

QUESTIONNAIRE SIMPLIFIE Praticien de **SHIATSU**

page 1/2

A RETOURNER

Par mail à : contact@actiforme.fr

Par courrier à : **ACTIFORME**[®] / Cbt CHATENAY ASSURANCES - BP 33 - 92293 Chatenay Malabry Cx

➔ **Pour connaître & souscrire à l'un ou plusieurs de nos contrats ci-dessous :** (sous réserve d'acceptation)
Ce questionnaire est réservé exclusivement aux **Praticiens SHIATSU**, ne pratiquant, ou ne souhaitant assurer que cette activité, à l'exclusion de tout autre (médicale, paramédicale, sportive ou autre) exerçant à titre libéral ou en Société, **à domicile, en cabinet, en extérieur, et/ou dans des structures appartenant à des tiers** (Club sportif - Collectivité locale - Comité d'entreprise - Centre de Remise en Forme - etc..)

Autres cas ➔ Appelez-nous au : 01 43 50 31 93

(Assurance local : si vous exploitez en plus de l'activité ci-dessus, un Centre en « nom propre », merci de remplir également le **QUESTIONNAIRE Simplifié CENTRE**)

➔ Vous concernant :

M Mme Nom : Prénom : Né(e) le : . . . / . . . / . . .
Adresse : Ville : Code postal :
Tél. : Port : Mail : @
Activité : **PRATICIEN de SHIATSU*** Exercée sous Code NAF :

*Si vous exercez une activité supplémentaire, **cochez la(les) case(s) sur le Questionnaire annexe 1** lié à celui-ci, en **page 2/2**

Diplôme(s) de la F.F.S.T. / Certificat(s) d'aptitude(s) **Diplôme(s) autre(s) / Certificat(s) d'aptitude(s)**
Votre Statut : **SOCIETE** / forme : **INDEPENDANT** / forme Libéral Micro entrepreneur Autre
Régime Maladie obligatoire : **SS** **SSI** (Ex. RSI) Caisse de Retraite obligatoire : **CIPAV** Autre
 Activité déjà en place depuis le : . . . / . . . / . . . Création prévue pour le : . . . / . . . / . . .
 CA HT / AN : € Revenu moyen **mensuel net** : € (dernier exercice / ou **prévisionnel**, si création)
Nombre total de personnes participants à l'entreprise : . . . (salariées ou non / à temps plein, ou partiel)
Avez-vous, en plus, une autre activité professionnelle sous statut **salarie** ? **Oui**, précisez : **Non**

➔ Vous souhaitez :

(pour tout autre contrat... contactez-nous !)

1 Responsabilité Civile souscrire (**urgent**) un projet
2 Protection Juridique souscrire un projet
3 Complémentaire **Santé** (remboursement des **soins de Shiatsu, Réflexologie, Diététique**) souscrire un projet
4 Prévoyance générale (**indemnités journalières en cas d'arrêt de travail - rente d'invalidité...**) souscrire un projet
5 Complémentaire Retraite Epargne Assurance Vie souscrire un projet
(Avantages de la **Loi Madelin** : pour les postes **3 - 4 & 5**, si vous exercez en « Libéral » ➔ nous contacter...)

➔ **Antécédents** : (sur les 24 derniers mois)

Vous avez déjà été, ou êtes encore actuellement assuré pour un risque similaire oui non
Dans l'affirmative, veuillez préciser : La Sté d'Assurances : Depuis quand : . . . / . . . L'échéance annuelle : . . . / . . .
N° de contrat : Résilié le : . . . / . . . / . . . Par qui : Motif :

➔ **DECLARATIONS**

L'assuré n'a souhaité s'assurer que pour l'activité de Praticien de SHIATSU, à l'exclusion de toute autre (médicale, paramédicale, etc...)
Vous n'avez déclaré aucun sinistre sur les 24 derniers mois, et n'avez connaissance d'aucun fait susceptible d'entraîner une réclamation *.
* dans le cas contraire, veuillez nous donner le détail des sinistres et/ou réclamations (date - nature - circonstance, coût ou estimation...)
Vous déclarez ne pas avoir été mis en liquidation judiciaire, ni avoir bénéficié d'un redressement judiciaire.
Si ce questionnaire (**valant proposition**) devait servir de base à l'établissement de contrat(s) d'assurance(s), l'Assuré soussigné certifie que toutes les déclarations ou réponses faites, qu'elles aient été écrites par lui ou par un tiers, sont sincères, et à sa connaissance, véritables.

