

Paris, Le.

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

QUESTIONNAIRE-PROPOSITION

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

PROFESSIONNELS DE SANTE

*Tous les proposants quelque que soit leur spécialité rempliront le questionnaire d'ordre général.
Les médecins généralistes, les anesthésistes, les chirurgiens, les gynécologues-obstétriciens et les
échographistes pratiquant l'échographie obstétricale rempliront également le questionnaire
correspondant à la spécialité exercée.*

La dernière page du présent questionnaire devra être impérativement signée.

Identité :

spécialité :

statut :

étab. principal :

Contrat en cours :

- date de fin des garanties :
- nom de l'assureur :
- date d'effet des garanties :

CE QUESTIONNAIRE EST A RETOURNER SIGNE AVEC TOUTES SES ANNEXES

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION**SOUSCRIPTEUR**

Nom : Prénom : Nom de jeune fille :
 Domicile :
 Code postal : Ville :
 Sit. De famille : M-C-V-D-K Nbr d'enfants : ____
 Date de naissance : Dépt et lieu de naissance :
 Tél. privé : Tél professionnel : Tél. portable :
 Télécopie : adresse @ e_mail :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE

Date de thèse : Ancien régime : OUI NON Nouveau régime : OUI NON
 Spécialité exercée :
 Inscription au tableau de l'Ordre du Département : sous le n° : le :
 Qualification :
 Date :

EXERCICE LIBERAL

date de première installation : _____

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

Exercez-vous :
 en cabinet individuel : OUI NON Si oui adresse : _____
 en cabinet de groupe : OUI NON Si oui adresse : _____
 en clinique : OUI NON Si oui adresse : _____

exercez-vous uniquement comme remplaçant oui non
 Si oui, depuis combien de temps.
 Etes-vous titulaire d'une licence de remplacement ? OUI NON Quelle est sa date limite de validité ? _____

EXERCICE A L'HÔPITAL PUBLIC

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

exercice à temps plein sans contrat d'activité libérale à l'hôpital : OUI NON

Exercice à temps plein avec contrat d'activité libérale à l'hôpital :
 nombre de ½ journées par semaine _____ et nombre de lits _____

exercice à temps partiel : OUI NON

Votre activité est-elle rémunérée par l'hôpital ? OUI NON

Votre activité s'exerce-t-elle dans le cadre d'une convention de stage ? OUI NON

EXERCICE SALARIE :

En établissement privé participant au service public hospitalier : nom(s) et adresse(s) du (ou des) établissement(s) où vous exercez : _____

En clinique privée : nom(s) et adresse(s) de la (ou des) clinique(s) où vous exercez : _____

RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES D'ORDRE GENERAL

Pour les actes cotés en K ou KC quelle est la cotation maximale et la nature de l'acte que vous êtes amené à pratiquer :

en libéral : _____

en salarié : _____

Pratiquez-vous des actes à visée purement esthétique ? OUI NON

Si OUI, lister les actes pratiqués : _____

Pratiquez-vous des scléroses de varices OUI NON

Pratiquez-vous la phlébectomie ? OUI NON

Pratiquez-vous des anesthésies ?

générales OUI NON

régionales OUI NON

locales OUI NON

sédations intraveineuses ou neuroleptanalgésie OUI NON

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

Pratiquez-vous :

des actes d'imagerie médicale ? OUI NON

des échographies obstétricales ? OUI NON

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

Etes-vous correspondant dans le domaine de :

l'hémovigilance ? OUI NON

la matériovigilance ? OUI NON

la pharmacovigilance ? OUI NON

Comment informez-vous vos patients ? par écrit oralement

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.

ANTECEDENTS

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

| <i>Nom de l'assureur</i> | <i>Période d'assurance</i> | <i>N° de police</i> | <i>Motif de la résiliation</i> | <i>Nombre de sinistres</i> | <i>Activité assurée</i> | <i>Statut : libéral, hospitalier</i> |
|--------------------------|----------------------------|---------------------|--------------------------------|----------------------------|-------------------------|--------------------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

- avez-vous connaissance de sinistres intervenus au cours des dix dernières années ?
- on entend par sinistre : toute réclamation formulée auprès du professionnel de santé ou de son assureur (qu'il y ait eu ou non règlement) et/ou toute réclamation de patient formulée auprès du médecin susceptible de pouvoir ultérieurement engager sa responsabilité.

Si oui, remplir le tableau ci-joint

| <i>Date</i> | <i>Nature</i> | <i>Circonstances</i> | <i>Montant des dommages</i> |
|-------------|---------------|----------------------|-----------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

(Suite éventuelle sur une feuille annexe)

et joindre à cette proposition :

- les rapports d'expertise pour les sinistres déclarés auprès des assureurs précédents adressés sous enveloppe cachetée à l'attention du Conseil Médical,
- un résumé circonstancié de toute réclamation du patient susceptible de pouvoir engager la responsabilité du praticien.
- un relevé d'informations comprenant les précisions suivantes sur les dix dernières années :
 - numéro de sinistre
 - niveau de responsabilité et montant du préjudice corporel
 - règlements effectués
 - évaluation du dossier

REEMPLIR L'UN DES QUESTIONNAIRES SUIVANTS EN FONCTION DE VOTRE SPECIALITE

ATTENTION : POUR LES ANESTHESISTES REMPLIR UN QUESTIONNAIRE PAR ETABLISSEMENT.

