

CONDITIONS PARTICULIERES APRIL RC PRO BIEN-ETRE**Contrat N° RCBE0000848** (Exemplaire à retourner signé)**L'ASSUREUR CONSEIL**

Code Apporteur : 24637

Cabinet ASSURANCE RAHM
8 RUE DE L'INDUSTRIE
ZA VALPARC

68440 HABSHEIM

**EXEMPLAIRE
A NOUS RETOURNER
SIGNÉ**
*en page 3
+ paraphes.***LE SOUSCRIPTEUR**SASU SOPHROKHEPRI
188 Grande Rue Charles de Gaulle

94130 NOGENT-SUR-MARNE

ASSURE

Le souscripteur et le cas échéant les praticiens supplémentaires.

Nombre de praticiens supplémentaires : 1

REVELLAT Evelyne

LE CONTRAT

Date d'effet : 01/01/2018

Echéance principale : 01/01

Fractionnement : Annuel

Date prochaine échéance annuelle : 01/01/2019

LA PRIME ANNUELLE TTC :**290,00 Euros****LA PRIME D'ASSURANCE pour la période du 01/01/2018 au 31/12/2018 :**

Prime nette :	229,36 Euros
Taxes :	20,64 Euros
Prime TTC :	250,00 Euros
Frais :	40,00 Euros
Total à régler :	290,00 Euros

ACTIVITES GARANTIES

L'assuré déclare exercer la profession et/ou les activités suivantes :

SOPHROLOGIE

EFT - EMOTIONAL FREEDOM TECHNIQUE

COACHING

PNL (programmation neurolinguistique)

PSYCHOTHERAPIE (Gesalt Thérapie, Approche centrée sur la personne, Thérapie Psycho Corporel)

CLAUSES PARTICULIERES

SINISTRES

Le souscripteur déclare :

• qu'en cas de sinistre, il est en mesure de :

→ soit fournir la copie du diplôme correspondant à l'activité assurée,

→ soit justifier d'un cycle de formation de 100 heures minimum correspondant à l'activité assurée,

→ soit prouver la pratique de l'activité assurée depuis 6 années minimum.

A défaut, et conformément à l'article 4.4 des Conditions Générales applicables au contrat, l'incapacité à fournir ces éléments entraînera la nullité du contrat.

• ne pas avoir déjà fait l'objet de réclamations mettant en jeu sa responsabilité civile professionnelle et/ou responsabilité civile exploitation au cours des 5 dernières années.

• ne pas avoir connaissance :

→ ni de mises en causes en cours, amiables ou judiciaires engageant sa responsabilité civile professionnelle et/ou responsabilité civile exploitation.

→ ni de faits ou de circonstances pouvant donner lieu à une réclamation susceptible d'être garantie aux termes du contrat.

TERRITORIALITE

Les garanties s'exercent dans le MONDE ENTIER, A L'EXCLUSION :

1. DE TOUTES LES RECLAMATIONS FORMULEES OU TOUS JUGEMENTS RENDUS, Y COMPRIS LES FRAIS DE JUSTICE Y AFFECTES, SUR LE TERRITOIRE DES ETATS-UNIS D'AMERIQUE ET/OU DU CANADA.

april entreprise | Est

SAS de courtage d'assurance au capital de 610.040 €, immatriculée au RCS STRASBOURG, sous le n° 648 501 864 et à l'ORIAS sous le n° 07 027 676 (www.orias.fr)
Siège social : 200, Avenue de Colmar - 67100 STRASBOURG - Tél 03 88 65 86 40 - Fax 03 88 39 62 45
Adresse postale : CS 40226 - 67089 STRASBOURG CEDEX
Entreprise soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
61 Rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09

Les indemnités mises à la charge de l'assuré à l'étranger lui sont uniquement remboursables en France et à concurrence de leur contre-valeur officielle en Euros, à la date de la première réclamation.

DECLARATIONS

Le souscripteur certifie que les déclarations qui précèdent et qui ont servi à l'établissement du contrat sont sincères et véritables.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte pourrait entraîner la nullité du contrat ou exposer l'assuré à supporter la charge de tout ou partie des indemnités (articles L 113-8 et L113-9 du Code des Assurances).

L'assuré devra en outre déclarer à l'assureur dans les meilleurs délais, toute modification ou aggravation du risque en cours de contrat selon les dispositions de l'article L.113-2, alinéa 3 du Code des Assurances, dont notamment tout praticien supplémentaire ou toute activité nouvelle.

