

BULLETIN D'ADHESION – Garanties RC PROFESSIONNELLE et RC EXPLOITATION des professionnels en Médecines Alternatives et Parallèles.

Contrat n° 706 567 65 04 souscrit par le Syndicat des Médecines Alternatives et Parallèles auprès d'AXA France IARD par l'intermédiaire de Pléiade Affinity N°ORIAS 15002864.

CE BULLETIN EST EXCLUSIVEMENT RESERVE AUX PROFESSIONNELS EN MEDECINES ALTERNATIVES ET PARALLELES ADHERENTS AU SMAP.

1- DESIGNATION DE L'ADHERENT

RAISON SOCIALE : SIREN :
 Adresse : Code Postal : Ville :
 Nom et Prénom du dirigeant : Courriel : @
 Tel : Nom du syndicat : N° d'adhésion : (joindre copie attestation syndicale)

La garantie est conditionnée au fait que chaque assuré a suivi une formation validante ou soit titulaire du diplôme d'une école ou institut de formation acceptée par le syndicat comme formation validante sérieuse. Le contrat ne garantit pas les sinistres dont le fait dommageable était connu de l'assuré à la date de souscription de la garantie concernée. Les montants de garantie constituent l'engagement maximum de l'assureur pour l'ensemble des assurés.

2- DATE D'EFFET

Les garanties du contrat prennent effet à 0 heure le lendemain du jour de la demande d'adhésion et du règlement, **le cachet de la poste faisant foi.** Le présent bulletin d'adhésion dûment complète et signé, accompagné du chèque de règlement de la cotisation d'assurance à l'ordre de **AXA France IARD** et retourné à .

Aucune attestation ne sera délivrée tant que la cotisation d'assurance n'aura pas été acquittée.

3- INFORMATIONS PREALABLES A LA SOUSCRIPTION

- L'activité a-t-elle déjà été assurée? non oui auprès de
 - Ce dernier a-t-il refusé de renouveler l'assurance? non oui car.....
 - Ce dernier a-t-il résilié votre contrat? non oui car.....
 - Ce dernier a-t-il demandé une majoration de prime? non oui car.....
 - Avez-vous fait l'objet d'une mise en cause (amiable/judiciaire) au cours des 3 dernières années pour votre activité de professionnel en médecines alternatives et parallèles ? non oui donc je joins un relevé de sinistralité de mon assureur.
 - Avez-vous connaissance, à ce jour, de faits ou événements susceptibles d'engager votre responsabilité civile professionnelle ? non oui lesquels.....
 - A quelle catégorie votre activité se rattache-t-elle ? :
- Acupuncture Emdr Aromathérapie Art Thérapie Ayurveda Massage Emotional Freedom technique Géobiologie Heilpraktiker IMO
 Kinésiologie Magnétisme Massages toutes techniques Méthode bowen Méthode feldenkrais Méthode naet méthode Poyet Morphopsychologie
 Médecine Traditionnelle Chinoise Naturopathie Ortho-bionomy Phytothérapie PNL Posturologie Psychopraticque Qi Gong Réflexologie
 Shiatsu Somato-psycho-pédagogie Somato-relaxologie Thérapies Energétiques Yoga

4- DATE D'ENTREE

La cotisation annuelle s'élève à :

- 110,00 € ttc si je souscris entre le 1er Janvier et le 30 juin.
- 55,00 € ttc si Je souscris entre le 1er Juillet et le 31 décembre.

5- DECLARATION DE L'ADHERENT

- Je reconnais avoir pris connaissance des Conditions Générales Ref 460653
- Je certifie sincères et exacts tous les renseignements portés sur le présent document et déclare avoir été informé(e) que toute fausse déclaration, omission ou inexactitude entraîne les sanctions prévues aux articles L 113-8 (Nullité du contrat) et L 113-9 (Réduction des indemnités) du Code des Assurances et aux articles 1104 et 1964 du Code Civil (absence d'aléa).

CASES A COCHER OBLIGATOIREMENT (A défaut, le bulletin ne sera pas validé)

En cas de sinistre, l'Assureur se réserve le droit de revoir les conditions d'adhésion sous 8 jours à compter de la date de réception du bulletin.

Signature de l'Assuré

fait à le