Rappel : Joindre une photocopie de votre feuille d'ordonnance et une feuille de sécurité sociale pré-imprimée.

Je soussigné, certifie que toutes les réponses faites au présent questionnaire sont à ma connaissance sincères et exactes

Fait à _____ le _____ heure

Signature (signature également obligatoire dernière page)

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

Je soussigné

Nom : Prénom :

Adresse :

Tel :

Profession :

Etablt :

Déclare par la présente donner à : **Cabinet SFVA - Monsieur DIDIERLAURENT**

(adresse) : 155 Rue de la Pompe 75116 PARIS

mandat exclusif, à l'exclusion de tout intermédiaire,

a) Pour étudier les conditions auxquelles je pourrai satisfaire à l'obligation de responsabilité civile médicale instituée par la loi n°54 du 4 mars 2002.

b) Pour présenter à la société d'assurance une proposition en mon nom,

c) En cas de refus de cette société d'assurance, pour saisir en mon nom le BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION statuant en matière de risque de responsabilité civile médicale, selon la procédure instituée par les article R.250-1 et suivants du Code des Assurances, et ce jusqu'à décision de ce bureau, sauf désistement de ma part notifiée audit bureau.

Fait à PARIS, le

Signature

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

Questionnaire Complémentaire ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE

PRATIQUE

- Etes-vous titulaire d'un diplôme d'échographie obstétricale ? oui non
 Quel diplôme.....
 Quelle est la date d'obtention de votre diplôme :

- Avez-vous suivi une formation médicale continue en échographie obstétricale ? oui non
 Si oui laquelle et à quelle période ?.....

- A propos de votre pratique échographique, exercez-vous :
 En cabinet ? oui non
 Dans un (ou plusieurs) établissements ? oui non
 Si oui, lequel, (ou lesquels) ?

- Nombre moyen d'échographies obstétricales par semaine ?

- Date de première mise en service de votre matériel ?
- Comprend-il une sonde endo-vaginale ? oui non

- Avez-vous un réseau de référents en matière d'avis -écho ? oui non

INFORMATION DE LA PATIENTE

- Informez-vous les patients des limites de l'échographie et du risque de non-diagnostic d'une malformation potentielle ? oui non

- Si oui sous quelle forme ?
 Oralement ? oui non
 Information sur votre compte-rendu ? oui non
 Par la remise d'un document écrit signé par le patient ? oui non

Nom :

Date :

Signature (*signature également obligatoire page 14*)

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

Questionnaire Complémentaire GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN

❖ Pratiquez-vous exclusivement une activité de gynécologie médicale excluant tout acte égal ou supérieur à K30 ? OUI NON

❖ Pratiquez-vous des actes égaux ou supérieurs à K30 ? OUI NON

❖ Pratiquez-vous des accouchements ou des césariennes ? OUI NON

❖ Pratiquez-vous des actes de chirurgie gynécologique ? OUI NON

❖ La salle d'accouchement et le bloc opératoire sont-ils au même niveau de l'établissement de soins ? OUI NON

❖ Réalisez-vous des échographies liées à la grossesse ? oui.....non si oui, remplir le questionnaire Echographie

❖ Exercez-vous des actes de chirurgie plastique / esthétique ? OUI NON
Si oui, lesquels ?

❖ Exercez-vous une activité d'assistance médicale à la procréation ? OUI NON
Si oui, quelle technique utilisez-vous ?.....

❖ Quelle est votre formation (CES, DES, DESC, Clinicat, ...) ?

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

❖ Avez-vous une qualification en chirurgie gynécologique ? OUI NON

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

❖ Travaillez-vous dans une structure d'hospitalisation ? OUI NON

Si oui, avec garde obstétricale sur place OUI NON

avec garde anesthésique sur place OUI NON

avec garde pédiatrique sur place OUI NON

avec astreinte pédiatrique OUI NON

❖ Exercez-vous dans plusieurs structures d'hospitalisation dans la même journée ? OUI NON

❖ Comment informez-vous vos patients ?

oralement ? OUI - NON par écrit ? OUI - NON par un document signé du patient? OUI - NON

Nom :

Date :

Signature (*signature également obligatoire page 14*)

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

A SIGNER IMPERATIVEMENT PAR TOUS LES PROPOSANTS

Le proposant déclare avoir été informé que les réponses contenues dans le présent document et les annexes ajoutées par le dit proposant constituent des éléments d'appréciation du risque dont il est tenu compte pour l'appréciation des garanties et pour la fixation de la cotisation et qu'en conséquence, toute réticence, fausse déclaration, omission ou inexactitude, peut entraîner 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.

Je soussigné.....
certifie l'exactitude des indications données dans la présente proposition et ses annexes.

Fait àle

Le Proposant (1)

Informatique et liberté : les informations contenues dans le présent document ne peuvent être destinées qu'aux fichiers de l'assureur et du BCT. L'Assuré peut demander communication des renseignements le concernant, et les faire rectifier, conformément aux dispositions de la loi du 06 janvier 1978

(1) Faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »