avez-vous été assuré ?
 - Pour le risque de votre responsabilité civile ? OUI NON
 - Pour votre protection juridique ? OUI NON
- Vos contrats sont-ils toujours en cours : OUI NON

Si non, motif de la résiliation : _____

Si oui, lequel ? _____

Nom du (ou des) assureur(s) précédent(s)	Date d'effet du (ou des) contrat(s)	Date de fin du (ou des) contrat(s)	Pour quelles activités êtes-vous ou étiez-vous garanti ?	Pour quel mode d'exercice (libéral, salarié, hospitalier) ?

- Avez-vous eu une activité ou un statut différent de celui pour lequel vous souhaitez vous assurer ? OUI NON
- Avez-vous déclaré des sinistres au cours des dix dernières années concernant ces deux assurances ? OUI NON
- Avez-vous eu connaissance d'un acte ayant entraîné des dommages ? OUI NON
- Avez-vous eu recours aux services de Protection Juridique de l'un ou l'autre de vos assureurs au cours de cette période ? OUI NON

Si oui, dans quelles circonstances et pour quels motifs ? _____

Si oui, merci de joindre au présent questionnaire :

- Les rapports d'expertise pour les sinistres déclarés auprès des assureurs précédents adressés sous enveloppe cachetée à l'attention du conseil médical,
- Un résumé circonstancié de toute réclamation du patient susceptible de pouvoir engager votre responsabilité.
- Un relevé d'informations comprenant les précisions suivantes sur les 10 dernières années :
 - Numéro de sinistre,
 - Niveau de responsabilité et montant du préjudice corporel,
 - Règlements effectués,
 - Évaluation du dossier.

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

MODE DE REGLEMENT 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) ou postal (RIP) 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.

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

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 L113 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 6 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'assurance 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 (RP) et de la protection juridique (PJ) à 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.

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 Libérées 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) à 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.