CONTRAT ETUDIANT
PROPOSITION D'ASSURANCE DES FAUTES PROFESSIONNELLES
PROFESSIONAL LIABILITY INSURANCE PROPOSAL FORM

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)

Nom et Prénom du Proposant :

Full name of the Proposer:

Date de naissance :

Date of Birth :

Adresse :

Address :

Code postal et Ville :

Postal Code and Town :

Ecole ?

School :

Année d'étude?

School graduate :

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

What activities do you practise?

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

NOM :

Prénom :

Adresse :

- ATTESTATION -

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 :