

## DECLARATIONS CONCERNANT LES ASSURANCES ANTERIEURES

Je déclare que depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010 :

- J'ai été régulièrement assuré(e) pour ma responsabilité civile professionnelle :

OUI  NON

Dans la négative, préciser le motif : .....

- J'ai fait l'objet d'une résiliation par un assureur :

OUI  NON

Dans l'affirmative, préciser le motif : .....

Sinistres pour préjudices corporels déclarés à l'assurance : préciser les dates, la nature et les circonstances :

.....

.....

### Déclarations de l'assuré :

L'adhésion au contrat est établie d'après les déclarations de l'assuré et la cotisation est fixée en conséquence. L'assuré doit déclarer exactement, sous peine de non garantie, toutes les circonstances constitutives du risque connues de lui et spécifiées dans la présente demande d'information, et notamment :

- toutes spécialités ou compétences professionnelles ainsi que toutes techniques particulières qu'il peut légalement pratiquer,
- tous actes professionnels de nature à aggraver le risque,
- En cours de contrat :

L'assuré doit déclarer dans les quinze jours où il en a connaissance, les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence, soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux, et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites à l'AIAS, notamment lors de l'adhésion.

**Sanctions : Toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive, toute omission ou déclaration inexacte entraîne l'application, suivant les cas, des sanctions prévues aux articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités).**

A ..... le .....

Signature

### Informatique et libertés

Les informations recueillies à l'occasion du présent questionnaire font l'objet d'un traitement informatique par l'A.I.A.S et Sham et sont destinées à constituer le dossier de demande d'information aux contrats d'assurances Groupe souscrit par l'A.I.A.S auprès de Sham.

Les données collectées sont à l'usage exclusif de l'AIAS et de Sham, et ne sont communiquées à aucun tiers. Votre réponse aux différentes rubriques du formulaire de demande d'information est obligatoire ; à défaut, l'AIAS et Sham pourraient se trouver dans l'impossibilité de traiter votre demande.

Conformément à la loi « informatique & libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations vous concernant auprès de l'AIAS et de Sham.

Pour exercer ce droit, veuillez contacter l'AIAS par mail à [contact@aias.fr](mailto:contact@aias.fr) ou par courrier au siège de l'AIAS ainsi que le correspondant Informatique & Libertés de Sham par mail à [cnil@sham.fr](mailto:cnil@sham.fr) ou par courrier, adressé à son attention, au Siège de Sham.



Association Interprofessionnelle des Acteurs du Soin et du Social  
30, route des Creusettes – 74330 POISY  
Tél : 04 50 45 10 78 – [contact@aias.fr](mailto:contact@aias.fr)  
[www.aias.fr](http://www.aias.fr)  
Association Loi 1901

## DEMANDE D'INFORMATION - PROFESSION SAGE-FEMME

**ATTENTION : il est obligatoire de compléter RECTO - VERSO et de signer la présente demande d'information pour bénéficier des garanties d'assurance prévues par le contrat.**

**L'AIAS se réserve le droit de demander tout complément d'information et de refuser la demande d'assurance.**

Je soussigné(e) :

NOM : .....

Prénom : .....

N° Sociétaire AIAS : .....

Date d'inscription au tableau de l'Ordre des Sages-Femmes : ...../...../.....

**Déclare avoir pris connaissance des dispositions mentionnées ci-contre relatives à la désignation de mes activités professionnelles.**

Je demande que l'adhésion au contrat couvre mon activité dans les conditions suivantes :

**Recopiez en toutes lettres ci-dessous l'intégralité des informations correspondant à l'activité que vous exercez effectivement ou que vous êtes susceptible d'effectuer (cf. page 2). (Exemple « ACTIVITE 1 : Sage-femme salariée sans activité libérale »)**

ACTIVITE :

.....

.....

Sélectionner le niveau d'activité qui correspond à votre activité et reportez les mentions dans l'encadré de la page 1 :

**ACTIVITE 1 : Sage-femme salariée SANS activité libérale**

Indiquer le nom et l'adresse du (ou des) employeurs :

.....  
.....

**ACTIVITE 2 : Sage-femme libérale SANS échographie obstétricale et SANS accouchement pratiquant l'ensemble des autres activités de leur compétence**

Ces activités sont précisées dans le Code de Santé publique et dans le Code de Déontologie.

Codes régulièrement mis à jour en fonction des nouvelles compétences acquises et validées notamment par l'obligation de formation continue.

**ACTIVITE 3 : Sage-femme libérale AVEC échographies obstétricales obligatoires (1) ou pas et SANS accouchement**

Les activités déclarées comprennent celles prévues pour le niveau 2 et la réalisation des échographies obstétricales obligatoires au sens de l'Assurance Maladie (1) dans le cadre du suivi de grossesse (Premier trimestre : datation et premiers éléments morphologiques dont clarté nucale, deuxième trimestre : échographie morphologique, et troisième trimestre : échographie pré-accouchement).

Le proposant déclare qu'il effectue ces échographies en conformité avec l'arrêté du 23 juin 2009 (publié au JO le 3 juillet 2009), fixant les règles de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatal, à savoir :

- a. l'opérateur est titulaire d'un diplôme en échographie fœtale,
- b. l'opérateur est détenteur d'un numéro d'agrément délivré par un réseau de périnatalité,
- c. l'échographe de moins de 7 ans dispose du doppler pulsé, du ciné-loop et d'une capacité de stockage d'au moins 200 images, et d'autre part d'au moins deux sondes, dont une endo-vaginale,
- d. l'existence d'un contrat de maintenance pour l'échographe

**ACTIVITE 4 : Sage-femme libérale AVEC échographies et AVEC accouchements en établissement de santé sur plateau technique lourd**

Les activités déclarées comprennent celles prévues pour le niveau 2 et 3, ainsi que la pratique d'accouchements en établissement de santé disposant d'un service de maternité.

*La pratique d'accouchements en maison de naissance n'est pas assimilée à celle d'accouchements en établissement de santé sur plateau technique lourd.*

**ACTIVITE 5 : Sage-femme libérale AVEC réalisation habituelle ou occasionnelle d'accouchements à DOMICILE**

Attention : l'exercice de cette activité ne permet PAS d'adhérer au contrat souscrit par l'AIAS auprès de SHAM.

**RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS**

- Formation complémentaire reconnue par le CNOSF :

Titre : .....

Institut de formation : .....

Date d'obtention : .....

- Adhésion à un réseau de périnatalité : **OUI**  **NON**

Dans l'affirmative, lequel ?

.....  
.....  
.....

- Suivi de programmes de formation continue : **OUI**  **NON**

Dans l'affirmative :

Nature (par exemple interprétation du RCF, participation RMM régionale...) :

.....

Date de la dernière formation suivie : .....

- Participation à l'expérimentation des accouchements en maison de naissance :

**OUI**  **NON**

Le cas échéant, nom et adresse :

.....  
.....  
.....