

**Votre intermédiaire**  
**Vincent BESNEUX Agent Général**  
 14 Place St Mélaïne  
 35740 PACE  
 Tel : 02 99 60 63 29  
 E-mail : [agence.vbpace@axa.fr](mailto:agence.vbpace@axa.fr) – [www.axa.fr](http://www.axa.fr)  
 N° Orias : 07015500

**réinventons / notre métier**



## BULLETIN D'ADHESION RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE ET PROTECTION JURIDIQUE PROFESSIONNELLE CHIROPRACTEUR

**Réservé aux adhérents de l'Association Française de Chiropraxie**

Le présent Bulletin d'adhésion une fois signé vaudra Conditions Particulières de vos garanties d'assurance constituées du présent Bulletin, de la fiche d'information relative à la durée de la garantie dans le temps en assurance de RC et de la Notice d'information précontractuelle valant Conditions Générales.

### INFORMATIONS GENERALES SUR L'ADHERENT

Nom, Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Numéro d'adhérent à l'association .....

### DECLARATIONS DE L'ADHERENT

L'adhérent déclare :

- Réaliser toutes les activités qui relèvent de la profession de Chiropracteur, (Chiropraxie, Chiropratique, Chiropraticiens) ;
- Y compris la pose de diagnostic sur un animal, les actes effectués sur les animaux (dès lors que l'assuré est titulaire des diplômes et autorisations imposés par la loi ou décret), les actes d'acupuncture et d'ostéopathie pour les personnes diplômées et autorisées par la loi ou le décret, les actes d'échographie permettant de mieux cibler les actes à réaliser.
- Réaliser des actes de kinésithérapie, lorsqu'il est titulaire des diplômes nécessaires et qu'il exerce cette activité en complément de la chiropraxie et dans la limite de 30 % de son chiffre d'affaires total.
- Ne pas avoir pour mission le diagnostic de pathologies, la prescription ou la délivrance de soins visant à traiter une maladie.
- Ne pas avoir connaissance d'événements survenus au cours des cinq dernières années et susceptibles d'engager sa responsabilité.
- Ne pas avoir fait l'objet de résiliation pour sinistre.

L'adhérent certifie exactes et sincères les déclarations ci-dessus.

### DISPOSITIONS PARTICULIERES

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

- Responsabilité Civile Professionnelle des Chiropracteurs N° **10332826704** souscrit par l'Association Française de Chiropraxie auprès d'AXA France IARD dont le siège social est situé 313 Terrasses de l'Arche 92727 NANTERRE Cedex
- PJ PROFESSIONNELLE N° **10599008804** souscrit par l'Association Française de Chiropraxie auprès de Juridica dont le siège social est situé 1 place Victorien Sardou 78160 MARLY-LE-ROI.

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
- par la notice d'information précontractuelle Protection Juridique Professionnelle valant conditions générales dont le numéro d'accès aux prestations est le 01 30 09 97 32.

**L'assuré reconnaît être en possession de ces documents.**

### COTISATION ANNUELLE TTC RESPONSABILITE CIVILE

Tarif d'une adhésion suivant la date de souscription	Tarif (frais et taxes inclus)
Entre le 01/01/2024 et le 01/04/2024	<b>180,00 €</b>
Entre le 01/04/2024 et le 01/07/2024	<b>140,00 €</b>

Entre le 01/07/2024 et le 01/10/2024	<b>100,00 €</b>
Entre le 01/10/2024 et le 31/12/2024	<b>60,00 €</b>

\*Frais et taxes : la taxe d'assurance de 9 %

Période de cotisation RC :  01/01 au 31/12       01/04 au 31/12       01/07 au 31/12       01/10 au 31/12

### COTISATION ANNUELLE TTC PROTECTION JURIDIQUE

Tarif d'une adhésion suivant la date de souscription	Tarif (frais et taxes inclus)
Entre le 01/01/2024 et le 31/12/2024	<b>50,00</b>
Entre le 01/07/2024 et le 31/12/2024	<b>25,00</b>

Période de cotisation PJ :  01/01 au 31/12       01/07 au 31/12

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.

Modalités de paiement des cotisations : 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.

### TABLEAU DES GARANTIES RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES GARANTIES DU CONTRAT
<b>-DOMMAGES CORPORELS (SAUF FAUTE INEXCUSABLE)</b>	<b>15.000.000 € par année d'assurance dont 10.000.000 € par sinistre</b>
<b>-DOMMAGES MATERIELS ET IMMATERIELS CONFONDUS</b>	<b>6.100.000 € par année d'assurance dont 1.100.000 € par sinistre , par adhérent et par année d'assurance</b>
<b>-Avec limitation pour Dommages :</b>	
- <b>ENGAGEANT LA RESPONSABILITE CIVILE DE DEPOSITAIRE</b>	<b>45.000 € par sinistre, par adhérent et par année d'assurance</b>
- <b>RESULTANT D'ACTES PRATIQUES SUR ANIMAUX</b>	<b>15.000 € par sinistre, par adhérent et par année d'assurance</b>
- <b>RESPONSABILITE CIVILE POLLUTION ACCIDENTELLE</b>	<b>1.100.000 € par année d'assurance</b>
- <b>FAUTE INEXCUSABLE</b>	<b>2.000.000 € par année d'assurance dont 1.000.000 € par sinistre</b>
<b>Franchise par sinistre (Sur tout dommage autre que corporel) 150 €</b>	
Lorsqu'un même sinistre met en jeu simultanément différentes garanties, l'engagement maximum de l'assureur n'excède pas, pour l'ensemble des dommages, le plus élevé des montants prévus pour ces garanties.	
l'engagement maximum de l'assureur n'excède pas, pour l'ensemble des dommages, le plus élevé des montants prévus pour ces garanties.	

## MENTIONS LEGALES

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 prévue 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 et de Juridica – 1 place Victorien Sardou 78166 Marly-le –Roi 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.

### Adhésion

Oui, je choisis d'adhérer au contrat d'assurance pour compte Responsabilité civile professionnelle n° 10332826704 et Protection juridique professionnelle n° 10599008804 et déclare avoir pris connaissance de l'ensemble des conditions ainsi que de la fiche d'information relative à la durée de la garantie dans le temps en assurance de RC et en accepter les termes par la remise avant la souscription des notices d'information précontractuelle valant Conditions Générales conformément aux dispositions de l'article L.112-2 du code des assurances.

Fait à .....

le .....

Cachet du souscripteur + signature et fonction du représentant du souscripteur  
précédé de la mention « lu et approuvé »

Date d'effet souhaitée : \_\_/ \_\_/ \_\_\_\_

## COORDONNEES

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

E-mail : .....

Tél portable : .....