

**SOUSCRIPTEUR**

Nom : ..... Raison sociale : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : |\_|\_|\_|\_| Ville : .....  
 N° de tél : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| E-mail : .....  
 Si le proposant agit pour le compte d'autres personnes, les nommer : .....

**SITUATION DU RISQUE**

Exercez-vous à l'hôpital public ?  Oui  Non  
 Si oui, nom et adresse du ou des établissements : .....  
 Exercez-vous en établissement privé ?  Oui  Non  
 Si oui, nom et adresse du ou des établissements : : .....  
 Exercez-vous en tant que libéral ?  Oui  Non  
 • Si oui, en cabinet individuel :  Oui  Non  
 Si oui, adresse : .....  
 • En cabinet de groupe ?  Oui  Non  
 Si oui, adresse : .....

**PRATIQUE : RADIOLOGUE**

Radiologue ne faisant que des diagnostics sans actes interventionnels, sans pratique d'échographies prénatales ?  Oui  Non  
 Radiologue faisant des actes interventionnels, sans pratique d'échographies prénatales ?  Oui  Non  
 Radiologue ne faisant que des diagnostics sans actes interventionnels, avec pratique d'échographies prénatales ?  Oui  Non  
 Radiologue ne faisant que des actes interventionnels, avec pratique d'échographies prénatales ?  Oui  Non  
 Faites-vous des diagnostics, y compris des injections de produits ?  Oui  Non  
 Effectuez-vous des actes d'investigation vasculaire hors radiologie interventionnelle ?  Oui  Non  
 Effectuez-vous des échographies prénatales ?  Oui  Non  
 Si oui, utilisez-vous un échographe de <7ans ?  Oui  Non  
 A propos des échographies, exercez-vous :  
 • En cabinet, dans un ou plusieurs établissements ?  Oui  Non  
 Si oui, adresse : .....  
 • Avez-vous un réseau de référents en matière d'avis-échographiques ?  Oui  Non

**INFORMATION DE LA PATIENTE**

Informez-vous les patients des limites de l'échographie et du risque de non-diagnostic d'une malformation potentielle ?  Oui  Non

**INFORMATIQUE ET LIBERTES**

Je reconnais avoir été informé(e) conformément à l'article 27 de la Loi du 6 janvier 1978 du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-dessus, 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.

**J'autorise** l'assureur à communiquer mes réponses à ses correspondants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion et à l'exécution du contrat.

**Je l'autorise** également à utiliser mes réponses dans la mesure où elles sont nécessaires à la gestion et à l'exécution des autres contrats souscrits auprès de lui.

**Je dispose** d'un droit d'accès et de rectification auprès du correspondant du service clientèle pour toute information me concernant. Toute omission, toute déclaration fautive ou inexacte pourrait entraîner la nullité du contrat ou vous exposer à supporter la charge de tout ou partie des indemnités dans les conditions prévues par les articles L. 112-3, L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances.

**Toute omission, toute déclaration fautive ou inexacte pourrait entraîner la nullité du contrat ou vous exposer à supporter la charge de tout ou partie des indemnités dans les conditions prévues par les articles L. 112-3, L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances.**

**SIGNATURE**

Fait à : ..... Le : .....

**Signature :**