

QUESTIONNAIRE DE SOUSCRIPTION RADIOLOGIE

Informations générales

SOUSCRIPTEUR

Nom : Prénom :

Né (e) le : à :

Adresse Personnelle :

Adresse Cabinet :

Numéro de téléphone portable :

Numéro de téléphone fixe (cabinet, domicile ... à préciser) :

E-mail :

Merci de préciser l'adresse de correspondance souhaitée : personnelle cabinet

ASSURÉ (à remplir uniquement s'il est différent du souscripteur)

Nom : Prénom :

Né (e) le : à :

Adresse Personnelle :

Adresse Cabinet :

Numéro de téléphone portable :

Numéro de téléphone fixe (cabinet, domicile ... à préciser) :

E-mail :

Merci de préciser l'adresse de correspondance souhaitée : personnelle cabinet

SPÉCIALITÉ

Spécialité(s) ordinale(s) telle(s) que déclarée(s) au Conseil de l'Ordre

(Précisez également le cas échéant le complément de spécialité) :

.....

Numéro et date de la 1^{ère} inscription à l'Ordre des Médecins :

.....

FORMATION UNIVERSITAIRE

Merci de nous faire parvenir un CV.

Année de qualification : Pays de qualification :

Suivez-vous des formations post-universitaires ? Oui Non

Si **oui** lesquelles ?

.....

Votre situation actuelle

- Libéral** exerçant dans une ou plusieurs cliniques :
- Date de votre première année d'exercice libéral :
- Activité mixte : hospitalier + libéral**
- Nombre de vacations (demi-journées) à l'hôpital par semaine :
- Praticien Hospitalier**
 Avec activité libérale statutaire
- Salarié**
- Remplaçant**
- depuis combien d'années :
- combien de jours de remplacement par an environ :
- étiez-vous assuré par le contrat des médecins remplacés ? Oui Non
ou étiez-vous assuré par un contrat personnel ? Oui Non
- Chef de Clinique Assistant**
- Interne**
- Autre** :
- Si vous n'exercez actuellement pas en libéral l'avez-vous déjà fait auparavant ? Oui Non
si oui sur quelle période :

Situation pour laquelle vous souhaitez être assuré

STATUT

- Libéral** exerçant dans une ou plusieurs cliniques :
 Temps plein
 Temps partiel (sans activité hospitalière et/ou autre activité) – merci de préciser :
• Nombre de vacations (demi-journées) par semaine :
• Nombre de semaines par an :
- Pratiquez-vous uniquement des consultations ? Oui Non
- Date de votre première année d'exercice libéral :
- Activité mixte : hospitalier + libéral**
- Nombre de vacations (demi-journées) à l'hôpital par semaine :
- Praticien Hospitalier**
 Temps plein
 Avec activité libérale statutaire
 Temps partiel
- Salarié**
- Remplaçant**
 Hospitalier
 Libéral : combien de jours de remplacement par an environ :
- Chef de Clinique Assistant**
- Interne**
- Autre** :

LIEU(X) D'EXERCICE

Merci de renseigner le nom et l'adresse de TOUS les établissements (publics ou privés) dans le(s)quel(s) l'activité déclarée sera exercée :

1^{er} établissement :

Nom :

Adresse :

Nombre de vacations (demi-journées) par semaine :

2^{ème} établissement :

Nom :

Adresse :

Nombre de vacations (demi-journées) par semaine :

3^{ème} établissement :

Nom :

Adresse :

Nombre de vacations (demi-journées) par semaine :

4^{ème} établissement :

Nom :

Adresse :

Nombre de vacations (demi-journées) par semaine :

ACTIVITÉ EXERCÉE

- **Pratiquez-vous la Radiologie de Diagnostic ?** Oui Non

sans procédures ou avec procédures simples non rachidiennes exercée en cabinet (biopsie, image guidée, injection d'agents de contraste, phlébographie)

À quelle fréquence votre travail de diagnostic en cabinet privé est-il soumis à un contrôle de lecture / audit clinique :

- **Pratiquez-vous la Radiologie Interventionnelle ?** Oui Non

procédures intermédiaires, complexes ou rachidiennes notamment angioplastie, embolisation, drainage ou, activité invasive sur le rachis, phlébectomie.

