

Demande d'adhésion

DONNÉES PERSONNELLES

Prénom / Nom _____

Adresse postale _____

NPA/lieu/canton _____

Nom du cabinet _____

Adresse du cabinet _____

NPA/lieu _____

Téléphone privé _____ cabinet _____

Portable _____

E-mail _____

Site web _____

Date de naissance _____

Langue de correspondance souhaitée allemand français

DEMANDE POUR DEVENIR

- | | | |
|---|---------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> Membre actif | cotisation annuelle | CHF 450 |
| <input type="checkbox"/> Membre actif soumis à conditions | cotisation annuelle | CHF 450 |
| <input type="checkbox"/> Membre en formation | cotisation annuelle | CHF 200 |
| Année prévue de l'obtention du diplôme _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Membre passif | cotisation annuelle | CHF 200 |

La taxe unique pour la procédure d'admission des membres actifs et des membres actifs soumis à conditions s'élève à CHF 50.

ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

oui non

Prime annuelle pour membres actifs / membres actifs soumis à conditions / membres en formation
CHF 95

Prime annuelle pour membres passifs CHF 95 plus une taxe pour les frais administratifs de CHF 55

CENTRE D'ENREGISTREMENT

Je suis enregistré-e auprès du centre d'enregistrement suivant :

RME ASCA SPAK aucun

VEUILLEZ JOINDRE LES DOCUMENTS SUIVANTS :

Pour les membres actifs

- Curriculum vitae
- Copie des documents requis selon article 2 du règlement d'adhésion
- Déclaration code déontologique
- Déclaration d'accord protection des données ASS
- Demande d'assurance (optionnel)

Pour les membres en formation

- Curriculum vitae
- Confirmation écrite de votre participation actuelle à un cursus de formation de Shiatsu selon article 4.1 du règlement d'adhésion
- Déclaration code déontologique
- Déclaration d'accord protection des données ASS
- Demande d'assurance (optionnel)

Pour les membres actifs soumis à conditions

- Curriculum vitae
- Copie du diplôme de Shiatsu conformément aux conditions de l'article 3.1 du règlement d'adhésion
- Déclaration code déontologique
- Déclaration d'accord protection des données ASS
- Pièce justificative de l'enregistrement auprès d'un centre d'enregistrement compétent
- Demande d'assurance (optionnel)

Pour les membres passifs

- Curriculum vitae
- Déclaration code déontologique
- Demande d'assurance (optionnel)

J'AI DÉCOUVERT L'EXISTENCE DE L'ASSOCIATION SUISSE DE SHIATSU À TRAVERS

un membre de l'ASS, Nom : _____

un/une enseignant-e / un/une chargé-e de supervision

Nom : _____

un institut de formation une présentation de l'ASS au sein d'un institut de formation

Nom : _____

l'internet

autre : _____

Par ma signature, je reconnais l'obligation juridiquement contraignante des statuts et des autres règlements de l'Association Suisse de Shiatsu.

Lieu et date

Signature

Déclaration code déontologie

Je soussigné(é) m'engage, en tant que membre ASS, à respecter de mon mieux les règles de conduite fixées dans le code de déontologie.

Nom / Prénom _____

Adresse _____

Code postal / Lieu _____

Lieu, Date

Signature

Prière de renvoyer au secrétariat de l'ASS le plus vite possible.

Protection des données ASS, déclaration d'accord

Annexe à la demande d'adhésion comme membre actif, membre actif soumis à conditions et membre en formation

La loi révisée sur la protection des données (nLPD) entre en vigueur le 1^{er} septembre 2023 en Suisse. L'ASS adapte donc sa déclaration d'accord sur la protection des données pour cette date.

Elle veut garantir qu'elle ne stocke des données que d'un commun accord, qu'elle ne les transmet qu'à un nombre très limité d'autres utilisateurs de données et que même cette transmission ne se fasse qu'avec l'accord explicite de chaque membre.

Ci-dessous, l'ASS t'informe sous forme de tableau sur les données qu'elle collecte, dans quel contexte, et à qui elle les transmet. Si tu donnes ton autorisation explicite à ces transmissions, tu profites aussi des avantages qui y correspondent. Si tu ne coches pas une ou plusieurs lignes, tu renonces au service respectivement à l'avantage nommé dans la colonne « objectif ». Si tu ne nous retournes pas cette déclaration, ceci sera interprété par nous comme une « non-autorisation ». A tout moment, tu as le droit de complètement ou partiellement révoquer ton autorisation par une simple communication à l'ASS.

Nous communiquons avec nos membres par newsletter. Nous t'envoyons ainsi des informations sur l'association, la profession ou des nouvelles professionnelles. Le fournisseur de notre Newsletter-Tool respecte les exigences de la nLPD. En devenant membre, tu acceptes que nous te contactions à l'adresse e-mail que tu as indiquée. Si tu ne souhaites plus recevoir de newsletter, tu peux cliquer sur « se désabonner » tout en bas de la newsletter. À partir de ce moment-là, tu ne recevras plus d'informations de notre part.

