

2019

RESPONSABILITÉ CIVILE  
PROFESSIONNELLE  
PROTECTION JURIDIQUE

La mutuelle  
des professions libérales  
et indépendantes

## RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE ET PROTECTION JURIDIQUE

“Bulletin d’adhésion” - Jeunes Professionnels de  
Santé (avec remplacement)

RCP  
+ PJP

Un tarif remarquable...

- Cotisation personnalisée
- Jusqu’à 15 000 000 € de couverture / an
- Protection Juridique Professionnelle incluse

AMPLI  
MUTUELLE  
Libéraux & Indépendants

Composez, comparez,  
adhérez en ligne sur



# BULLETIN D'ADHÉSION RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE ET PROTECTION JURIDIQUE DES JEUNES PROFESSIONNELS DE SANTÉ (REMPLAÇANTS)

Code Avantage _____ ou si parrainage, identité du parrain
_____ Votre conseiller

Cocher ci-après les cases choisies et remplir très lisiblement en lettres capitales.

**POUR TOUT RENSEIGNEMENT  
0 800 009 772 N° Vert**

L'ensemble des champs du formulaire doit être complété. Le caractère obligatoire des données résulte d'exigences contractuelles et réglementaires. A défaut, votre dossier ne sera pas pris en compte.

## I - IDENTIFICATION DU SOUSCRIPTEUR/ADHÉRENT

Mme  M. Êtes-vous déjà adhérent(e) d'AMPLI MUTUELLE ?  NON  OUI N° d'adhérent \_\_\_\_\_

NOM ou DÉNOMINATION SOCIALE \_\_\_\_\_

NOM DE JEUNE FILLE (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_

PRÉNOM \_\_\_\_\_

NE(E) le \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

CODE POSTAL \_\_\_\_\_ PAYS \_\_\_\_\_

NATIONALITÉ \_\_\_\_\_

Carte d'identité  Passeport  Carte de séjour  N° DE LA PIÈCE \_\_\_\_\_

DATE ET LIEU DE DÉLIVRANCE \_\_\_\_\_

**Conformément à la réglementation, tout adhérent doit impérativement joindre une copie recto/verso d'une pièce d'identité en cours de validité.**

**Personne politiquement exposée (PPE\*)** ETES-VOUS UNE PERSONNE POLITIQUEMENT EXPOSÉE ?  OUI  NON

\*PPE: Personne qui est exposée à des risques particuliers en raison des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives qu'elle exerce ou a exercées pour le compte d'un Etat ou de celles qu'exercent ou ont exercées des membres directs de sa famille ou des personnes connues pour lui être étroitement associées ou le devient en cours de relation d'affaires.

SITUATION DE FAMILLE  Marié  Célibataire  Divorcé  Concubin  Veuf  Séparé  PACS

ADRESSE DOMICILE \_\_\_\_\_

CODE POSTAL \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

**Joindre un justificatif de domicile de moins de trois mois.**

JE SOUHAITE ÊTRE CONTACTÉ AU N° TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_

ADRESSE PROFESSIONNELLE \_\_\_\_\_

CODE POSTAL \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

E-MAIL DE CONTACT (adresse mail à laquelle vous avez accès et que vous consultez régulièrement) \_\_\_\_\_

J'accepte que mes données soient utilisées par les entités assurantielles d'AMPLI MUTUELLE et du Groupe Pasteur Mutualité pour recevoir des propositions commerciales, informations ou animations.

J'accepte que mes données soient transmises aux partenaires contractuels et institutionnels des entités assurantielles d'AMPLI Mutuelle et du Groupe Pasteur Mutualité pour recevoir des propositions commerciales, informations ou animations par voie électronique.

