

PROPOSITION D'ASSURANCE DES FAUTES PROFESSIONNELLES

PROFESSIONAL LIABILITY INSURANCE PROPOSAL FORM

Au Lloyd's

CETTE PROPOSITION EST LIMITEE A UN CONTRAT NE COUVRANT QUE LES RECLAMATIONS FORMULEES PENDANT LA DUREE DE SA VALIDITE.

THIS PROPOSAL IS FOR INDEMNIFICATION ON A CLAIMS MADE BASIS. THIS POLICY ONLY CORRESPONDS TO " CLAIMS " MADE AGAINST THE PROPOSER AND NOTIFIED TO INSURERS DURING THE PERIOD OF INSURANCE.

1. **Cette proposition doit être dûment complétée. Veuillez le cas échéant indiquer la mention " NEANT ".
Toute imprécision risque de retarder l'établissement du projet.**

This proposal must be fully completed. Please state " Nil " or " None " as applicable. Incomplete answers can delay quotation.

2. **Nous vous prions de fournir toute information supplémentaire que vous estimez nécessaire à l'appréciation du risque par les assureurs (curriculum vitaë, brochures ...)**

Please submit any additional information you feel may be of assistance to Insurers (such as C.V, Brochures...)

LA SIGNATURE DE CETTE PROPOSITION N'ENGAGE PAS LES ASSUREURS A SIGNER UN CONTRAT.

SIGNING OF THIS PROPOSAL FORM DOES NOT PLACE EITHER THE PROPOSER OR INSURERS UNDER THE OBLIGATION OF SIGNING AN INSURANCE POLICY.

PROPOSANT (Proposer)

UNE PROPOSITION PERSONNELLE EST REQUISE POUR CHAQUE ASSOCIE. EN CAS DE CABINET DE GROUPE, LA LISTE DES ASSOCIES DEVANT ETRE JOINTE.

A PERSONAL PROPOSAL FORM IS REQUIRED FOR EACH PARTNER, IN THE CASE OF A GROUP PRACTICE THE LIST OF PARTNERS MUST BE ATTACHED.

Civilité :

Civility

Nom du Proposant :

Full name of the Proposer:

Prénom du Proposant :

Surname of the Proposer :

Nom Entreprise:

Society:

Date et lieu de naissance :

Date of Birth :

Adresse :

Address :

Code postal :

Postal Code:

Ville :

Town:

Quelles sont les activités que vous pratiquez ? (Liste non exhaustive) *

What activities do you practise?

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Acupuncture
<i>Acupuncture</i> | <input type="checkbox"/> Tui Na
<i>Tui Na</i> | <input type="checkbox"/> Access Bars
<i>Access Bars</i> | <input type="checkbox"/> Aromathérapie
<i>Aromatherapy</i> |
| <input type="checkbox"/> Moxibustion
<i>Moxibustion</i> | <input type="checkbox"/> Ayurvéda
<i>Ayurveda</i> | <input type="checkbox"/> Remède de Bach
<i>Bach Remedies</i> | <input type="checkbox"/> Biologie Médicale
<i>Biochemics</i> |
| <input type="checkbox"/> Ventouses
<i>Suction Cups</i> | <input type="checkbox"/> Thérapie Craniosacrale
<i>Craniosacral Therapy</i> | <input type="checkbox"/> Chromothérapie
<i>Colour Therapy</i> | <input type="checkbox"/> Conseil Thérapeutique
<i>Counselling</i> |
| <input type="checkbox"/> Pharmacopée
<i>Pharmacopoeia</i> | <input type="checkbox"/> Massage
<i>Massage</i> | <input type="checkbox"/> Technique de Reiki
<i>Healing / Reiki</i> | <input type="checkbox"/> Herboriste
<i>Herbalism</i> |
| <input type="checkbox"/> Homéopathie
<i>Homeopathy</i> | <input type="checkbox"/> Massage Bébé
<i>Baby Massage</i> | <input type="checkbox"/> Iridologie
<i>Iridology</i> | <input type="checkbox"/> Kinésiologie
<i>Kinesiology</i> |
| <input type="checkbox"/> Thérapie par un touché léger
<i>Light Touch Therapy</i> | <input type="checkbox"/> Naturopathie
<i>Naturopathy</i> | <input type="checkbox"/> Guasha
<i>Guasha</i> | <input type="checkbox"/> Constellations Familiales |
| <input type="checkbox"/> Thérapie par les Vitamines
<i>Multi Vitamin Therapy</i> | <input type="checkbox"/> Psychothérapie
<i>Psychotherapy</i> | <input type="checkbox"/> Thérapie par la Nutrition
<i>Nutrition Therapy</i> | <input type="checkbox"/> Neuro-Training |
| <input type="checkbox"/> Auriculothérapie
<i>Auriculotherapy</i> | <input type="checkbox"/> Shiatsu
<i>Shiatsu</i> | <input type="checkbox"/> Physiothérapie
<i>Radionics</i> | <input type="checkbox"/> Musicothérapie
<i>Music Therapy</i> |
| <input type="checkbox"/> Hypnose
<i>Hypnosis</i> | <input type="checkbox"/> Praticien de Santé
<i>Heilpraktiker</i> | <input type="checkbox"/> Yoga
<i>Yoga</i> | <input type="checkbox"/> Ostéopathie
<i>Osteopathy</i> |
| <input type="checkbox"/> Cryothérapie
<i>Cryotherapy</i> | <input type="checkbox"/> Magnétisme
<i>Magnetism</i> | <input type="checkbox"/> Phytothérapie
<i>Phytotherapy</i> | <input type="checkbox"/> Qi Gong
<i>Qi Gong</i> |
| <input type="checkbox"/> Praticien de la Méthode Feldenkrais | <input type="checkbox"/> Radiesthésie
<i>Diviner</i> | <input type="checkbox"/> Reflexes Archaïques
<i>Archaic Reflexes</i> | <input type="checkbox"/> Réflexologie
<i>Reflexology</i> |
| <input type="checkbox"/> Hydrotomie Percutanée | <input type="checkbox"/> Toucher pour aider
<i>Touch for help</i> | <input type="checkbox"/> P.N.L
<i>(Programmation Neuro Linguistique)</i> | <input type="checkbox"/> Sophrologie
<i>Sophrology</i> |
| <input type="checkbox"/> Coaching
<i>Teaching</i> | | | <input type="checkbox"/> Enseignement
<i>Teaching</i> |
| <input type="checkbox"/> *Autres activités : | | | |