Le souscripteur

Strasbourg, le 04/01/2018

Pour la compagnie, APRIL ENTREPRISE EST



SophroKhepri SAS
188 G^{de} rue Charles de Gaulle
94130 NOGENT SUR MARNE
R.C.S. 811 445 410 Créteil



april entreprise Est
200, Avenue de Colmar
67100 STRASBOURG
☎ 03.88.65.86.40 Fax 03 88 39 62 45
N° ORIAS : 07 027 676
N° SIRET : 648 501 864 00041

Ce contrat est souscrit auprès de Hiscox France - 19 rue Louis Le Grand - 75002 Paris, RCS Paris 524 737 681, Succursale française de Hiscox Europe Underwriting Limited (UK) enregistré au Royaume Uni sous le n° 6712051

april entreprise Est SAS de courtage d'assurance au capital de 610.040 €, immatriculée au RCS STRASBOURG, sous le n° 648 501 864 et à l'ORIAS sous le n° 07 027 676 (www.orient.fr)
Siège social : 200, Avenue de Colmar - 67100 STRASBOURG - Tél 03 88 65 86 40 - Fax 03 88 39 62 45
Adresse postale : CS 40226 - 67089 STRASBOURG CEDEX
Entreprise soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
61 Rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09

TABLEAU DES GARANTIES ET DES FRANCHISES

RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE (ERREURS PROFESSIONNELLES)	
(Les garanties s'appliquent par sinistre et par année d'assurance pour l'ensemble des assurés)	
- Montant des garanties (Tous dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs ou non)	200 000,00 Euros
Franchise sur tous dommages	500,00 Euros

RESPONSABILITE CIVILE EXPLOITATION		
(Les garanties s'appliquent par sinistre pour l'ensemble des assurés)		
- Tous Dommages Confondus (corporels, matériels et immatériels consécutifs) Dont :	5 000 000,00 Euros	par sinistre
- Dommages matériels et immatériels consécutifs	3 000 000,00 Euros	par sinistre
Franchise	200,00 Euros	par sinistre
Dont : Fonds et Valeurs	2 000,00 Euros	par sinistre
Franchise	150,00 Euros	par sinistre
- Faute inexcusable de l'employeur	500 000,00 Euros	par sinistre et par année d'assurance
Franchise	2 500,00 Euros	par victime
- Vol commis par les préposés	50 000,00 Euros	par sinistre
Franchise	200,00 Euros	par sinistre
- Dommages aux biens confiés	50 000,00 Euros	par sinistre
Franchise	200,00 Euros	Par sinistre

DEFENSE RECOURS	
- Défense civile et pénale en RC Professionnelle	200.000,00 Euros
Franchise	500,00 euros
- Défense civile et pénale en RC Exploitation	Limites et sous-limites indiquées dans le volet Responsabilité civile exploitation
Franchise	Identique à celle applicable aux dommages
- Recours	20 000,00 Euros
Franchise	1 500,00 Euros

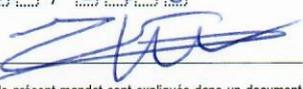
EXEMPLAIRE
A NOUS RETOURNER
SIGNÉ

3<.....

Référence Unique de Mandat : (Ne pas compléter)	MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA
.....	

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez April Entreprise Est à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'April Entreprise Est. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Nom du créancier : APRIL ENTREPRISE EST
I.C.S. : FR 04 Z Z Z 4 0 9 8 6 0
Adresse du créancier : APRIL ENTREPRISE EST
CS 40226
67089 STRASBOURG CEDEX

Type de paiement : Paiement récurrent
 Paiement ponctuel
Signé à* : Nogent sur Sarre
Date* : 01, 01, 2018
Signature(s)* : 

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Votre Référence Unique de Mandat (RUM) vous sera adressée au plus tard 14 jours avant la date de votre 1^{er} débit. Les informations contenues dans le présent mandat font l'objet d'un traitement informatique par April Entreprise Est pour la gestion de vos prélèvements et ne sont transmises à cet effet qu'à votre banque. Conformément à la Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, que vous pouvez exercer en adressant un courrier à APRIL ENTREPRISE EST - CS 40226 - 67089 STRASBOURG CEDEX

Veuillez compléter l'ensemble des champs marqués*

Votre nom* : SASU
Votre prénom* : Sophie Klopz
Adresse* : 188 G. de Ren Charles De Gaulle
Code Postal* : 67130 Ville* : Nogent sur Sarre
Pays* :
Les coordonnées de votre compte* : Joindre un Relevé d'Identité Bancaire
FR 7630004009320001009204823
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)
BNPAPFRPPXXX
Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)