Nécessaires à la bonne gestion de votre dossier et aux fins d'exécution de votre contrat, les données à caractère personnel contenues dans ce document seront traitées par PANACEA Assurances et par AMPLI Mutuelle également co-responsable du traitement, et sont destinées à ses mandataires et partenaires contractuels et institutionnels d'AMPLI Mutuelle et aux entités assurantielles de Groupe Pasteur Mutualité. Sur la base de votre consentement, que vous pouvez retirer à tout moment, vos données sont également utilisées pour vous diffuser des propositions commerciales, informations et animations de la part des entités assurantielles de Groupe Pasteur Mutualité, du courtier et/ou des partenaires contractuels et institutionnels des entités assurantielles du Groupe Pasteur Mutualité et du courtier. Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel, et dans les conditions qu'elle définit, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Vous pouvez, pour des motifs tenant à votre situation particulière, vous opposer au traitement des données vous concernant. Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre courrier à PANACEA Assurances, Délégué à la Protection des Données, 34 boulevard de Courcelles, 75809 Paris cedex 17 - [dpo@gpm.fr](mailto:dpo@gpm.fr) et /ou à AMPLI Mutuelle, Délégué à la Protection des Données, 27 boulevard Berthier 75858 Paris cedex 17 - [dpd@ampli.fr](mailto:dpd@ampli.fr), en joignant la copie de votre pièce d'identité. En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL. Vous disposez également d'un droit d'inscription sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique auprès de BLOCTEL. Pour plus d'informations, notamment sur les durées de conservation, vous reporter à l'article « Protection des données » des conditions contractuelles.

## II - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE

Étudiant :  OUI  NON Interne / FFI :  OUI  NON Remplaçant non thésé\* :  OUI  NON CCA / Assistant :  OUI  NON

SPÉCIALITÉ : \_\_\_\_\_

Année d'étude :  1<sup>ère</sup> année,  2<sup>ème</sup> année,  3<sup>ème</sup> année,  4<sup>ème</sup> année,  5<sup>ème</sup> année,  6<sup>ème</sup> année

\* Etudiant ayant terminé son cursus et en attente de thèse.

### EXERCICE LIBÉRAL

• Êtes-vous titulaire d'une licence de remplacement ?  OUI  NON • Date limite de validité \_\_\_\_\_

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

Si oui, dans quel cadre ? \_\_\_\_\_

Dans quel pays ? \_\_\_\_\_

EXERCICE HOSPITALIER  OUI  NON

EXERCICE SALARIÉ  OUI  NON

ADRESSE PROFESSIONNELLE PRINCIPALE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CODE POSTAL \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

## III - INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE ACTIVITÉ

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 :

OUI  NON

• Pratiquez vous la chirurgie du rachis ?  OUI  NON

- générales ?

OUI  NON

• Pratiquez vous la chirurgie de la première côte ?  OUI  NON

- régionales ?

OUI  NON

- locales ?

OUI  NON

• Comment informez-vous vos patients ?

• Pratiquez-vous des actes d'imagerie médicale ?

OUI  NON

- oralement  OUI  NON

• Pratiquez-vous des échographies obstétricales

OUI  NON

- par écrit  OUI  NON

à titre libéral ?

OUI  NON

- par un document signé du patient  OUI  NON

• Pratiquez vous des accouchements à titre libéral ?

OUI  NON

- par un courrier au médecin traitant  OUI  NON

## PROFESSIONS MÉDICALES

### 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 (Exclusion des Sportifs Professionnels)  OUI  NON
- Régulation  OUI  NON
- Infiltrations articulaires et periarticulaires  OUI  NON
- Homéopathie  OUI  NON
- Mésothérapie  OUI  NON
- Nutrition  OUI  NON
- Médecine de Montagne 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
- Ponctions / Biopsie  OUI  NON
- Diagnostic  OUI  NON
- Scintigraphie  OUI  NON

### ANGIOLOGIE :

- Consultation préopératoire  OUI  NON

### ALGOLOGIE :

- Stimulateur / Pompe à morphine  OUI  NON

### PNEUMOLOGIE :

- Fibroscopie  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

### OPHTALMOLOGIE :

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

### GASTRO ENTEROLOGIE :

- Echographie  OUI  NON
- Fibroscopie / Coloscopie  OUI  NON
- Cathétérisme rétrograde  OUI  NON
- Bariatricie  OUI  NON

### GYNECOLOGIE :

- 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

### SAGE FEMME :

- Préparation à l'accouchement et/ou la rééducation périnéale  OUI  NON
- Suivi de grossesse  OUI  NON
- Accouchements  OUI  NON
- Accouchements à domicile  OUI  NON
- Echographies foetales  OUI  NON

### CHIRURGIEN DENTISTE :

- Orthodontie  OUI  NON
- Pose de prothèses sur implants  OUI  NON
- Chirurgie implantaire  OUI  NON
- Surélévation / comblement de sinus  OUI  NON
- Actes esthétiques  OUI  NON
- Actes en plateau technique lourd  OUI  NON

## IV - DEMATERIALISATION

- Je n'accepte pas de recevoir les informations, courriers de gestion, documents contractuels et pièces y afférentes émanant des entités assurantielles d'AMPLI Mutuelle par voie électronique.