- Pratiquez-vous cette activité au sein d'un hôpital MCO ou d'une clinique ?** Oui Non

Si **non**, avez-vous des protocoles en place avec des établissements

- à proximité en cas de situation d'urgence ? Oui Non

- **Pratiquez-vous la Radiothérapie ou Radiation Oncologique ?** Oui Non

- **Veillez décrire brièvement la procédure que vous utilisez pour notifier au patient son retour en cas de**

divergence dans un résultat d'imagerie médicale

.....

PRÉCISIONS COMPLÉMENTAIRES SUR VOTRE ACTIVITÉ

• Si vous exercez en libéral quel est votre mode d'exercice ?

praticien isolé en société Autre :

• Si vous exercez en **société**, merci de préciser :

- le type et la raison sociale de votre société :
- N° SIRET :

• Salariez-vous des médecins ?

Oui Non

Si **oui**, de quelle (s) spécialité (s) ?

.....
.....

• Salariez-vous des personnels non médicaux ?

Oui Non

Si **oui** :

- Combien ? :
- Qualifications (à préciser pour chacun d'entre eux) :

.....
.....

• Exercez-vous actuellement une partie de votre activité au Royaume-Uni ?

Oui Non

Avez-vous pour projet d'exercer une partie de votre activité au Royaume-Uni ?

Oui Non

• Avez-vous exercé une partie de votre activité hors du territoire Français (sauf Royaume-Uni) ?

Oui Non

Exercez-vous une partie de votre activité hors du territoire Français (sauf Royaume-Uni) ?

Oui Non

Si **oui** à l'une des 2 questions précédentes, merci de préciser :

- Dans quel(s) pays :
- La fréquence de cette activité (nombre jours/an) :
- Détaillez cette activité (période, actes réalisés, statut d'exercice, type d'établissement, organisation de la continuité des soins après votre retour en France ...) :
.....

• Pratiquez-vous des activités bénévoles vous amenant à exercer des activités de prévention, de diagnostic ou de soins ?

Oui Non

Si **oui**, merci de détailler ces activités :

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

• Avez-vous d'autres précisions à donner pour une complète description de votre activité ?

Oui Non

Si **oui**, merci de préciser :

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

Antécédents d'assurance et de sinistralité

COMPAGNIES ANTÉRIEURES (ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE)

Auprès de quelle(s) Compagnie(s) d'Assurances avez-vous été assuré(e) pour votre Responsabilité Civile Professionnelle au cours des dix dernières années ?

Nom Assureur 1 :

Période d'assurance : du au

Nombre de sinistres :

Spécialité assurée :

Mode d'exercice : Hospitalier Libéral à temps plein Libéral à temps partiel

Motif de résiliation :

Cessation d'activité

Changement d'activité

Sinistres

Prix

Autre :

Nom Assureur 2 :

Période d'assurance : du au

Nombre de sinistres :

Spécialité assurée :

Mode d'exercice : Hospitalier Libéral à temps plein Libéral à temps partiel

Motif de résiliation :

Cessation d'activité

Changement d'activité

Sinistres

Prix

Autre :

Nom Assureur 3 :

Période d'assurance : du au

Nombre de sinistres :

Spécialité assurée :

Mode d'exercice : Hospitalier Libéral à temps plein Libéral à temps partiel

Motif de résiliation :

Cessation d'activité

Changement d'activité

Sinistres

Prix

Autre :

DESCRIPTIF DES ANTÉCÉDENTS SINISTRES

Nombre de sinistres sur les dix dernières années :

Joindre :

- *Un relevé d'informations des 10 dernières années (à demander à votre précédent assureur)*
- *Les rapports d'expertise adressés sous pli cacheté à l'attention du Directeur Médical pour les sinistres ayant fait l'objet d'une expertise*
- *En cas d'absence d'expertise, un résumé des circonstances du / des sinistre(s) adressé également sous pli cacheté à l'attention du Directeur Médical*

PASSÉ CONNU

À votre connaissance, certains de vos actes ont-ils entraîné des dommages non déclarés à votre précédent assureur et à ce jour non suivis de réclamation de la part du patient ?

Oui Non

Si oui, combien ?

À votre connaissance, certains de vos actes ont-ils entraîné des dommages déclarés à votre précédent assureur et à ce jour non suivis de réclamation de la part du patient ?

Oui Non

Si oui, combien ?