Il déclare les accepter sans restriction ni réserve.

L'ensemble des déclarations figurant sur ce questionnaire constituent pour l'assureur des éléments dont il est tenu compte pour l'appréciation du risque et la fixation des cotisations et, qu'en conséquence, toute omission ou déclaration inexacte, réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions suivantes prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances : nullité du contrat, majoration de la cotisation, réduction proportionnelle des indemnités dues en cas de sinistre.

AUTRES CAS ➔ NOUS TELEPHONER AU : 01 43 50 31 93

QS SHIATSU - ASH V7 DP - maj 010121

Cachet commercial / ou vos coordonnées

Si Société, Nom :

Faites-vous partie d'un réseau ou groupement .. ? OUI NON Si oui, lequel :
Etes-vous déjà assuré par ACTIFORME .. ? OUI NON
Etes-vous adhérent d'un Organisme Professionnel .. ? OUI NON Si oui, lequel :

Date : . . . / . . . / . . . **Signature de l'Assuré** Précédée de « **Lu et approuvé** »

Questionnaire annexe 1 / Liste des activités que nous assurons

Métiers de la Forme... Santé - Beauté - Détente & Bien-être

Expression corporelle, mise en forme, détente et relaxation, équilibre entre le Corps et l'Esprit

page 2/2

■ **Vous concernant** : M Mme **Nom** : **Prénom** :

■ **Assurance** : Nouveau contrat d'assurance RC... / étude en cours... Contrat RC en cours N° :

■ **Activité(s) supplémentaire(s) éventuelle(s)** :

➔ **Cochez l'(les) activité(s) pratiquée(s) : jusqu'à 5 au total, y compris la principale** déjà indiquée en page 1/2

■ **Diplômes d'état et/ou Certifications Professionnelles** :

Indiquez à côté de chaque activité (principale et secondaires) et selon la législation en vigueur, l'ensemble de vos qualifications, diplômes d'état (ex. de diplôme d'état : esthéticienne) ou non, et les dates d'obtentions.

ACTIVITES :	Diplômes / Qualifications / Certifications
<input type="checkbox"/> Amma
<input type="checkbox"/> Aromathérapie
<input type="checkbox"/> Coiffure
<input type="checkbox"/> Danse
<input type="checkbox"/> Elixirs floraux, Fleurs de Bach (sans fabrication)
<input type="checkbox"/> Esthétique (soins de beauté)
<input type="checkbox"/> Instructeur en massages pour bébé (AFMB)
<input type="checkbox"/> Instructeur en massages école (AFME)
<input type="checkbox"/> Instructeur en portage en écharpe (dans le cadre AFMB)
<input type="checkbox"/> Luminothérapie
<input type="checkbox"/> Massages de bien-être
<input type="checkbox"/> Naturopathie
<input type="checkbox"/> Neurofeedback®
<input type="checkbox"/> Réflexologie (toutes techniques)
<input type="checkbox"/> Relaxation
<input type="checkbox"/> Reiki
<input type="checkbox"/> Sophrologie
<input type="checkbox"/> Yoga

➔ **DECLARATIONS :**

Vous déclarez n'exercer (et/ou ne souhaitant assurer) que les **activités dont les cases (5 au maximum) ont été cochées par vous. Seules ces activités -à l'exclusion de tout autre- seront assurées** par vos contrats d'assurances.

Toute modification d'activité devra nous être signalée, faute de quoi aucune garantie ne serait accordée.

Si ces questionnaires ASH et AMF Questionnaire annexe 1 (**valant proposition**) devait servir de base à l'établissement de contrat(s) d'assurance(s), l'Assuré soussigné certifie que toutes les déclarations ou réponses faites, qu'elles aient été écrites par lui ou par un tiers, sont sincères et à sa connaissance, véritables.

Il déclare les accepter sans restriction ni réserve.

Date : . . / . . / **Signature de l'Assuré** : précédée de « **Lu et approuvé sans restriction ni réserve** »