

1 – ASSURANCE DÉCÈS COMPRISE DANS LA COTISATION Bénéficiaire en cas de décès (à remplir impérativement)

Je, soussigné(e), **Nom (en majuscule)** : Masseur- Kinésithérapeute

Prénoms : **Nom de jeune fille** :

Date de naissance : (la garantie cesse à l'âge de 70 ans)

Adresse :

Code Postal : **Ville** :

Désigne, en cas de décès, comme bénéficiaire (ou à défaut mes ayants droits) du versement de **4.575 €** résultant de l'assurance (2) contractée auprès de PREDICA - Assurance de personne par le paiement de ma cotisation :

M. Mme Mlle **Nom (en majuscules)** :

Prénoms : **Nom de jeune fille** :

Adresse :

Code Postal : **Ville** :

Fait à : **le** : **Signature** :

(1) n'incluant pas l'assurance décès.

(2) Exclusions :

Le suicide au cours de la première année suivant l'admission aux garanties ;

La guerre étrangère, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre ;

Le saut à l'élastique ;

Pour l'aviation :

• Les accidents si l'appareil n'est pas pourvu d'un certificat de navigabilité ou si le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valable ;

• Les compétitions, démonstrations acrobatiques, records, tentatives de records, vols d'apprentissage, vols d'essai, vols sur prototypes, la pratique du deltaplane, des aérodynes ultra-légers motorisés (U.L.M.)

2 – Responsabilité Civile Professionnelle et Protection Juridique (à remplir uniquement en cas de souscription)

Afin de souscrire au contrat groupe conclu entre la FFMKR et la Médicale de France, veuillez cocher les cases qui suivent

M. Mme Mlle **Nom** :

Prénom : **Nationalité** :

Sexe : M F **Date de naissance** : **Situation de famille** :

Date d'obtention du diplôme :

La garantie est délivrée pour les seules activités relevant de l'exercice légal dévolu par décret de compétences aux masseurs-kinésithérapeutes. L'ostéopathie est considérée comme faisant partie de cet exercice légal.

Êtes-vous en phase de 1^{ère} installation libérale (3) ? oui non **Date d'installation** :

Adresse professionnelle :

Code postal : **Ville** : **Téléphone** :

Je souhaite adhérer au contrat-groupe RCP-PJ souscrit par la FFMKR auprès de La Médicale de France

ANTECEDENTS - à remplir impérativement pour que la garantie puisse produire ses effets

Avez-vous déjà été assuré pour votre Responsabilité Civile Professionnelle ? : oui non

Si oui, auprès de quelle Compagnie ? : **N° du contrat** :

Avez-vous déclaré un ou plusieurs sinistres au cours des 10 dernières années ? : oui non

Précisez pour le(s) sinistre(s) corporel(s), sauf chutes, le type de sinistre :

A votre connaissance, le ou les sinistres sont-ils ? : **En cours à ce jour ?** oui non

Réglé(s) à ce jour ? oui non

Le proposant certifie que l'ensemble des renseignements ci-dessus est, à sa connaissance, exact. En cas de fausse déclaration, il est passible des sanctions prévues aux articles L.113-8 et L.113-9 du code des assurances.

Fait à : **le** : **Signature** :

(3) Il faut entendre par 1^{ère} installation libérale la période durant laquelle le praticien relève pour la 1^{ère} fois du statut libéral, soit du fait d'une 1^{ère} installation, soit parce qu'il intègre une structure qui lui confère ce statut. A ce titre, un praticien remplaçant n'est pas considéré comme en phase de 1^{ère} installation libérale