

## QUESTIONNAIRE RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE « BIEN ETRE »

Ce questionnaire est un document qui a pour objet de renseigner l'assureur sur les risques proposés à l'assurance par le souscripteur. Si les risques proposés sont acceptés par l'assureur, ces déclarations serviront de base à l'établissement du contrat.

### 1. INFORMATIONS GENERALES SUR LE SOUSCRIPTEUR

- Nom et Prénom (ou Raison Sociale) du souscripteur et adresse complète  
.....  
.....
- SIRET.....
- Téléphone.....Email.....
  - Personne Physique (*monopraticien*)
  - Personne Morale (*indiquez le nombre de praticien*) : .....

Titre du/des diplôme(s) obtenu(s) .....

Les diplômes seront à fournir obligatoirement en cas de sinistre (pour les personnes morales, il faudra présenter un diplôme pour chaque praticien et en cas de pluralité d'activités, il conviendra de fournir un diplôme pour chaque activité).

En l'absence de diplôme il conviendra de justifier d'un cycle de formation (100h minimum) correspondant à l'activité exercée ou de 6 années de pratique.

- Date d'effet souhaitée ...../...../..... Fractionnement :  Annuel  Semestriel

### 2. VOS ACTIVITES

Déclaration du chiffre d'affaires du dernier exercice (ou CA prévisionnel s'il s'agit d'une création) :  
..... €

Cochez la ou les activités pratiquées				
<input type="checkbox"/> Acupuncture (Aculifting, Luxopuncture)	<input type="checkbox"/> Herboriste	<input type="checkbox"/> Méthode Tomatis	<input type="checkbox"/> Psychomotricien	<input type="checkbox"/> Thérapies énergétiques (Méthode Poyet, Ortho énergie, Neuro énergéticien, environnement électromagnétique et bioénergie)
<input type="checkbox"/> Aide et/ou soutien psychologique (Mémoire cellulaire, Interprétation des rêves)	<input type="checkbox"/> Homéopathie	<input type="checkbox"/> Micro kinésithérapie	<input type="checkbox"/> Qi Gong	<input type="checkbox"/> Thérapie nutritionniste et micro nutrition
<input type="checkbox"/> Aromathérapie (Olphactothérapie)	<input type="checkbox"/> Hydrothérapie (hors hydrothérapie du colon)	<input type="checkbox"/> Morphopsychologie	<input type="checkbox"/> Radiesthésie	<input type="checkbox"/> Thérapie par un toucher léger (Massage sensoriel)
<input type="checkbox"/> Arthérapie	<input type="checkbox"/> Hypnose Ericksonienne	<input type="checkbox"/> Moxibustion	<input type="checkbox"/> Rebutologie	<input type="checkbox"/> Trame
<input type="checkbox"/> Atlas Profilax	<input type="checkbox"/> Hypnothérapie	<input type="checkbox"/> Musicothérapie	<input type="checkbox"/> Réfléxologie	<input type="checkbox"/> Tuina
<input type="checkbox"/> Ayurveda	<input type="checkbox"/> Ionophorèse	<input type="checkbox"/> Naturopathie (Hygiène de vie, Phytothérapie, Massothérapie, psychologie, Aromathérapie)	<input type="checkbox"/> Réfléxologie globale	<input type="checkbox"/> Vitaminothérapie
<input type="checkbox"/> Ayurveda Massage	<input type="checkbox"/> Iridologie	<input type="checkbox"/> Neuro-training	<input type="checkbox"/> Relaxologie	<input type="checkbox"/> Yoga (Anti-gymnastique)
<input type="checkbox"/> Chromothérapie	<input type="checkbox"/> Kinésiologie	<input type="checkbox"/> Nutritionniste	<input type="checkbox"/> Santé humaniste	

