

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE MEDICALE

QUESTIONNAIRE GENERAL

A compléter du questionnaire spécifique correspondant à votre spécialité, joint en annexe

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 à l'adresse mail suivante : philippe.bidard@marsh.com
- ou à l'adresse suivante :

MARSH S.A.
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 - n° ORIAS 07 001 037 - www.orias.fr
n° TVA intra-communautaire : FR 05 572 174 415
Siège social : Tour Ariane - 5, Place des Pyramides - 92800 Puteaux
Assurance de responsabilité civile professionnelle et Garantie financière conformes aux articles L512.6 et L512.7 du code des assurances

LEADERSHIP, KNOWLEDGE, SOLUTIONS...WORLDWIDE.

1- SOUSCRIPTEUR						
11- Coordonnées						
<u>Nom</u> :		<u>Prénom</u> :		<u>Nom de jeune fille</u> :		
<u>Adresse</u> : (*)						
<u>Date de naissance</u> :		<u>Tél professionnel</u> :				
<u>Télécopie</u> :		<u>Tél portable</u> :				
<u>Email</u> :						
12- Activité professionnelle						
<u>Date de thèse</u> :		<u>Cursus et diplômes obtenus</u> :				
<u>N° et date d'inscription à l'Ordre des Médecins</u> :						
<u>Spécialité exercée</u> :						
<u>Etes-vous adhérent à un syndicat professionnel ? Si oui, lequel ?</u>						
<u>Participez-vous à un programme de risk management en matière de responsabilité civile professionnelle ? Si oui, précisez dans quel cadre, sous quelle forme et dans quelle mesure vous en faites application dans votre exercice ?</u>						
13- Exercice libéral – date de première installation : / /						
<u>Actuellement êtes-vous ? :</u>	Indépendant	S	S	S	Société de fait	Autre (préciser)
		C	C	E		
		M	P	L		
	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					
	<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.

14- Exercice à l'hôpital public
Nom de l'établissement :
Adresse de l'établissement :
Exercez-vous à temps plein ? :

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 _____

Exercez-vous à temps partiel ? : OUI / NON

Nombre de demi-journées par semaine :
Votre activité est-elle rémunérée par l'hôpital ? : OUI / NON

Votre activité s'exerce-t-elle dans le cadre d'une convention de stage ? : OUI / NON

15- 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- RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Pratiquez-vous des actes à visée purement esthétique ?

OUI

NON

Si oui, lister les actes pratiqués :

Pratiquez-vous des anesthésies ?

Générales

OUI

NON

Régionales

OUI

NON

Locales

OUI

NON

Pratiquez-vous :

Des actes d'imagerie médicale ?

OUI

NON

Des échographies gynécologiques et/ou obstétricales ?

OUI

NON

Vos patients et/ou leurs familles ou médecins traitants sont-ils tous informés par écrit, par vous mêmes ou l'établissement dans lequel vous exercez, des risques encourus du fait des interventions proposées ?

OUI

NON

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 - n° ORIAS 07 001 037 - www.orias.fr
 n° TVA intra-communautaire : FR 05 572 174 415

Siège social : Tour Ariane - 5, Place des Pyramides - 92800 Puteaux

Assurance de responsabilité civile professionnelle et Garantie financière conformes aux articles L512.6 et L512.7 du code des assurances

LEADERSHIP, KNOWLEDGE, SOLUTIONS...WORLDWIDE.

33- Avez-vous connaissance de dommages graves subis par des patients qui ont bénéficié de vos soins ?	OUI	NON
34- Avez-vous connaissance de dommages anormaux subis par des patients qui ont bénéficié de vos soins ?	OUI	NON
35- Avez-vous connaissance du décès accidentel de patients à la suite des soins que vous leur aviez apporté ?	OUI	NON
36- Avez-vous été confronté(e) à la manifestation d'un mécontentement d'un de vos patients ou de ses proches, suite à des soins que vous lui aviez apporté, en particulier quels dossiers médicaux ont fait l'objet d'une demande de communication au cours des 10 derniers exercices ? Si oui, remplir le tableau ci-dessous :	OUI	NON

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.

37- Avez-vous eu recours à la protection juridique de l'un ou l'autre de vos assureurs au cours des 10 derniers exercices ?	OUI	NON	Si oui, dans quelles circonstances et pour quels motifs ?
--	-----	-----	---

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

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

Fait à

Le

Heure

Signature et cachet