ANTECEDENTS

PREVIOUS CLAIMS HISTORY

Avez-vous été précédemment assuré pour des fautes professionnelles **OUI** **NON**
YES NO

Have you previously been Insured for professional liability or been a member of any Defence Organisation ?

Si " OUI ", du précédent assureur et son numéro de police

If " YES ", please state the name of the Defence organisation or previous Insurers and their Policy Number:

Indiquez les réclamations dont vous avez fait l'objet au cours des dix dernières années.

Si aucune veuillez indiquer " NEANT ".

Please list all claims made against the proposer during the last 10 years. If none, please state " NONE ".

Date de l'incident <i>Date of Incident</i>	Date de Réclamation <i>Date of Claim</i>	Montant réclamé <i>Amount claimed</i>	Montant payé <i>Amount Paid</i>	Provision en cours <i>Amount outstanding</i>

Avez-vous connaissance d'un ou plusieurs sinistres survenus au cours de l'année écoulée ?

SI OUI merci de nous le préciser :

Details including nature of allegations and details of claimant.

Indiquez les circonstances/plaintes qui pourraient vous faire l'objet d'une réclamation. Si aucune veuillez indiquer " NEANT ".

List all circumstances/complaints which may give rise to a claim being made against the Proposer. If none, please state " NONE ".

Est-ce qu'un précédent contrat a été précédemment refusé, résilié ou soumis à des exclusions particulières ?

OUI
YES

NON
NO

Has any application for this type of Insurance cover or membership of a Defence body ever been declined, cancelled or required special terms ?

Si " OUI ", précisez :

If " YES " please give full details :

LIMITE DE GARANTIE *LIMIT OF LIABILITY*

Limite de Garantie :

The limit of liability :

✓ **3 000 000 €**

INFORMATIQUES ET LIBERTE *COMPUTERS AND FREEDOM OF INFORMATION*

Conformément à la Loi du 06/01/1978 relative aux fichiers informatisés l'adhérent peut demander aux Assureurs ou aux Mandataires de cette dernière communication des informations le concernant.

According to the law of 06/01/1978 relating to computer records, the assured may ask the Insurers or their Agents for information concerning them.

DECLARATION

Je déclare que les réponses faites à cette proposition qu'elles soient faites ou non de ma main sont sincères et véridiques sachant que je m'expose en cas de réticence, de fausse déclaration intentionnelle, d'omission ou de déclaration inexacte aux sanctions prévues par les articles L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances.

I declare that the replies made in this proposal form whether they are made in my own hand or not are sincere and true knowing that I will incur in the event of non disclosure, false intentional declaration, omission or inaccurate declaration the sanctions stipulated by articles L 113-8 and L 113-9 of the Insurance Code.

Signature du Proposant :

Proposer's signature :

Date

- ATTESTATION -

NOM :

Prénom :

Adresse Postale :

Je vous confirme ma décision de souscrire un certificat d'assurance auprès des Souscripteurs du **Lloyd's**.

Ce certificat couvre les risques de Responsabilité Civile Professionnelle (erreur, omission, négligence).

Il ne prend en charge que les sinistres survenant et déclarés entre la prise d'effet de la garantie et l'expiration d'un délai subséquent (d'une durée de cinq ans) à sa date de résiliation.

Pour tous différends nés à l'occasion du présent certificat, j'accepte l'arbitrage du **CEFAREA**.

Fait à :

Le :

Signature :