

Conditions valables jusqu'au 31 décembre 2022

**Votre Intermédiaire**  
**Vincent BESNEUX Agent Général**  
14 Place St Méline  
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 \* N°**  
**Responsabilité Civile**

**Réservé aux adhérents du Syndicat des Sophrologues Professionnels**

\*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**

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 et e-mail : .....

**DECLARATIONS DE L'ADHERENT**

**L'adhérent déclare :**

- Réaliser exclusivement l'activité de **sophrologie** ainsi que les activités annexes et connexes telles que la formation, la promotion, l'initiation, la participation à des salons, les conférences... relatives à la sophrologie. En complément de l'activité principale de sophrologie, peuvent également être exercées les activités de EMDR, DECEMO, relaxologie, méditation pleine conscience, cohérence cardiaque.
- Ne pas effectuer d'acte visé par l'arrêté du 06/01/62 fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins.
- 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
- Exercer ses activités en France métropolitaine

L'adhérent certifie exactes les déclarations ci-dessus :

OUI NON

**DISPOSITIONS PARTICULIERES**

L'assuré désigné ci-dessus bénéficie des garanties du contrat Responsabilité Civile Professionnelle des Sophrologues N° 10275629504 souscrit par le Syndicat des Sophrologues Professionnels 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

	Montants HT	Montants TTC
Adhésion entre le 01/01 et le 31/12	67,43 €	73,50 €
Adhésion entre le 01/07 et le 31/12	33,72 €	36,75 €

Période de cotisation :  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.

## 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 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 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 aux adresses indiquées ci-dessus.

### Adhésion

Oui, je choisis d'adhérer au contrat d'assurance pour compte Responsabilité civile professionnelle n° 10275629504 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 de la notice d'information précontractuelle valant Conditions Générales conformément aux dispositions de l'article L.112-2 du code des assurances.

Fait à, ..... en deux exemplaires, le, .....

Cachet du souscripteur + signature et fonction du représentant du souscripteur précédé de la mention « lu et approuvé »	Date d'effet : __/__/____
---	---------------------------

## COORDONNEES

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : .....  
Ville : .....  
E-mail : .....  
Tél portable : .....