



Bulletin de Souscription au contrat RC PROFESSIONNELLE « Hyalin PRO - PROFESSIONS DU BIEN-ÊTRE / MEDECINES DOUCES »

Ce questionnaire a pour objet de renseigner l'assureur sur le risque à garantir. Les réponses apportées ci-après serviront de base à l'établissement des termes et conditions de votre contrat en cas d'acceptation. Le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, si cette réticence change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre (L 113-8 & L113-9).

Critères d'éligibilité - responsabilité civile

Chaque demande individuelle de souscription devra satisfaire à l'ensemble des critères ci-dessous :

- Avoir un Chiffre d'Affaires total ne dépassant pas 500 000 €
- Être détenteur d'un diplôme (la photocopie du diplôme de chaque praticien devant être jointe pour les personnes morales). A défaut de diplôme, vous devez justifier de 100 h de formation ou de 6 ans d'expérience professionnelle
- Remplir les conditions légales d'exercice des activités exercées
- Ne pas exercer plus de 3 activités conjointement (cf tableau d'activité page 2 du présent document)
- Ne pas avoir plusieurs entités juridiques à garantir en Responsabilité Civile Professionnelle
- Ne pas exercer d'activité réglementée notamment les activités relevant de la Responsabilité Civile Médicale
- Ne pas avoir fait l'objet d'une procédure de redressement judiciaire ou de liquidation judiciaire
- Ne pas avoir fait l'objet d'une interdiction d'exercer, ceci étant valable pour l'ensemble des personnes impliquées dans l'activité
- Ne pas avoir fait l'objet au cours des trois dernières années, de réclamations et/ou sinistres mettant en jeu la responsabilité civile tant exploitation que professionnelle et ne pas avoir connaissance de faits ou d'évènements susceptibles de mettre en jeu les garanties à ce jour
- Ne pas avoir fait l'objet d'une mise en cause et/ou d'une condamnation pénale

Le proposant confirme satisfaire à l'ensemble des critères ci-dessus :

oui

non

SARL HYALIN ASSURANCES • 35, rue la Boétie • 75008 Paris • E-mail : info@hyalin.fr

RCS Paris B 533 156 808 - APE 6622Z - Au capital de 75 000 € - Intermédiaire d'assurances immatriculé à l'ORIAS sous le n°11 062 515 (www.oriass.fr), agissant en vertu du pouvoir de souscription et de gestion N° ADLSABA1601 et ayant le pouvoir de conclure des contrats d'assurance au nom et pour le compte du syndicat n°1200 du Lloyd's de Londres auprès duquel les garanties sont souscrites,

est souscripteur et gestionnaire du contrat «Hyalin PRO Professions du Bien-être / Médecines douces»,

distribué par l'intermédiaire de Revert & Badelon - SAS de courtage d'assurances au capital de 228 000 € - 72 B, rue de la Folie Regnault - 75011 Paris - RCS Paris 582 014 643 - immatriculé à l'ORIAS sous le n° 07 002 792

Intermédiaires assurés en assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes aux articles L512-6 et L512-7 du Code des Assurances et

exerçant sous contrôle de l'ACPR - 61, rue Taitbout 75009 PARIS et dans le cadre des dispositions de l'article L520-1-II, 1^{er} b du Code des Assurances

Renseignements Personnels du Praticien :

1. Nom _____ Téléphone : _____

2. Prénom _____ Téléphone Mobile : _____

3. Adresse d'exercice: _____

Code postal : _____ Ville : _____
E-mail : _____

4. Diplôme(s) obtenu(s) : _____

5. Adhésion à un syndicat ou une association professionnel(le) : Oui Non
Si oui le(la)quel(le) : _____

Renseignements sur l'Entreprise :

1. Dénomination Sociale : _____ Date de création : _____

2. Adresse du Siège Social : _____

Code postal : _____ Ville : _____

3. Date de début d'exercice : _____

4. N° SIRET : _____

Situation Actuelle & Antécédents :

1. Etiez-vous, les années passées, assuré en RC Professionnelle : Oui Non
Si non, Pourquoi ? _____

2. Coordonnées de l'assureur précédent : _____
Nom: _____ N° de Police : _____
Montant de la Prime : _____

3. Avez- vous été titulaire d'un contrat de même nature ayant fait l'objet de la part du précédent assureur
d'une résiliation pour sinistre au cours des 12 derniers mois ? Oui Non
Si oui, merci de préciser : _____

Honoraires:

1. Merci d'indiquer le montant de vos honoraires annuels : _____ €

2. Répartition par activité en % (cf liste des activités couvertes page 3):

Activité 1 : _____ %

Activité 2 : _____ %

Activité 3 : _____ %

Activité(s)

Veillez cocher l' (ou les) activité(s) pratiquées (3 activités maximum) :

