

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION
statuant en matière d'assurance de responsabilité civile médicale
QUESTIONNAIRE – PROPOSITION

PROFESSIONNELS DE SANTE
Document général

REPLIR IMPERATIVEMENT TOUS LES DOCUMENTS AU STYLO NOIR. NE PAS AGRAFER

CONTRAT EN COURS : DATE DE FIN DES GARANTIES :..... NOM DE L'ASSUREUR :.....

En sus de ce questionnaire, les anesthésistes, chirurgiens, gynécologues-obstétriciens et tous les praticiens pratiquant l'échographie obstétricale rempliront également le questionnaire correspondant aux spécialités exercées.

IDENTITE DU PROPOSANT

Nom : _____ Prénom : _____
Eventuellement, Nom marital : _____
Domicile : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Date de naissance : _____ Département et lieu de naissance : _____
Tél professionnel : _____ Tél. portable : _____ Télécopie : _____ adresse @ e-mail : _____

SPECIALITE(S) EXERCEE (S)

.....
.....
.....

Ce questionnaire est à retourner **signé** avec toutes les annexes **par voie postale**

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE

Date de thèse :

Inscription au tableau de l'Ordre du Département :

Sous le n° :

Le :

Qualification obtenue le :

EXERCICE LIBERAL

Date de première installation :

Indépendant SCM SCP SEL Société de fait Autre :..... (entourer la situation correspondante)

Dans un ou plusieurs établissements hospitaliers privés : OUI NON

Si oui, adresses :

.....
.....

Exercez-vous uniquement comme remplaçant ? OUI NON

Si oui,

Avec contrat(s) de remplacement ? OUI NON

Et si vous n'êtes pas encore inscrit au tableau de l'Ordre des Médecins, vous êtes titulaire d'une licence de remplacement depuis combien de temps ? Quelle est sa date limite de validité :

EXERCICE A L'HOPITAL PUBLIC

Nom(s) et adresse(s) du (ou des) établissement(s) où vous exercez :

.....
.....

Exercice à temps partiel : OUI NON

Exercice à temps plein : OUI NON

- Sans activité libérale : OUI NON
- Avec contrat d'activité libérale à l'hôpital : OUI NON
Si oui, nombre de 1/2 journées :

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

EXERCICE SALARIE EN ETABLISSEMENT PRIVE (*)

Nom(s) et adresse(s) du (ou des) établissements où vous exercez :

RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES D'ORDRE GENERAL

Pratiquez-vous des actes à visée esthétique ? OUI NON Si oui depuis combien de temps ?

Si oui, lister les actes pratiqués :

Quelle formation avez-vous suivie en matière esthétique ?

Pratiquez-vous des scléroses de varices ? OUI NON

Pratiquez-vous de la phlébectomie ? OUI NON

Pratiquez-vous des anesthésies autres que locales ?

- Générales : OUI NON
- Locorégionales : OUI NON
- Tronculaires : OUI NON
- Sédation intraveineuse ou neuroleptanalgie ? OUI NON

Pratiquez-vous des épreuves cardiologiques d'effort ? OUI NON

Pratiquez-vous :

- Des actes d'imagerie médicale ? OUI NON
- Des actes de radiologie interventionnelle ? OUI NON
- Des échographies obstétricales ? OUI NON

Si vous répondez oui à la question sur les échographies obstétricales, remplir le questionnaire complémentaire correspondant

Etes-vous amené à prendre en charge des nouveaux-nés au sein d'établissements privés ? OUI NON

Comment informez-vous vos patients ? Par écrit Oralement (entourer la modalité correspondante)

Faites-vous signer un consentement écrit ? OUI NON

Veillez nous adresser une photocopie de votre feuille d'ordonnance et une feuille de sécurité sociale pré-imprimée

(*) Pour cette activité salariée en établissement privé vous devez, depuis la loi du 4/03/2002, être assuré en responsabilité civile au titre du contrat souscrit par votre établissement.

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

VOTRE ASSURANCE RESPONSABILITE PROFESSIONNELLE

Durant les dix dernières années, avez-vous été titulaire d'un contrat d'assurance Responsabilité Civile ? OUI NON

VOS CONTRATS. A REMPLIR IMPERATIVEMENT DE FACON EXHAUSTIVE ET PRECISE POUR UNE BONNE ETUDE DU DOSSIER

Nom de l'assureur (compagnie, mutuelle)	Période d'assurance	N° de police	Motif de la résiliation	Montant de la prime TTC	Montant de la franchise	Activité assurée	Mode d'exercice (libéral, hospitalier, salarié)

LES MISES EN CAUSE

Au cours de ces dix dernières années, votre responsabilité civile ou pénale a-t-elle été engagée ou mise en cause (avec ou sans règlement par votre assureur à ce jour) ou avez-vous été l'objet d'une (ou plusieurs) plainte(s) devant le Conseil de l'Ordre au titre de l'une ou l'autre de vos pratiques ?

OUI NON **Si oui, il convient de :**

① Remplir le tableau ci-dessous :

Date de l'acte initial	Date de la mise en cause	Nature	Circonstances	Montant des dommages

② joindre :

- les rapports d'expertises (anonyme) concernant les sinistres déclarés auprès des assureurs, sous enveloppe cachetée et **sous forme strictement anonyme** au BCT.
- Le relevé d'information établi par chaque société d'assurance comportant le n° de sinistre, le montant du règlement effectué et le montant de l'évaluation totale du dossier.

Je soussigné, certifie que toutes les réponses au présent questionnaire sont à ma connaissance sincères et exactes et qu'aucun assureur ne m'a proposé un tarif pour garantir ma responsabilité professionnelle.

Fait à _____ le _____ Signature :

NB : L'assuré doit fournir des informations exactes dans sa déclaration ; une fausse déclaration peut entraîner la nullité du contrat d'assurance. Article L 113-8 du code des assurances