

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE MEDICALE CHIRURGIE PLASTIQUE RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE

Contrat en cours : OUI / NON

- date de fin du contrat :
- nom de l'assureur :
- délai de préavis :

CE QUESTIONNAIRE EST A RETOURNER SIGNE AVEC TOUTES SES ANNEXES.

- Au n° de fax suivant : 04 72 83 42 80

Ou

- A l'adresse suivante :

MARSH SA. – Philippe BIDARD
196 Avenue Thiers
69457 LYON CEDEX 06

INSTRUCTIONS

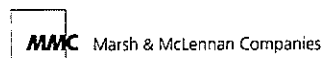
Merci

- de répondre complètement à toutes les questions,
- d'écrire lisiblement,
- de signer et dater le document

Avertissement :

- cette déclaration engage votre responsabilité,
- « Les renseignements contenus dans ce questionnaire serviront de base, en cas d'accord, à l'établissement du contrat. Ils doivent donc refléter la réalité du risque et une véracité concernant les antécédents. Votre obligation de déclaration se poursuivra pendant la durée du contrat afin d'actualiser les éléments précités.
Le souscripteur reconnaît avoir été informé des dispositions des articles L.113-8 et 9, notamment : en cas de fausse déclaration intentionnelle, nullité de la police avec non garantie du sinistre et remboursement de toutes les indemnités déjà perçues (art.113-8) ; en cas de fausse déclaration intentionnelle, résiliation, réduction proportionnelle de l'indemnité d'assurance ou nouvelle tarification (art.113-9) »
- « Les informations recueillies au moyen de ce document feront l'objet d'un traitement informatique nominatif. Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez auprès de MARSH d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent. »

MARSH S.A.
Société de Courtage d'Assurances
Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance
Capital 5.807.566,00 Euros - RCS Nanterre : 572 174 415
Siège social : Tour Ariane - 5, Place des Pyramides - La Défense 9 - 92800 Puteaux
Assurance de responsabilité civile professionnelle et Garantie financière
conformes aux articles L512.6 et L512.7 du code des assurances



1- SOUSCRIPTEUR		
1.1- Coordonnées		
Nom :	Prénom :	Nom de jeune fille :
<u>Adresse</u> : (Adresse à laquelle vous souhaitez que tout courrier ou document vous parviennent et adresse qui, le cas échéant, sera celle de votre contrat d'assurance).		
Date de naissance :	Tél professionnel :	
Télécopie :	Tél portable :	
Email :		
1.2- Activité professionnelle		
<u>Spécialités reconnues par le conseil de l'ordre (indiquer la date de reconnaissance):</u>		
Date de thèse :	N° et date d'inscription à l'Ordre des Médecins :	
<u>Cursus et diplômes obtenus (indiquer les dates d'obtention) :</u>		
<u>Renseignements complémentaires :</u>		
• Etes-vous titulaire d'un DES de chirurgie générale ?	OUI	NON
• Etes-vous titulaire de la qualification professionnelle de chirurgie plastique validée par le conseil de l'ordre du département dont vous dépendez	OUI	NON
• Appliquez-vous au sens strict les dispositions de la Loi Kouchner du 4 mars 2002 sur la chirurgie esthétique (devis concernant un acte de chirurgie esthétique, délai de réflexion de deux semaines, recueil d'un consentement éclairé)	OUI	NON
• Informez-vous vos patients par écrit ? - Sur les risques opératoires ? - Sur le résultat proposé ? - Ce document est t-il signé par les deux parties ?	OUI	NON
	OUI	NON
	OUI	NON
	OUI	NON

Participez-vous à un programme de risk management en matière de responsabilité civile professionnelle ?

Si oui, précisez dans quel cadre, sous quelle forme :

Si non, participeriez vous à une formation sur la gestion des risques visant à réduire les risques opératoires destinés à contenir le coût de ces risques ?

