



RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE ET PROTECTION JURIDIQUE KINÉSITHÉRAPEUTES

FORMULAIRE D'AFFILIATION

PRIERE DE COMPLETER CETTE PROPOSITION EN MAJUSCULES. SI LES DONNEES SONT INCOMPLETES, LEUR TRAITEMENT PEUT ÊTRE RETARDE.

Preneur d'assurance

Nom, Prénom: F H

Personne Juridique (sprl,sa,...): Dénomination:

Adresse: Privée Professionnelle

Code postal, Commune: Date de naissance:

Tél.: Fax: E-mail:

Numéro de compte financier: N° INAMI:

Assuré Idem preneur d'assurance

Nom, Prénom: F H

Adresse:

Code postal, Commune: Date de naissance:

Profil professionnel

Diplômes (*)	Dates d'obtention	Ecoles supérieures	Pays, universités ou instances ayant remis les diplômes
.....
.....

(*) prière d'indiquer tous les diplômes se rapportant à vos activités médicales

Pratique professionnelle

Depuis quand exercez-vous votre profession? Jeune Promu

Veuillez indiquer la formule couvrant toutes vos activités:

- Formule employé:** vous exercez vos activités exclusivement sous le statut de salarié;
- Formule de base:** vos activités professionnelles se limitent à la pratique habituelle (*) de la kinésithérapie y compris l'électrothérapie et les massages cyriax;
- Formule étendue:** vos activités professionnelles se limitent à l'exercice de la kinésithérapie (pratique habituelle*) avec manipulations d'électrothérapie, y compris la méthode cyriax + la thérapie manuelle, l'ostéopathie, la chiropraxie ainsi que la méthode cyriax avec des manipulations de la colonne vertébrale, la thérapie myo-fasciale ou 'trigger' uniquement par l'application de la méthode 'dry needling'.
- Les activités exercées ne se limitent pas aux activités susmentionnées: veuillez en donner une description la plus détaillée possible:

.....

Date de prise d'effet:

* **pratique habituelle** = la kinésithérapie respiratoire, l'éducation posturale, la kinésithérapie cardiaque, les dysfonctionnements craniomandibulaires, la thérapie fasciale, la kinésithérapie gériatrique, le drainage lymphatique, la neurologie, la kinésithérapie pédiatrique, la kinésithérapie préventive, la psychomotricité, la rééducation pelvienne, l'uro-gynécologie, la kinésithérapie périnatale, la rélexologie, la relaxation, la kinésithérapie sportive, l'électrostimulation, l'hydrothérapie, la cryothérapie.
Techniques: le tappotage, la sophrologie, la kinésiologie

voir verso →

Environnement professionnel

Vous exercez vos activités professionnelles dans un cabinet privé? OUI

Vous employez du personnel? OUI

Si oui, indiquez leur nombre et leurs activités?

Employés administratifs

Kinésithérapeutes exerçant une pratique habituelle

Kinésithérapeutes exerçant une pratique spécialisée

Vous travaillez dans un hôpital, un centre de consultation ou un établissement de soins? OUI

Si oui, indiquez le nom:

Quelle est votre fonction? chef de service maître de stage responsable autres

Antécédents

Avez-vous déjà conclu une assurance couvrant votre responsabilité professionnelle? OUI NON

Si oui, auprès de quelle(s) compagnie(s)

Numéro(s) de police:

Si l'assurance a pris fin:

A quelle date? / /

Pour quelle raison?

Vous avez déclaré un sinistre au cours des 5 dernières années? OUI NON

Si oui,

Quelles en sont les circonstances?

Objet du litige

Compagnie d'assurances impliquée

.....

.....

.....

Protection juridique

Couverture de base comprise dans le contrat responsabilité civile.

couverture étendue à tous les aspects de l'exercice d'une profession médicale et paramédicale (Surprime: 160 EUR/an)

Dispositions légales

Assureur Protection juridique: DAS Entreprise d'assurances agréée sous le code n° 0687,

Siège social: Lloyd Georgelaan 6 - 1000 Bruxelles - Tél : 02/645.51.11 - Fax 02/645.51.30

Assureur Responsabilité professionnelle: Nateus SA

Entreprise d'assurances agréée sous le code n° 0196 - Siège social: Frankrijklei 79 - 2000 Anvers - Tél.: 03/247 35 11 - Fax: 03/247 35 90

- Siège d'exploitation: Avenue Louise 222 - 1050 Bruxelles - Tél.: 02/645 72 11 - Fax: 02/645 73 33

Le (la) soussigné(e) déclare que toutes les données sont complètes et conformes à la vérité même s'il (elle) ne les a pas indiquées lui-même (elle-même). Le présent questionnaire sert de base au contrat d'assurance, mais n'engage pas les parties à conclure le contrat. La signature n'entraîne pas la couverture automatique. Si, toutefois, dans les 30 jours suivant la réception du présent questionnaire, la compagnie n'a pas communiqué au preneur d'assurance son refus ou demandé un examen ou une expertise préalable, elle s'engage à conclure le contrat.

Les garanties prennent effet au plus tôt le jour suivant la réception du présent questionnaire dûment complété et signé.

Le contrat d'assurance prend effet dès la signature par les 2 parties. Le présent questionnaire fait partie intégrante du contrat d'assurance.

Archimedex garantit la discrétion avec laquelle ces données seront traitées; elles peuvent être utilisées en vue de l'établissement d'un contrat d'assurance. Toute personne intéressée a un droit individuel d'accéder à ces données et le cas échéant, de les faire rectifier par Archimedex.

Le preneur d'assurance déclare que les données mentionnées sur la présente proposition sont complètes et sincères.

Fait à le

Signature du preneur d'assurance