Les réseaux de médias sociaux dont se sert l'ASS sont soumis à la protection des données de leurs fournisseurs respectifs. Il arrive que nous fassions un lien vers le profil d'un membre sur la plateforme concernée. L'ASS n'enregistre cependant aucune information provenant des profils.



	Quand/Où les données sont-elles transmises ?	Statut	A qui?	Objectif	Autorisation (cocher)
1	Site web: recherche de thérapeutes	1, 2	Accessible au public	Publicité pour le membre	
2	Transmission de l'adresse et du statut de membre	1, 2	Ecoles qui sont membre de l'ASS	Infos sur les formations continues ; condition pour le rabais de 10%	
3	Transmission de l'adresse et du statut de membre	1, 2	Membres ASS proposant des formations continues	Infos sur les formations continues ; condition pour le rabais de 10%	
4	Echange de données concernant la formation continue	1, 2	ASCA	Contrôle du membre dans le cadre du contrôle de la formation continue ; condition pour rabais sur cotisation ASCA	
5	Echange de données concernant la formation continue	1, 2	Assureurs	Contrôle du membre dans le cadre du contrôle de la formation continue ; reconnaissance comme thérapeute qualifié-e	
6	Transmission de l'adresse et du statut de membre	1, 2, 3	Fairsicherung	Condition pour offres collectives comme p.ex. l'assurance responsabilité professionnelle	
7	Transmission d'adresses	1, 2, 3	Groupes régionaux	Infos sur les activités	

Légende statut: 1=membre actif, 2=membre actif soumis à conditions, 3=membre en formation

L'ASS s'engage à ne pas transmettre ou publier les données de ses membres à d'autres fins que celles mentionnées sous chiffre 1 à 7.

Lieu, date

Signature

Prénom, nom, rue, NPA, lieu

Proposition pour l'inclusion dans le contrat d'assurance collective Police-N° 16.063.914 - Assurance responsabilité civile professionnelle pour les membres de l'Association Suisse de Shiatsu

Remarque préalable

La Zurich Compagnie d'Assurances SA en tant qu'assureur et la fairsicherungsberatung ag en tant que preneur d'assurance ont conclu un contrat d'assurance collective pour les risques de responsabilité civile professionnelle. Les membres de l'Association Suisse de Shiatsu ont la possibilité d'adhérer à ce contrat d'assurance collective et d'être ainsi assurés contre les risques de responsabilité civile professionnelle.

Si, dans les documents de proposition ou de contrat, seul le genre masculin est employé pour les dénominations de personnes – dans le but de faciliter la lecture –, celui-ci sous-entend néanmoins toujours les personnes du sexe féminin.

Proposant pour l'admission en qualité de personne assurée

Titre:

Prénom, Nom:

Rue/No.:

NPA/Lieu

E-Mail:

Téléphone:

Activités de médecine complémentaire qui doivent être assurées

Remarques/ Adresse de correspondance

Questions relatives à la proposition / Informations sur le risque

Êtes-vous ou avez-vous déjà été assuré en responsabilité civile pour l'activité professionnelle à assurer ou une activité similaire ?

Une proposition que vous avez présentée pour l'activité professionnelle à assurer ou une activité similaire a-t-elle été refusée ou l'acceptation ou le maintien d'une police a-t-elle été subordonnée à des conditions aggravées ?

Est-ce que des réclamations en dommages-intérêts ont déjà été formulées contre vous pour l'activité professionnelle à assurer ou une activité similaire ou est-ce que des dommages sont survenus au cours des 5 dernières années qui seraient compris dans la couverture d'assurance souhaitée ?

Si oui,

Nombre :

Montant de l'indemnisation :

Avec-vous connaissance d'événements qui pourraient entraîner une réclamation en dommages-intérêts ?

Si oui, veuillez préciser :

Durée du contrat

Début souhaité

Expiration **31.12.2024** sans renouvellement tacite

Échéance principale **01.01.**

Somme d'assurance et franchise

Somme d'assurance **CHF 5 mio.** par événement et deux fois par année d'assurance pour l'ensemble des lésions corporelles, dommages matériels, dommages économiques purs et des frais

Franchise **CHF 500** par événement
Renonciation à la franchise si le dommage est supérieur à la franchise

Étendue de l'assurance / Primes

Assurance de base **CHF 95.00**

Contribution annuelle à la prime (5% timbre incl.) **CHF 95.00**

Bases du contrat

CGA **Conditions Générales d'Assurance Zurich Business Medic, Édition 07/2019**

CP **Conditions Particulières pour les membres des associations de la médecine complémentaire, Version 09/2021**

Dans la mesure où les CGA et les CP ne correspondent pas exactement au présent rapport d'assurance collective, elles s'appliquent en conséquence en ce sens que les assurés ont les mêmes droits et obligations que le preneur d'assurance.