Merci de compléter le tableau suivant et nous joindre copie des éventuels éléments en votre possession :

Date de l'acte médical :
Activité : <input type="checkbox"/> hospitalière <input type="checkbox"/> libérale
Description des faits :

Date de l'acte médical :
Activité : <input type="checkbox"/> hospitalière <input type="checkbox"/> libérale
Description des faits :

Date de l'acte médical :
Activité : <input type="checkbox"/> hospitalière <input type="checkbox"/> libérale
Description des faits :

OMISSION OU FAUSSE DÉCLARATION

Les déclarations faites dans ce questionnaire constituent des éléments d'appréciation du risque dont il est tenu compte pour la délivrance des garanties et pour la fixation des cotisations. 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.

Le souscripteur s'engage à déclarer toute modification d'activité ou circonstances nouvelles qui rendent caduques ou inexacts les informations contenues dans ce questionnaire, sous peine de l'application des sanctions prévues aux articles L. 113-8 et L113.9 du Code des Assurances.

INFORMATIQUE ET LIBERTÉ – PROTECTION DES DONNÉES

Vous trouverez en annexe de ce document les notices de protection des données personnelles de Branchet ainsi que de l'assureur, et conformément au règlement général sur la protection des données entré en vigueur le 25 mai 2018 (Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016)

En retournant ce questionnaire signé, je consens à l'utilisation de mes données personnelles conformément à la notice de protection des données ci-jointe

NOTICE D'INFORMATION DU DISPOSITIF TRACFIN

(Traitement du renseignement et action contre les circuits financiers clandestins) :

1. Obligation : l'article L. 561-5 du Code monétaire et financier nous fait obligation de nous assurer de l'identité du souscripteur d'un contrat d'assurance par la présentation et la fourniture de certains documents.

2. Documents à fournir : pour permettre la réalisation du contrat d'assurance envisagé, nous vous remercions de nous fournir les documents suivants :

- **RIB** de l'établissement financier utilisé pour le règlement des cotisations.
- Copie recto verso de la **pièce d'identité** du signataire.

Je soussigné(e) certifie que toutes les réponses faites au présent questionnaire sont sincères et exactes.

Date de prise d'effet souhaitée :

(aucune prise d'effet ne sera possible avant réception d'un dossier complet)

<p>Fait à :</p> <p>Le :</p>	<p>Signature du Proposant :  > Ajouter une signature ></p> <p>(sur Adobe Reader, cliquer sur Tracer > Appliquer</p>
---	--

Réinitialiser le formulaire

En application des dispositions du b) du 1°) du II de l'article L. 521-2 du Code des Assurances, nous vous informons travailler notamment avec les entreprises d'assurances suivantes : BHIL, BHEI, Abeille Assurances, CFDP, CNA Hardy, WRB, HISCOX...

En application des dispositions du b) du 2°) du II de l'article L. 521-2 du Code des Assurances, la rémunération du courtier Branchet est basée sur une commission incluse dans la prime d'assurance.

En 2021, Branchet a réalisé plus de 33% de son chiffre d'affaires avec la compagnie Berkshire Hathaway European Insurance Limited, Société d'assurance de Droit Irlandais intervenant sur le territoire Français dans le cadre de la Libre Prestation de Services (LPS), 7 Grand Canal, Lower Mount Street, Dublin 2, IRELAND.

Aucun assureur ne détient plus de 10% de notre capital et nous ne détenons pas plus de 10% du capital d'un assureur.

Information sur l'utilisation des données collectées et consentement à leur utilisation

Je consens à l'utilisation des données personnelles communiquées via ce questionnaire par Branchet en vue de l'exécution de mesures précontractuelles, ou par la suite en vue de l'exécution du ou des contrat(s) me liant à Branchet.

Je reconnais être informé(e) que mes données pourront également être utilisées par Branchet afin que je puisse recevoir l'ensemble des informations concernant Branchet et Asspro.

Dans le cas où je ne souhaite pas que mes données personnelles soient utilisées à d'autres fins que l'exécution de mesures précontractuelles ou contractuelles me liant à Branchet, j'en informe le Délégué à la Protection des données de Branchet : dpd@branchet.fr.

Responsable de la collecte des données personnelles

Le responsable de la collecte, du traitement et de la conservation des données est la société SAS FRANCOIS BRANCHET, société par actions simplifiée au capital de 500.000 €, dont le siège social est sis 35 avenue du Granier - 38240 MEYLAN, immatriculée au RCS GRENOBLE sous le numéro B 443 093 364.

