

Votre Intermédiaire
AGENCE BESNEUX -JACOB-
VAULEON - Agents Généraux
14 Place St Mélanie
35740 PACE
Tel : 02 99 60 63 29
E-Mail: agence.vbpace@axa.fr – www.axa.fr
N° ORIAS : 07015500

Conditions valables
Du 01/01/2025 au 31 décembre 2025



réinventons / notre métier
SFAT

BULLETIN D'ADHESION
AU CONTRAT D'ASSURANCE GROUPE RESPONSABILITE CIVILE
PROFESSIONNELLE N°10816889204

RESERVE AUX ADHERENTS DU SYNDICAT FRANCAIS DES ARTS-THERAPEUTES

*Le présent Bulletin d'adhésion une fois signé vaudra Conditions Particulières de vos garanties d'assurance constituées du présent Bulletin et de la Notice d'information précontractuelle valant Conditions Générales à la notice d'information " application de la garantie dans le temps " n° 490009.

COORDONNEES DE L'ADHERENT

Numéro d'adhérent au syndicat (joindre le reçu de cotisation) : _____
Désignation de l'adhérent ayant la qualité d'assuré : _____
Adresse : _____
N° Siret (*obligatoire*) : _____
N° de téléphone portable: _____
E-mail : _____

DECLARATIONS DE L'ADHERENT

L'adhérent déclare :

- Exercer l'activité d'Arts-Thérapies à titre exclusif ;
- Ne pas être assuré par ailleurs pour sa responsabilité professionnelle ;
- Ne pas avoir connaissance d'évènements susceptibles d'engager sa responsabilité au cours des 5 dernières années ;
- être adhérent au Syndicat Français des Arts-Thérapeutes ;
- être titulaire :
 - d'un Diplôme Universitaire français en Arts-Thérapies
 - d'un Master Professionnel français d'Arts-Thérapies
 - d'un Certificat Professionnel français délivré par un organisme de formation français

Etant précisé que ces titres doivent sanctionner une formation représentant un volume d'enseignement de 700 heures minimum, réparties sur une durée de deux ans minimum.

- Ne réaliser aucun acte visé par l'arrêté du 6 janvier 1962 fixant la liste des actes ne pouvant être pratiqués que par des médecins ;
- Ne pas réaliser d'actes de prévention, de diagnostic et de soins visées à l'article I 1142-2 du code de la santé publique et I.251-1 du code des assurances ;
- Ne pas réaliser d'activités faisant l'objet de la souscription d'un contrat d'assurance spécifique en vertu d'une obligation légale, l'exercice de toute profession réglementée ;
- Ne pas réaliser d'actes visés par l'arrêté du 06/01/62 fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins.

L'adhérent certifie exactes les déclarations ci-dessus et remplit ainsi les conditions de ce bulletin d'adhésion :

OUI NON

DISPOSITIONS PARTICULIERES

L'assuré désigné ci-dessus bénéficie des garanties des contrats :

- Responsabilité Civile Professionnelle des Arts-Thérapeutes N° 10816889204 souscrit par le Syndicat Français des Arts-Thérapeutes auprès d'AXA France IARD dont le siège social est situé 313 Terrasses de l'Arche 92727 NANTERRE Cedex

L'adhésion est constituée :

- par le présent bulletin d'adhésion
- par la fiche d'information relative à la durée de la garantie dans le temps en assurance de RC
- par la notice d'information précontractuelle Responsabilité Civile Professionnelle valant conditions générales

L'assuré reconnaît être en possession de ces documents.

COTISATION

COTISATION		
	Adhésion entre le 01/01 et le 30/06	
	Montants HT	Montants TTC
Responsabilité civile professionnelle	100,00 €	109 €
Adhésion entre le 01/07 et le 31/12		
	Montants HT	Montants TTC
Responsabilité civile professionnelle	50,00 €	54,50 €

Les garanties sont acquises à l'adhérent à partir de la date d'effet fixée à la date de paiement de la cotisation jusqu'à la prochaine échéance figurant au contrat, soit le 1er janvier sous réserve du paiement effectif de la cotisation.

Durée de la garantie

Date d'effet : _____

Sans indication de date d'effet ci-contre, votre contrat prend effet le jour de signature de la présente demande de souscription. Il est souscrit pour une durée d'un an avec tacite reconduction.

Modalité de paiement de la cotisation

Chèque bancaire à l'ordre de AXA

Au terme de cette période de garantie :

- votre garantie est renouvelée pour une période d'un an sans interruption de garantie, si vous procédez au paiement de la cotisation correspondante dans le mois suivant l'offre de renouvellement qui vous est présentée ;
- votre garantie n'est pas renouvelée et cesse de produire ses effets à la date d'expiration de celle-ci, si vous ne procédez pas au paiement de la cotisation dans le mois suivant l'offre de renouvellement qui vous est présentée.

Adhésion

Oui, je choisis d'adhérer au contrat d'assurance de groupement n° 10816889204 et déclare avoir pris connaissance de l'ensemble des conditions et du prix de l'assurance et en accepter les termes par la remise avant la souscription d'une Notice d'information précontractuelle valant Conditions Générales conformément aux dispositions de l'article L.112-2-1 du code des assurances du code des assurances.

Fait en deux exemplaires

à _____

le _____

Signature

Je reconnais avoir été informé(e), conformément à l'article 32 de la loi du 06 janvier 1978 modifiée, du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-dessus ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une faute déclaration prévues aux articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances. J'autorise mon assureur, responsable du traitement dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution de mon contrat à communiquer les données me concernant, recueillies à l'occasion de la souscription ou de la gestion de mon contrat, à ses intermédiaires d'assurances, réassureurs, organismes professionnels habilités, sous-traitants et à ses collaborateurs tant en France qu'au Maroc, au Canada ou à l'Ile Maurice et ce en vertu d'une autorisation de la CNIL. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification pour toute information me concernant auprès d'AXA - Service d'information Clients, 313, Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex. **Je reconnais être informé(e) que les données recueillies par l'assureur lors de la souscription et les actes de gestion peuvent être utilisées par le groupe AXA à des fins de prospection commerciale auxquelles je peux m'opposer en cochant la case ci-contre**

COORDONNEES

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

E-mail :

Tél portable :