

# ASSOCIATION FRANÇAISE D'OSTÉOPATHIE OSTÉOPATHES BIOMÉCANICIENS

ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE ET PROTECTION JURIDIQUE

## BULLETIN DE SOUSCRIPTION

RESPONSABILITÉ CIVILE : AXA  
PROTECTION JURIDIQUE : CFDP 10OST/LON

### ASSURANCES LONGUEVILLE

17, rue Lamartine - 71005 MACON CEDEX

Tél. 03 85 21 00 40 - Fax 03 85 39 03 83

E.mail : [osteo@assurances-longueville.com](mailto:osteo@assurances-longueville.com)

N° ORIAS : 07.007.941

#### ● L'ADHERENT

Nom ..... Prénom ..... Date de naissance .....

Adresse .....

Code Postal ..... Ville ..... Tél .....

E-mail .....

SIRET : .....

Certifie être titulaire d'un titre d'ostéopathe, tel que défini par l'article 4 du décret n°2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et conditions d'exercice de l'ostéopathie.

Avez-vous connaissance d'évènements susceptibles d'engager votre responsabilité au cours des dix dernières années ?  Oui  Non

DATE D'EFFET : .....

COTISATION TTC (1<sup>ère</sup> année 150€, 2<sup>ème</sup> année 190€, 3<sup>ème</sup> année et suivantes 225€) €

OPTIONS : Extension MONDE ENTIER  Oui  Non 22€

COTISATION TTC avec options : €

Merci de nous retourner le mandat de prélèvement SEPA joint accompagné d'un RIB.

Je reconnais avoir été informé(e), conformément à l'Article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée :

Du caractère obligatoire des réponses aux questions posées pour l'établissement des Conditions Particulières ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux Articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.

Que les destinataires des données personnelles me concernant sont d'une part, et en vertu d'une autorisation de la Commission Nationale de l'informatique et Libertés, les collaborateurs de l'assureur, responsable du traitement, tant en France qu'au Maroc, dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et d'autre part, ses intermédiaires, réassureurs, organismes professionnels habilités ainsi que les sous-traitants missionnés.

Que mes données peuvent être utilisées dans la mesure où elles sont nécessaires à la gestion et à l'exécution des autres contrats souscrits

auprès de lui ou auprès des autres sociétés du groupe auquel il appartient. Que je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès d'AXA - Service Information Clients - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex pour toute information me concernant.

Que les données recueillies par l'assureur lors de la souscription et des actes de gestion peuvent être utilisées par le Groupe AXA à des fins de prospection commerciale.

Je peux m'y opposer en écrivant à l'adresse indiquée ci-dessus.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature du bénéficiaire

La garantie prendra effet à la date souhaitée par le souscripteur, sous réserve d'avis contraire de l'assureur dans un délai de 3 jours ouvrés à compter de la date de réception par la compagnie du bulletin de souscription et se renouvellera par tacite reconduction à chaque échéance annuelle au 1er Janvier L'adhésion au présent bulletin ne peut en aucun cas engager AXA FRANCE IARD SA ET CFDP en dehors des limites précisées par les clauses, franchises et exclusions des conditions générales et particulières du contrat auquel elle se réfère.

# ASSOCIATION FRANÇAISE D'OSTÉOPATHIE OSTÉOPATHES BIOMÉCANICIENS

## ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE ET PROTECTION JURIDIQUE

### BULLETIN DE SOUSCRIPTION

RESPONSABILITÉ CIVILE : AXA  
PROTECTION JURIDIQUE : CFDP 10OST/LON

**ASSURANCES LONGUEVILLE**  
17, rue Lamartine - 71005 MACON CEDEX  
Tél. 03 85 21 00 40 - Fax 03 85 39 03 83  
E.mail : [osteo@assurances-longueville.com](mailto:osteo@assurances-longueville.com)  
N° ORIAS : 07.007.941

#### ● L'ADHERENT

Nom ..... Prénom ..... Date de naissance .....

Adresse .....

Code Postal ..... Ville ..... Tél .....

E-mail .....

SIRET : .....

Certifie être titulaire d'un titre d'ostéopathe, tel que défini par l'article 4 du décret n°2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et conditions d'exercice de l'ostéopathie.

Avez-vous connaissance d'évènements susceptibles d'engager votre responsabilité au cours des dix dernières années ?  Oui  Non

DATE D'EFFET : .....

COTISATION TTC (1<sup>ère</sup> année 150€, 2<sup>ème</sup> année 190€, 3<sup>ème</sup> année et suivantes 225€) €

OPTIONS : Extension MONDE ENTIER  Oui  Non 22€

COTISATION TTC avec options : €

Merci de nous retourner le mandat de prélèvement SEPA joint accompagné d'un RIB.

Je reconnais avoir été informé(e), conformément à l'Article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée :

Du caractère obligatoire des réponses aux questions posées pour l'établissement des Conditions Particulières ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux Articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.

Que les destinataires des données personnelles me concernant sont d'une part, et en vertu d'une autorisation de la Commission Nationale de l'informatique et Libertés, les collaborateurs de l'assureur, responsable du traitement, tant en France qu'au Maroc, dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et d'autre part, ses intermédiaires, réassureurs, organismes professionnels habilités ainsi que les sous-traitants missionnés.

Que mes données peuvent être utilisées dans la mesure où elles sont nécessaires à la gestion et à l'exécution des autres contrats souscrits auprès de lui ou auprès des autres sociétés du groupe auquel il appartient. Que je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès d'AXA - Service Information Clients - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex pour toute information me concernant.

Que les données recueillies par l'assureur lors de la souscription et des actes de gestion peuvent être utilisées par le Groupe AXA à des fins de prospection commerciale.

Je peux m'y opposer en écrivant à l'adresse indiquée ci-dessus.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature du bénéficiaire

La garantie prendra effet à la date souhaitée par le souscripteur, sous réserve d'avis contraire de l'assureur dans un délai de 3 jours ouvrés à compter de la date de réception par la compagnie du bulletin de souscription et se renouvellera par tacite reconduction à chaque échéance annuelle au 1er Janvier L'adhésion au présent bulletin ne peut en aucun cas engager AXA FRANCE IARD SA ET CFDP en dehors des limites précisées par les clauses, franchises et exclusions des conditions générales et particulières du contrat auquel elle se réfère.

# MONTANT DES GARANTIES

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES GARANTIES
<b>RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE</b>	
● Dommages corporels.....	<b>8.000.000 €</b>
Sans franchise	(par sinistre)
.....	<b>15.000.000 €</b>
	(par année d'assurance)
● Dommages matériels et immatériels confondus .....	<b>1.100.000 €</b>
Franchise : 170 €	(par année d'assurance)
● Dommages aux biens confiés .....	<b>50.000 €</b>
Franchise : 170 €	(par année d'assurance)
● Faute inexcusable (dommages corporels) .....	<b>2.000.000 €</b>
Franchise : 380 €	(par année d'assurance)
	dont 1.000.000 € par sinistre
● Atteintes accidentelles à l'environnement .....	<b>750.000 €</b>
Franchise : 10 % mini 500 € maxi 4000 €	(par année d'assurance)
<b>ASSURANCE JURIDIQUE</b>	
	Par sinistre
<i>Risque professionnel et vie privée</i>	<b>15.300 €</b>
<i>Seuil d'intervention : litige supérieur à 460 € HT</i>	
<i>Risque Fiscal avec limite par sinistre de 3 050 € TTC</i>	
<i>Seuil d'intervention : litige supérieur à 760 € HT</i>	