

RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE ET PROTECTION JURIDIQUE INFIRMIER(E)S

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: Email:
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

Veillez indiquer la formule couvrant toutes vos activités:

Infirmer(e) ou sage-femme indépendante:

En tant que sage-femme, notre garantie n’est acquise que pour autant que les accouchements ont lieu sous la surveillance et le contrôle d’un médecin, sauf en cas d’urgence.

Infirmer(e) employé: vous exercez vos activités exclusivement sous le statut de salarié.

Les activités exercées ne se limitent pas aux activités susmentionnées: veuillez en donner une description la plus détaillée possible:

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

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 autre

Date de prise d'effet de l'assurance:

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

Une couverture de base est associée au contrat responsabilité civile.

Si vous souhaitez une couverture étendue à tous les aspects de l'exercice d'une profession médicale et paramédicale (Surprime: 166 EUR/an), veuillez cocher cette case.

Dispositions légales

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

Siège social: Lloyd Georgelaan 6 - 1000 Bruxelles - T2I : 02/645.51.11 - Fax 02/645.51.30

Assureur Responsabilité professionnelle: Nateus SA - Entreprise d'assurances agréée sous le code n° 2652

(RPM 808 719 880) - *Siège social:* Frankrijklei 79 - 2000 Antwerpen - 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.

Curalia 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 Curalia.

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