Déclaration finale

Les réponses doivent être complètes et conformes à la vérité. Si des faits importants sont omis ou communiqués de façon inexacte (violation de l'obligation de déclarer), Zurich Compagnie d'Assurances SA (Zurich) peut résilier le contrat. Dans ce cas, l'obligation de Zurich de verser des prestations s'éteint également pour les sinistres déjà survenus lorsque le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre (art. 6 LCA [Loi fédérale sur le contrat d'assurance]).

L'assuré déclare avoir répondu en toute bonne foi aux questions du présent document. En outre, il confirme l'exactitude des faits qui y sont déclarés (faits importants). Il s'engage à signaler à Zurich les modifications qui surviennent avant le début de la couverture d'assurance définitive. Il confirme avoir reçu les informations légales (art. 3 LCA) ainsi que les conditions contractuelles déterminantes.

L'assuré est conscient que Zurich traite des données qui se rapportent à des personnes physiques (données personnelles), dans le cadre de la conclusion et l'exécution des contrats et à d'autres fins. De plus amples informations sur ce traitement se trouvent dans la déclaration relative à la protection des données personnelles de Zurich. Cette déclaration peut être consultée sous www.zurich.ch/protection-des-donnees ou obtenue auprès de Zurich Compagnie d'Assurances SA, Protection des données, case postale, 8085 Zurich, datenschutz@zurich.ch.

Zurich se réserve, dans ce contexte et dans les autres cas mentionnés dans la déclaration relative à la protection des données personnelles, le droit de communiquer les données personnelles – y compris les données personnelles sur la santé, le cas échéant – à des tiers.

L'assuré consent expressément par la présente déclaration à ce que les assureurs antérieurs, les co-assureurs et les réassureurs, d'autres assureurs et d'autres services au sein de Zurich, les organes officiels et d'autres tiers, fournissent à Zurich des renseignements pertinents dans le cadre du contrôle des risques et des prestations ou des sinistres, dans le but de lutter contre les abus et pour l'exécution du rapport contractuel d'assurance, en particulier sur l'évolution de la sinistralité ou sur les assurances et prestations antérieures ou parallèles. Ceci est nécessaire à la préparation, respectivement à l'exécution du rapport contractuel d'assurance. L'assuré délie tous ces services de tout devoir de confidentialité dans ce cas.

L'assuré s'engage à informer les tiers, dont il communique les données personnelles à Zurich, du traitement de leurs données personnelles par Zurich.

Oui, j'ai lu et j'accepte les conditions du contrat, la description du produit et la déclaration finale. En tant que proposant, je déclare que je suis lié à la proposition pendant 14 jours et confirme que j'ai répondu aux questions de manière complète et sincère.

Lieu, date

Signature du proposant

fairsicherungsberatung ag
Kramgasse 68
3011 Bern

Pour les membres de l'Association Suisse de Shiatsu la fairsicherungsberatung ag a sous-délégué ses tâches à :

Association Suisse de Shiatsu (ASS)
Etzelmatt 5
5430 Wettingen

Mandat partiel d'assurance responsabilité civile professionnelle pour médecins en médecine complémentaire

Le demandeur/la demandeuse (ci-après «le/la mandant*e») charge fairsicherungsberatung ag du traitement de la demande d'admission à l'assurance responsabilité civile professionnelle «fairline» 16.063.914 auprès de Zurich Assurances SA (ci-après «la compagnie d'assurance») ainsi que du suivi de la police qui en découle.

Le/la mandant*e est assuré-e au titre de l'assurance responsabilité civile collective et doit verser la prime échéante pour sa couverture d'assurance, dans son intégralité et dans les délais.

Le /la mandant*e fournit à fairsicherungsberatung ag l'ensemble des annonces, déclarations d'intention et courriers pour examen et transmission à la compagnie d'assurance. Ces éléments sont considérés comme remis au destinataire dès leur réception par fairsicherungsberatung ag. Fairsicherungsberatung ag est tenue de les transmettre immédiatement aux parties concernées.

Fairsicherungsberatung ag n'est pas responsable des conséquences des actes effectués par le/la mandant*e directement auprès des compagnies d'assurance.

Dans le cadre de son conseil en assurances, fairsicherungsberatung ag est rémunérée par la compagnie d'assurance aux taux de commission ou de courtage usuels du marché. Le/la mandant*e déclare que l'indemnité pour les activités de courtage est payable par la compagnie d'assurance et renonce, par souci d'économie, à un décompte séparé des honoraires versés à fairsicherungsberatung ag.

Fairsicherungsberatung ag est autorisée à partager les noms et adresses du/de la mandant*e avec l'association dont celui/celle-ci est membre. Ces données sont utilisées exclusivement pour l'examen de l'affiliation en cours.

Le présent mandat prend fin avec la résiliation de la police d'assurance ou le rejet de la proposition d'assurance.

Le/la mandant*e atteste avoir reçu la fiche d'information du preneur d'assurance conformément à l'article 45 de la LSA et en avoir pris connaissance.

Lieu, date

Signature du/de la mandant*e