

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR – Année 2018

Document à retourner à cotisations@cnsd.fr

E1-EVS : 109€ (- de 35 ans) **E35 : 309 €** (35 ans et +)

Je soussigné, Docteur _____

Adresse professionnelle : _____

Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Date d'installation en libéral : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Date de Thèse : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Adresse email : _____

1 Certifie ne pas vouloir bénéficier du contrat RCP à la MACSF dans le cadre de mon adhésion.

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