La Société est immatriculée à l'INSEE sous le numéro SIRET 443 093 364 00018 code APE 6622Z.

La Société est une société de courtage d'assurance immatriculée à l'ORIAS sous le numéro 07 029 059 (www.orias.fr).

La Société est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR).

Le Directeur Général, responsable de traitement, est Monsieur Philippe AUZIMOUR.

Finalité de la collecte des données personnelles

Les données collectées via ce questionnaire le sont, en vue de l'exécution de mesures précontractuelles, ou par la suite en vue de l'exécution du ou des contrat(s) me liant à Branchet.

Transfert des données

Les données peuvent être transmises aux assureurs partenaires de Branchet pour la bonne gestion du dossier de l'assuré.

Droits de la personne concernée par la collecte

La personne concernée bénéficie d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et d'effacement sur les données que celle-ci vient de remettre à Branchet pouvant être activé auprès du Délégué à la Protection des Données de Branchet :

- Par mail : dpd@branchet.fr
- Par courrier : DPD – Branchet – 35 avenue du Granier – 38240 MEYLAN.
- Par téléphone : 04.76.18.13.00

Chaque rectification ou modification vous sera notifiée par courrier électronique.

De plus, le consentement à l'utilisation de ces données peut être retiré à tout moment en adressant une demande au DPD, qui statuera sur cette demande dans les meilleurs délais.

Durée de conservation des données personnelles

Les données seront conservées a minima le temps de la relation contractuelle suivie de la période de prescription des actions judiciaires pour lesquelles l'utilisation de ces données pourrait être nécessaire, ou pour une durée de 36 mois en l'absence de relation contractuelle avec Branchet.

Droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle

La personne concernée est en droit de déposer une réclamation auprès de la CNIL : www.cnil.fr – CNIL - 3 place de Fontenoy, 75007 Paris.

Qui nous sommes

Berkshire Hathaway European Insurance DAC est l'assureur identifié dans votre contrat d'assurance.

Les bases

Nous collectons et utilisons les données personnelles pour vous fournir une couverture d'assurance et respecter nos obligations légales.

Le traitement de données comprend des détails tels que votre nom, adresse et coordonnées et toute autre information que nous recueillons à votre sujet en rapport avec la couverture d'assurance dont vous bénéficiez. La collecte de données peut inclure des détails plus sensibles tels que des informations sur votre santé et toute condamnation pénale que vous pourriez avoir.

Vos informations peuvent être partagées et utilisées par un certain nombre de tiers dans le secteur de l'assurance, notamment courtiers, réassureurs, experts en sinistres, sous-traitants, régulateurs, autorités de contrôle... Nous ne divulguons vos informations personnelles que dans le cadre de la couverture d'assurance que nous fournissons et dans la mesure, où la transmission est autorisée par la loi.

Dans certaines circonstances, nous pouvons avoir besoin de votre consentement pour traiter certaines catégories d'informations vous concernant (y compris des informations sensibles telles que des informations sur votre santé et toute condamnation pénale que vous pourriez avoir). Lorsque nous avons besoin de votre consentement, nous vous le demanderons séparément. Vous n'êtes pas tenu de donner votre consentement et vous pouvez retirer votre consentement à tout moment. Cependant, si vous ne donnez pas votre consentement ou si vous retirez votre consentement, cela pourrait nuire à notre capacité de fournir la couverture d'assurance dont vous bénéficiez et nous empêcher de fournir une couverture pour vous ou de traiter vos réclamations.

Information des tiers concernés par la divulgation de données nécessaires

Lorsque vous nous fournissez des données personnelles sur d'autres personnes, par exemple des employés, ces dernières doivent recevoir une copie de cette notice d'information.

Vos droits

Vous avez des droits en relation avec les données personnelles que nous détenons, y compris le droit d'accéder à vos données. Si vous souhaitez exercer vos droits, vous pouvez utiliser les coordonnées fournies sur notre politique de confidentialité disponible sur le lien du site Web ci-dessous.

Plus de détails

Si vous souhaitez plus d'informations sur l'utilisation de vos données personnelles comme sur vos droits, vous pouvez consulter la politique de confidentialité du groupe à l'adresse suivante : www.bhiil.com

S'il vous est impossible d'obtenir notre politique de confidentialité via notre site internet, vous pouvez solliciter par l'intermédiaire de votre courtier que nous vous l'adressions sous une forme différente.