



OFFRE RESERVEE AUX ADHERENTS ALIZE
Syndicat ALIZE
521 Avenue de la Libération
Les Mandarines, Bt A1
06700 Saint Laurent du Var

FORMULAIRE D'ADHESION AUX CONTRATS D'ASSURANCES
RESPONSABILITE CIVILE et PROTECTION JURIDIQUE PROFESSIONNELLE
DES MASSEURS KINESITHERAPEUTES

CONTRAT RC Professionnels de la santé N° 700486220 souscrit auprès de **AXA France IARD**
SA au capital de 214 799 030 € Siège social : 313, Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex - 722 057 460 R.C.S. Nanterre
Entreprise régie par le Code des assurances, agissant en qualité d'assureur

CONTRAT PJ PRO KINE N°10397017304 Souscrit auprès de **JURIDICA**
S.A. au capital de 14 627 854,68 €, Siège social : 1 place Victorien Sardou 78160 Marly-le-Roi, - 572 079 150 R.C.S. Versailles
Entreprise régie par le Code des assurances, agissant en qualité d'assureur

Afin que la garantie soit acquise, merci de bien vouloir retourner ce document complété et signé avec
votre règlement à **PELICAN ASSURANCES**

SARL au capital social de 350 000 € Siège social : 279 Boulevard Voltaire à PARIS (75011), 799 035 605 R.C.S. de Paris, agissant
en qualité d'intermédiaire d'assurance numéro ORIAS 14002474 (consultable sur le site www.orias.fr)

AXA, JURIDICA et PELICAN ASSURANCES sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et Résolution, 4 Place
de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09

1 – IDENTIFICATION DE L'ADHERENT MASSEUR KINESITHERAPEUTE

☐ Monsieur ☐ Madame

NOM | _____ | PRENOM | _____ |

ADRESSE | _____ |

CODE POSTAL | ____ | ____ | ____ | ____ | COMMUNE | _____ |

PAYS | _____ | TELEPHONE | _____ |

ADRESSE EMAIL | _____ |

SIREN | _____ | NUMERO ORDRE MK | _____ |

Joindre une copie des diplômes de Masseur Kinésithérapeute, Ostéopathe ou attestation de formation DRY NEEDLING

2 – CHOIX DES GARANTIES

☐ RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE

☐ PRATIQUE DE LA MASSO-KINESITHERAPIE (MK) _____ 80 € TTC

☐ PROTECTION JURIDIQUE PROFESSIONNELLE DES MASSEURS KINESITHERAPEUTES _____ 90 € TTC

3 - ANTERIORITE DU RISQUE

☐ Je déclare n'avoir fait l'objet d'aucune mise en cause amiable ou judiciaire au cours des 5 dernières
années pour mon activité de Masseur-Kinésithérapeute ou d'Ostéopathe.

☐ Je déclare n'avoir pas connaissance, à ce jour, de faits ou événements susceptibles d'engager ma
responsabilité civile professionnelle de Masseur-Kinésithérapeute ou d'Ostéopathe.

☐ Je déclare ne pas utiliser une chambre mobile de cryothérapie à très basse température -180°
(Risque spécial soumis à questionnaire complémentaire).

4 - PRISE D'EFFET ET DUREE

Période d'assurance souhaitée à effet du |_____| |_____| |_____|

Date d'effet : Souscription par courrier : la date mentionnée ci-dessus, au plus tôt le cachet de la poste faisant foi. La garantie est acquise dès réception de l'e-mail de confirmation. Le règlement total est obligatoire pour que la souscription soit acquise.

5 - DECLARATIONS ET SIGNATURE

Le proposant soussigné déclare que les renseignements qui précèdent sont, à sa connaissance, exacts et qu'ils servent de base à l'établissement du contrat qu'il peut souscrire. Toute réticence ou déclaration intentionnellement fausse, toute omission ou déclaration inexacte entraîne suivant le cas les sanctions prévues aux articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.

Je soussigné(e) _____ déclare avoir pris connaissance et accepter les notices d'informations ainsi que les contrats d'assurances :

RESPONSABILITE CIVILE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE N°700486220 constitué des conditions générales AXA N° 680000 version D 08 2016, des conventions spéciales AXA-ALIZE et de l'attestation d'assurance.

PJ PRO KINE N°10397017304 constitué des conditions générales et particulières Juridica, de la notice d'information préalable et du DIPA.

Ces documents étant disponibles pour les adhérents Alize sur www.pelican-assurances.fr votre compte, sur simple demande au Syndicat Alizé contact@alize-kine.org ou Pelican Assurances contact@pelican-assurances.fr

Je prends note que je suis bénéficiaire de la garantie à compter de la date d'effet mentionnée sur la demande de souscription 2019, sous réserve du paiement de la cotisation, jusqu'au 31 décembre 2020 .

Date:

Signature du proposant :

Information sur les données personnelles

Dans le cadre de votre relation avec PELICAN ASSURANCES pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Nous serons également susceptibles de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données collectées vous concernant, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours client (offres et publicités ciblées). Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour l'exécution de votre contrat, ce à quoi vous consentez en le signant. Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales). Elles seront uniquement communiquées aux intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) une autorisation de transfert a été obtenue auprès de la CNIL par l'assureur. Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités de la société avec laquelle vous avez signé votre contrat. Lors de la souscription de votre contrat, certaines questions sont obligatoires. En cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à votre égard pourront être la nullité du contrat souscrit (article L.113-8 du Code des assurances) ou la réduction des indemnités versées (article L.113-9 du Code des assurances). Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique). Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat. Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par email (c.chastang@pelican-assurances.fr) ou par courrier (Pelican Assurances Charles Chastang réclamation CNIL 279 Bd Voltaire 75011 PARIS). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.