## V- ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCE

Au cours des 10 dernières années écoulées :

- Avez-vous été assuré pour le risque de votre responsabilité civile professionnelle ?  OUI  NON

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

- Avez-vous connaissance de sinistres (RCP, PJ) survenus au cours des 10 dernières années au titre desquels vous avez été mis en cause ou concerné à quel que 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)	Dates		Précisions concernant la nature de la réclamation	Etat de la procédure	Montant des dommages
	de l'incident	de la réclamation			

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.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales du contrat collectif RCMAE.15 dont un exemplaire m'a été remis et en accepter les dispositions.

Date d'effet souhaitée : \_\_\_\_\_

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 L.113 8 (nullité du contrat) et L.113 9 (réduction des indemnités ou résiliation du contrat) du Code des assurances.

L'ensemble des champs du formulaire doit être complété. Le caractère obligatoire des données résulte d'exigences contractuelles et réglementaires. A défaut, votre dossier ne sera pas pris en compte.

Nécessaires à la bonne gestion de votre dossier et aux fins d'exécution de votre contrat, les données à caractère personnel contenues dans ce document seront traitées par PANACEA Assurances et par AMPLI Mutuelle également co-responsable du traitement, et sont destinées à ses mandataires et partenaires contractuels et institutionnels d'AMPLI Mutuelle et aux entités assurantielles de Groupe Pasteur Mutualité. Sur la base de votre consentement, que vous pouvez retirer à tout moment, vos données sont également utilisées pour vous diffuser des propositions commerciales, informations et animations de la part des entités assurantielles de Groupe Pasteur Mutualité, du courtier et/ou des partenaires contractuels et institutionnels des entités assurantielles du Groupe Pasteur Mutualité et du courtier.

Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel, et dans les conditions qu'elle définit, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Vous pouvez, pour des motifs tenant à votre situation particulière, vous opposer au traitement des données vous concernant. Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre courrier à PANACEA Assurances, Délégué à la Protection des Données, 34 boulevard de Courcelles, 75809 Paris cedex 17 - dpo@gpm.fr et /ou à AMPLI Mutuelle, Délégué à la Protection des Données, 27 boulevard Berthier 75858 Paris cedex 17 - dpd@ampli.fr, en joignant la copie de votre pièce d'identité. En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Vous disposez également d'un droit d'inscription sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique auprès de BLOCTEL.

Pour plus d'informations, notamment sur les durées de conservation, vous reporter à l'article « Protection des données » des conditions contractuelles.

Vous adhérez au contrat collectif RCMAE.15 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. Soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

AMPLI Mutuelle, 27 bd Berthier, 75858 Paris cedex 17 - SIREN 349.729.350 régie par le livre II du Code de la Mutualité. Soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

AMPLI SERVICES - EARD N° ORIAS 07 004 101 Société de courtage d'assurances - 25 bis, Bd Berthier, 75858 Paris Cedex 17, RCS PARIS B 404 098 741 Garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L.530-1 et L.530-2 du code des assurances.

## RAPPEL

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.

L'assureur du présent contrat est PANACEA ASSURANCES SA, société anonyme d'assurances à directoire et conseil de surveillance au capital de 50 000 000 €, entreprise régie par le Code des assurances, 34 boulevard de Courcelles - 75809 Paris Cedex 17.

# Une gamme complète de solutions

pour la protection sociale des professionnels libéraux, indépendants et les gérants majoritaires ou associés de société et leurs salariés !

Mutuelle Santé

Collective

RCP & PJ

Prévoyance

Étudiants

Jeune professionnel

Retraite Madelin

Épargne, Assurance vie

100%  
Déductible  
MADELIN



Un spécialiste répond à toutes vos questions, appelez-le maintenant au

0 800 009 772 Service & appel gratuits

Composez, comparez, adhérez en ligne sur



## SANTÉ, PRÉVOYANCE, RC PRO, ÉPARGNE ET RETRAITE

Créée par des libéraux de santé il y a plus 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.

