

FICHE DE RENSEIGNEMENTS REMPLAÇANT

NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ REMPLACÉ

INFORMATIONS SUR LE PRATICIEN REMPLAÇANT

Nom :

Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :

Tél fixe :

Mobile :

Email :

Qualification du remplaçant
(obligatoirement identique à celle du
praticien remplacé) :

PÉRIODE DE REMPLACEMENT

Du _____ Au _____

Du _____ Au _____

Du _____ Au _____

Le remplaçant est-il couvert par un contrat d'assurance ?

Non Oui (Si oui, merci de nous indiquer par quelle compagnie ainsi que le numéro de son contrat) :

*Nota : Dans le cas où votre remplaçant bénéficie d'un contrat personnel, celui-ci interviendra en priorité.
Votre contrat n'intervenant qu'en complément ou en absence de garantie.*

Nous attirons votre attention sur le fait qu'en cas de sinistre, il vous sera demandé de nous communiquer un des documents suivant pour confirmer la garantie :

- soit l'accord écrit de validation du remplacement du Conseil de l'Ordre ;
- soit copie du contrat de remplacement signé des deux parties validé par le Conseil de l'Ordre.

Nous vous invitons par conséquent à conserver précieusement un de ces documents.

Date :

Signature :

Cliquez ci-dessous
pour soumettre
automatiquement
votre fiche