Art thérapie	<input type="checkbox"/>	Aide psychologique	<input type="checkbox"/>
Atlas Profilax	<input type="checkbox"/>	Aromathérapie	<input type="checkbox"/>
Ayurveda massage	<input type="checkbox"/>	Coach/ formateur personnel	<input type="checkbox"/>
Emotional Freedom technic	<input type="checkbox"/>	Conseil en gestion du stress	<input type="checkbox"/>
Fasciathérapie	<input type="checkbox"/>	Conseiller conjugal	<input type="checkbox"/>
Géobiologie	<input type="checkbox"/>	Diététique	<input type="checkbox"/>
Hydrothérapie du colon	<input type="checkbox"/>	Fleurs de Bach	<input type="checkbox"/>
Kinésiologie	<input type="checkbox"/>	Gestalt	<input type="checkbox"/>
Magnétisme	<input type="checkbox"/>	Hypnose Ericksonienne	<input type="checkbox"/>
Massages bien être - toutes techniques	<input type="checkbox"/>	Médecines traditionnelles chinoises	<input type="checkbox"/>
Méthode Feldenkrais	<input type="checkbox"/>	Médiation familiale	<input type="checkbox"/>
Méthode Naet	<input type="checkbox"/>	Méthode Bowen	<input type="checkbox"/>
Qi gong	<input type="checkbox"/>	Méthode Gesret	<input type="checkbox"/>
Reboutologie	<input type="checkbox"/>	Morphopsychologie	<input type="checkbox"/>
Réflexologie	<input type="checkbox"/>	Naturopathie	<input type="checkbox"/>
Relaxologie	<input type="checkbox"/>	Phytothérapie	<input type="checkbox"/>
Shiatsu	<input type="checkbox"/>	Posturologie	<input type="checkbox"/>
Thérapies énergétiques	<input type="checkbox"/>	Programmation Neuro Linguistique	<input type="checkbox"/>
Yoga	<input type="checkbox"/>	Psychanalyste	<input type="checkbox"/>
		Psychologie clinique	<input type="checkbox"/>
		Psychologue	<input type="checkbox"/>
		Psychopraticque	<input type="checkbox"/>
		Psychothérapeute	<input type="checkbox"/>
		Somato-relaxologue	<input type="checkbox"/>
		Sophrologie	<input type="checkbox"/>
		Tipi	<input type="checkbox"/>
Psychologue pour animaux	<input type="checkbox"/>		

Garantie souscrite par le proposant et tarif

Le détail des garanties figurant dans les tableaux des garanties vous ont été remis avec le présent bulletin

Merci d'entourer la couverture choisie en fonction du CA réalisé sur l'année N-1:

Couvertures ^{*(1)} \ CA ^{*(2)}	CA < 200 000 €	200 001 € < CA < 500 000 €
Responsabilité civile professionnelle : 100 000 € ^{*(1)}	190 € TTC	235 € TTC
Responsabilité civile professionnelle : 250 000 € ^{*(1)}	290 € TTC	360 € TTC

* (1) Le montant des garanties et franchises est indiqué dans le tableau des garanties figurant en annexe dans les conditions générales et spéciales du contrat «Hyalin PRO Professions du Bien-être / Médecines douces» jointes à l'envoi du bulletin de souscription dont le proposant reconnaît avoir reçu un exemplaire.

* (2) CA - Chiffre d'affaires s'entend par le montant des honoraires sur N-1 / Pour les créations merci de souscrire sur la base du tarif forfaitaire < 200 000 € de CA à la première souscription. Les primes sont forfaitaires, non révisables / non ajustables.

Au delà de 500 000 € de CA, et pour une couverture supérieure à 500 000 €, nous consulter pour obtenir une tarification individualisée.

Prise d'effet de la garantie et date d'échéance

La garantie prend effet, SOUS RÉSERVE de son acceptation par l'assureur et de l'encaissement de la prime le premier jour du mois souhaité par le proposant, sachant que cette date ne pourra être antérieure à la date de signature du bulletin de souscription.

Date d'effet du contrat demandée, le 1^{er} _____ (mois) _____ (année).

En cas de refus de la garantie par l'assureur cette prime ne sera pas encaissée et/ou vous sera restituée dans son intégralité.

[Après validation de l'adhésion, le présent bulletin de souscription aura valeur de Conditions Particulières](#) et vous recevrez alors le certificat d'adhésion, la facture acquittée et les attestations d'assurance.

Déclarations et engagements du proposant concernant ses activités

Le Proposant :

- respecte les critères d'éligibilité énoncés page 1
- déclare sincères et exacts les renseignements fournis dans le présent document et certifie qu'ils ne comportent aucune restriction de nature à induire l'Assureur en erreur dans l'appréciation du risque proposé,
- reconnaît avoir été informé :
 - que toute réticence, fausse déclaration ou inexactitude dans les réponses aux questions qui précèdent, entraîne 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,
 - qu'il peut demander à l'assureur communication et rectification de toute information le concernant, qui figurerait sur tout fichier à usage de la Société. Ce droit, prévu par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, peut être exercé auprès du département «Communication».
- reconnaît avoir reçu un exemplaire des conditions générales et spéciales du contrat «Hyalin PRO Professions du Bien-être / Médecines douces» (CG / CS RCPRO / CS RCE)

Fait à : _____

Le : _____

Signature et fonction du représentant légal du proposant (avec cachet) :

Merci de retourner le questionnaire dûment complété accompagné de votre règlement à l'ordre de HYALIN Assurances à :
Cabinet Revert & Badelon
72 bis, rue de la Folie Regnault 75011 Paris