**(LOGO Compagnie d’assurance)**

**Attestation d’assurance responsabilité civile et professionnelle**

Nous soussignés, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(nom de la société ou mutuelle assurance)**,

certifions que notre assuré \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(nom, prénom du professionnel de santé)**

exerçant la profession de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(profession de l’assuré)**

a souscrit, auprès de notre organisme, sous le n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ un contrat d’assurance responsabilité civile et professionnelle garantissant les conséquences de la responsabilité civile et professionnelle qu’il peut encourir du fait de son activité libérale en qualité de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(profession de l’assuré)**.

Les garanties de base du contrat sont accordées à concurrence de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Euros **(en lettre et en chiffre)** par sinistre et de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Euros **(en lettre et en chiffre)** par année d’assurance, pour l’ensemble des dommages, corporels, matériels et immatériels confondus.

Les garanties de ce contrat sont notamment délivrées dans le cadre de la participation de notre assuré au protocole de coopération entre professionnels de santé tel que prévu par l’Article 51 de la Loi HPST ayant pour objet le transfert d’actes de médecins délégants vers des infirmiers(ères) délégués(es) formés(es) pour la réalisation d’**interventions d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé**. Cette participation est garantie sous réserve de l’autorisation de l’Agence Régionale de Santé.

La présente attestation est valable pour la période du ….../….../…… au ……/……/…… **(mettre dates (jj/mm/aaaa)**.

Elle est délivrée pour servir ce que de droit et ne peut engager l’assureur au-delà des limites et conditions du contrat auquel elle se réfère.

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ le ….../….../…… **(mettre la date jj/mm/aaaa)**

**Nom, prénom, qualité du signataire et cachet de l’assureur**