		(diététicien)		
<input type="checkbox"/> Coaching	<input type="checkbox"/> Luminothérapie	<input type="checkbox"/> Oligothérapie	<input type="checkbox"/> Shiatsu (Watsu)	
<input type="checkbox"/> Cohérence cardiaque	<input type="checkbox"/> Magnétisme	<input type="checkbox"/> Ondobiologie	<input type="checkbox"/> Soins en électrothérapie et ultrasons non focalisés	
<input type="checkbox"/> Cryothérapie (Lypocryothérapie, Lipocontrast, Cryolipolyse, Lipothérapie)	<input type="checkbox"/> Massage en ayurvédique	<input type="checkbox"/> Ortho-bionomiste	<input type="checkbox"/> Somato-relaxologie	
<input type="checkbox"/> Décodage Biologique	<input type="checkbox"/> Massage Taï Traditionnel	<input type="checkbox"/> Ortho-kinésiologie	<input type="checkbox"/> Somato-psycho-pédagogie	
<input type="checkbox"/> Elixirs Floraux, Fleurs de Bach	<input type="checkbox"/> Massothérapie (Massage Californien, Suédois, Amma, Technique des points de knap, Massage Hawaiian, Lomilomi, Fu jing tao)	<input type="checkbox"/> Phytothérapie	<input type="checkbox"/> Sophrologie	
<input type="checkbox"/> Emotional Freedom Technic (EFT)	<input type="checkbox"/> Médecine Traditionnelle Chinoise (Acupuncture, Moxibustion, Conseil en nutrition, Pharmacopée, Phytothérapie, Tuina, Digitopuncture, Massage assis)	<input type="checkbox"/> PNL (Programmation neurolinguistique, Psycho-praticien)	<input type="checkbox"/> Tai Ji Quan	
<input type="checkbox"/> Etiopathie	<input type="checkbox"/> Méthode Bowen	<input type="checkbox"/> Plastithérapie	<input type="checkbox"/> Technique d'Alexandre	
<input type="checkbox"/> Etiothérapie	<input type="checkbox"/> Méthode Feldenkrais	<input type="checkbox"/> Posturologie	<input type="checkbox"/> Technique Autogénic	
<input type="checkbox"/> Fasciathérapie	<input type="checkbox"/> Méthode Gesret	<input type="checkbox"/> Psychologie clinique (Psycho-pathologie)	<input type="checkbox"/> Technique de Reiki	
<input type="checkbox"/> Feng Shui (Géodécodage)	<input type="checkbox"/> Méthode Naet (Bye Bye Allergie)	<input type="checkbox"/> Psychothérapie (Gestalt thérapie, Approche centré sur la personne, Thérapie psycho corporelle)	<input type="checkbox"/> Technique de rolfing	
<input type="checkbox"/> Géobiologie	<input type="checkbox"/> Méthode Quantique	<input type="checkbox"/> Psycho-généalogie	<input type="checkbox"/> Technique par les cristaux	
<input type="checkbox"/> <b>Activité annexe d'enseignement :</b> .....				

Souhaitez-vous bénéficier par contrat séparé d'une **Protection Juridique Professionnelle** ?  Oui  Non

### 3. LES ANTECEDENTS DU SOUSCRIPTEUR (Y COMPRIS SES PRATICIENS)

- 1) Votre RC Professionnelle et/ou Exploitation, ou celle de vos praticiens, a-t-elle déjà été mise en jeu de façon amiable ou judiciaire depuis le début de votre activité ?  Oui  Non

Si oui, merci de nous indiquer la date de survenance, la nature, les circonstances ainsi que le montant du (des) litige(s) :

.....  
 .....

- 2) Avez-vous connaissance de faits ou événements susceptibles de mettre en jeu votre RC Professionnelle et/ou Exploitation, ou celle de vos praticiens ?  Oui  Non

Si oui, merci de nous indiquer la date de survenance, la nature, les circonstances du (des) événement(s) :

.....  
.....

#### 4. SIGNATURES

Je déclare sincères et exacts les renseignements fournis ci-avant et certifie qu'ils ne comportent aucune restriction de nature à induire l'assureur en erreur dans l'appréciation des risques proposés.

Je reconnais être informé(e) que dans le cas où le contrat d'assurance serait conclu, les déclarations du présent questionnaire feront partie intégrante de ce contrat et lui serviront de base.

**Je reconnais être informé(e) de l'obligation de sincérité des réponses au présent questionnaire et des conséquences qui résulteraient d'une omission ou d'une fausse déclaration, à savoir la nullité du contrat (Article L113-8 du Code des Assurances) ou la réduction des indemnités (Article L113-9 du Code des Assurances).**

Les données recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de votre demande d'assurance. Ces données font l'objet de traitements informatiques par notre société pour les besoins de l'étude, de la proposition et de la souscription de votre contrat d'assurance, et ne peuvent être transmises à ces fins qu'aux organismes assureurs, réassureurs et intermédiaires en assurance de votre contrat, ainsi qu'à nos prestataires. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et, le cas échéant, d'opposition et de rectification des données vous concernant que vous pouvez exercer en adressant un courrier accompagné d'une copie recto-verso de votre pièce d'identité, à APRIL ENTREPRISE EST CS 40226 – 67089 STRASBOURG CEDEX.

Fait à ..... le .....

Nom et qualité du signataire, signature du représentant légal du souscripteur et cachet