



U1 : 1^{re} année pour 12 mois : 289 € **U1^{1/2}** : 1^{re} année à partir du 1^{er} juillet : 145 €

Je soussigné, Docteur :

Adresse professionnelle :

Date de naissance :

Date d'installation en libéral :

Date de thèse :

E-mail :

Certifie ne pas vouloir bénéficier des garanties indissociables RCP et PJ PRO à la MACSF dans le cadre de la cotisation à 289 €.

PARTIE A REMPLIR UNIQUEMENT SI VOUS SOUHAITEZ BENEFICIER DE LA RCP

Nom du précédent assureur :

Date de souscription du contrat :

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

SUR LES EVENTUELS SINISTRES ANTERIEURS COCHER LA CASE 2 OU 3

- 2 Certifie ne jamais avoir déclaré de sinistre auprès de mon assureur précédent.
3 Certifie avoir déclaré des sinistres auprès de mon assureur précédent (dans ce cas, joindre un relevé d'information délivré par la compagnie d'assurance précédente).

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

SUR LES EVENTUELS INCIDENTS ANTERIEURS COCHER LA CASE 4 OU 5

- 4 Certifie ne pas avoir connaissance d'incident susceptible d'entraîner ultérieurement une réclamation de la part du patient.
5 Certifie avoir connaissance d'incident, susceptible d'entraîner ultérieurement une réclamation du patient (dans ce cas, faire un résumé circonstancié des faits sur papier en-tête et remis sous enveloppe cachetée à l'attention du Chirurgien-Dentiste Responsable de la souscription à la MACSF).

Date et Signature