QUESTIONNAIRE RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE « BIEN ETRE »

Ce questionnaire est un document qui a pour objet de renseigner l'assureur sur les risques proposés à l'assurance par le souscripteur. Si les risques proposés sont acceptés par l'assureur, ces déclarations serviront de base à l'établissement du contrat. Merci de nous le transmettre à l'adresse suivante : partenariat-khepriSante@assurance-rahm.com

1. INFORMATIONS GENERALES SUR LE SOUSCRIPTEUR

- Nom et Prénom (ou Raison Sociale) du souscripteur et adresse complète
  ……
  ……
- SIRET……..
- Téléphone……Email……..
  - Personne Physique *(monopraticien)*
  - Personne Morale *(indiquez le nombre de praticien) : …..*

Titre du/des diplôme(s) obtenu(s) ……

Les diplômes seront à fournir obligatoirement en cas de sinistre (pour les personnes morales, il faudra présenter un diplôme pour chaque praticien et en cas de pluralité d'activités, il conviendra de fournir un diplôme pour chaque activité).

En l'absence de diplôme il conviendra de justifier d'un cycle de formation (100h minimum) correspondant à l'activité exercée ou de 6 années de pratique.

- Date d'effet souhaitée ……/……/……. Fractionnement : ☐ Annuel ☐ Semestriel

2. VOS ACTIVITES

Déclaration du chiffre d'affaires du dernier exercice (ou CA prévisionnel s'il s'agit d'une création) : …….. €

Cochez la ou les activités pratiquées (5 activités maximum)				
☐Acupuncture (Aculifting, Luxopuncture, Digitopuncture) <u>limité aux seuls médecins, kinésithérapeutes ou sage femmes</u>	☐Hydrothérapie (hors hydrothérapie du colon)	☐Morphopsychologie	☐Radiesthésie	☐Thérapie par un toucher léger (Massage sensoriel)
☐Aide et/ou soutien psychologique (Mémoire cellulaire, Interprétation des rêves)	☐Hypnose Ericksonienne	☐ Moxibustion	☐Reboutologie	☐Trame
☐ Aromathérapie (Olphactothérapie)	☐Hypnothérapie	☐ Musicothérapie	☐Refléxologie	☐ Tuina
☐ Arthérapie	☐Ionophorèse	☐ Naturopathie (Hygiène de vie, Phytothérapie, Massothérapie,	☐Refléxologie globale	☐ Vitaminothérapie

		psychologie, Aromathérapie)		
☐ Ayurveda	☐ Iridologie	☐ Neuro-training	☐Relaxologie	☐ Yoga (Anti-gymnastiqu
☐Ayurveda Massage	☐Kinésiologie	☐ Nutritionniste (diététicien)	☐Santé humaniste	
☐Chromothérapie	☐Luminothérapie	☐ Oligothérapie	☐Shiatsu (Watsu)	☐Cryothérapie (Lipocryothérapie, Lipoth Cryolipolise, Lipontrast) Limité aux médecins et paramédicaux
☐Coaching	☐Magnétisme	☐ Ondobiologie	☐Sophrologie	
☐Cohérence cardiaque	☐Massage en ayurvédique	☐ Ortho-bionomiste	☐Somato-psycho-pédagogie	
☐Décodage Biologique	☐Massage Taï Traditionnel	☐ Ortho-kinésiologie	☐Somato-relaxologie	
☐Elixirs Floraux, Fleurs de Bach	☐Massothérapie (Massage Californien, Suédois, Amma, Technique des points de knap, Massage Hawaiian, Lomilomi, Fu jing tao)	☐ Phytothérapie	☐Soins en électrothérapie et ultrasons non focalisés	
☐Emotional Freedom Technic (EFT)	☐Médecine Traditionnelle Chinoise (Moxibustion, Conseil en nutrition, Phytothérapie, Tuina, Massage assis)	☐ PNL (Programmation neurolinguistique, Psycho-praticien)	☐Tai JI Quan	
☐Etiopathie	☐Méthode Bowen	☐ Plastithérapie	☐Technique d'Alexandre	
☐Etiothérapie	☐Méthode Feldenkrais	☐ Posturologie	☐Technique Autogénic	
☐Fasciathérapie	☐Méthode Gesret	☐ Psychologie clinique (Psycho-pathologie)	☐Technique de Reiki	
☐Feng Shui (Géodécodage)	☐Méthode Naet (Bye Bye Allergie)	☐ Psychothérapie (Gestalt thérapie, Approche centré sur la personne, Thérapie psycho corporelle)	☐Technique de rolfing	
☐Géobiologie	☐Méthode Quantique	☐Psycho-généalogie	☐Technique par les cristaux	
☐ Herboriste	☐ Méthode Tomatis	☐Psychomotricien	☐Thérapies énergétiques (Méthode Poyet, Ortho énergie, Neuro énergéticien, environnement électromagnétique et bioénergie)	
☐Homéopathie	☐ Micro kinésithérapie	☐Qi Gong	☐Thérapie nutritionniste et micro nutrition	
☐ **Activité annexe d'enseignement :** ……				

Souhaitez-vous bénéficier par contrat séparé d'une **Protection Juridique Professionnelle** ? ☐ Oui ☐ Non

3. LES ANTECEDENTS DU SOUSCRIPTEUR (Y COMPRIS SES PRATICIENS)

1) Votre RC Professionnelle et/ou Exploitation, ou celle de vos praticiens, a-t-elle déjà été mise en jeu de façon amiable ou judiciaire depuis le début de votre activité ? ☐ Oui ☐ Non

   Si oui, merci de nous indiquer la date de survenance, la nature, les circonstances ainsi que le montant du (des) litige(s) :
   ……
   ……

2) Avez-vous connaissance de faits ou événements susceptibles de mettre en jeu votre RC Professionnelle et/ou Exploitation, ou celle de vos praticiens ? ☐ Oui ☐ Non

   Si oui, merci de nous indiquer la date de survenance, la nature, les circonstances du (des) événement(s) :
   ……
   ……

4. SIGNATURES

Je déclare sincères et exacts les renseignements fournis ci-avant et certifie qu'ils ne comportent aucune restriction de nature à induire l'assureur en erreur dans l'appréciation des risques proposés.

Je reconnais être informé(e) que dans le cas où le contrat d'assurance serait conclu, les déclarations du présent questionnaire feront partie intégrante de ce contrat et lui serviront de base.

Je reconnais être informé(e) de l'obligation de sincérité des réponses au présent questionnaire et des conséquences qui résulteraient d'une omission ou d'une fausse déclaration, à savoir la nullité du contrat (Article L113-8 du Code des Assurances) ou la réduction des indemnités (Article L113-9 du Code des Assurances).

Les données recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de votre demande d'assurance. Ces données font l'objet de traitements informatiques par notre société pour les besoins de l'étude, de la proposition et de la souscription de votre contrat d'assurance, et ne peuvent être transmises à ces fins qu'aux organismes assureurs, réassureurs et intermédiaires en assurance de votre contrat, ainsi qu'à nos prestataires. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et, le cas échéant, d'opposition et de rectification des données vous concernant que vous pouvez exercer en adressant un courrier accompagné d'une copie recto-verso de votre pièce d'identité, à APRIL ENTREPRISE EST CS 40226 – 67089 STRASBOURG CEDEX.

Fait à …….. le …….

Nom et qualité du signataire, signature du représentant légal du souscripteur et cachet