1.3- Exercice libéral – date de première installation : / /

<u>Actuellement êtes-vous ?</u>	Indépendant	S C M	S C P	S E L	Société de fait	Autre (préciser)
	Uniquement remplaçant : OUI / NON			Titulaire d'une licence de remplacement : OUI / NON:		
	Depuis combien de temps :			Date limite de validité :		
<u>Exercez-vous ?</u>	En cabinet individuel : OUI / NON			En cabinet de groupe : OUI/NON		
	<u>Adresse :</u>			<u>Adresse :</u>		
	En clinique : OUI / NON			Si oui, avez-vous un contrat avec cette clinique : OUI / NON		
	<u>Adresse :</u>					

1.4- Exercice à l'hôpital public

Nom de l'établissement :

Adresse de l'établissement :

<u>Exercez-vous à temps plein ?</u>	Sans contrat d'activité libérale à l'hôpital : OUI / NON
	Avec contrat d'activité libérale à l'hôpital : OUI / NON
	Nombre de journées par semaine : _____ et nombre de lits _____
<u>Exercez-vous à temps partiel ?</u> : OUI / NON	<u>Quel est votre temps d'activité ? (en %) :</u>%
<u>Votre activité est-elle rémunérée par l'hôpital ?</u> : OUI / NON	
<u>Votre activité s'exerce-t-elle dans le cadre d'une convention de stage ?</u> : OUI / NON	

1.5 – Exercice salarié

En établissement privé participant au service public hospitalier : nom(s) et adresse(s) du (ou des) établissement(s) où vous exercez:

En clinique privée : nom(s) et adresse(s) de la (ou des) clinique(s) où vous exercez :

2- DETAILS SUR VOTRE ACTIVITE

Pratiquez-vous exclusivement la chirurgie plastique reconstructrice et esthétique ?	OUI	NON
Consultez-vous régulièrement à plusieurs endroits ?	OUI	NON
Quel pourcentage de votre activité concerne de la chirurgie esthétique pure ? %	
Combien de vacations opératoires avez-vous par semaine ?	
Combien d'opérations en chirurgie esthétique pure estimez-vous faire par an ?	
Intervention sur sexe masculin ?	OUI	NON
Chirurgie Baryatrique ?	OUI	NON
Pratiquez-vous la chirurgie vidéo assistée ?	OUI	NON
Pratiquez-vous la médecine esthétique avec des produits reconnus et référencés ?	OUI	NON
Disposez-vous de protocoles pré-opératoires, post-opératoires ? Sont-ils pré-établis et identiques pour chaque intervention ?	OUI Si oui, pouvez-vous nous en fournir un exemplaire ?	NON
Description de vos activités :		

3- RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES			
Pratiquez-vous personnellement les anesthésies ?	Générales	OUI	NON
	Régionales	OUI	NON
	Locales à la clinique et / ou au cabinet	OUI	NON
Pratiquez-vous des actes d'imagerie médicale ?		OUI	NON
Assurez-vous des gardes dans d'autres spécialités ?		OUI	NON
Si oui, lesquelles :			
• Chirurgie dans le cadre des urgences :		OUI	NON
• Chirurgie générale :		OUI	NON

Pratiquez-vous des actes de chirurgie esthétique en dehors du territoire français ?	OUI	NON
Si oui :		
• Dans quels pays ?		
• Dans quels types de structures ?		
• Fréquence des déplacements ?		
• Quels types d'interventions chirurgicales ?		
• Nombre d'interventions lors de chaque déplacement ?		
• Nature du contrat passé avec les établissements d'accueil ?		

4.2 - Dossiers médicaux ayant fait l'objet d'une demande de communication. Mentionnez également les infections nosocomiales ainsi que les décès de patients.

Date des faits / de la plainte (éventuellement)	Détails incluant la nature des faits et du plaignant, la teneur de la plainte (si une plainte a été déposée)

Si vous ne mentionnez aucun dossier, indiquez NEANT.

et joindre à ce questionnaire :

- les rapports d'expertise pour les sinistres déclarés auprès des assureurs précédents avec noms occultés.
- un relevé d'informations comprenant les précisions suivantes sur les dix dernières années :
 - numéro de sinistre
 - niveau de responsabilité et montant du préjudice corporel
 - règlements effectués
 - évaluation du dossier

5- DECLARATION			
L'ensemble de ces informations a été présenté et accepté par mon assureur actuel	OUI	NON	Si non, détailler :

Fait à

Le

Signature et cachet

