



DEMANDE D'ASSURANCE PROFESSIONNELLE

Contrat couvrant vos activités de praticien(ne) MLC© et IT©,
réservé aux membres de l'association, diplômés et élèves 2^{ème} année.

A REMPLIR EN LETTRES MAJUSCULES

Nom et Prénom :

Adresse professionnelle :

CP : Ville :

Téléphone professionnel :

e-mail professionnel :

DIPLÔMES et FORMATIONS QUALIFIANT VOTRE ACTIVITE en MLC© et/ou IT©

- Intervenant diplômé en MLC© - Méthode de Libération des Cuirasses
- Intervenant diplômé en IT© – Images de Transformation

AUTRES ACTIVITES A COUVRIR PAR L'ASSURANCE :

.....
.....

ÊTES-VOUS MEMBRE DE L'ASSOCIATION MLC©-IT©-France ? oui non

QUEL TYPE D'ASSURANCE SOUHAITEZ-VOUS ?

- Responsabilité Civile Exploitation et Professionnelle (81.27 €/an TTC, tarif adhérents)
- Protection Juridique Professionnelle (99.09 €/an TTC, tarif adhérents)
- Assurance des locaux professionnels, de 0 à 200 m² (170.00 €/an TTC, tarif adhérents)

Demande à envoyer en 2 exemplaires :

- 1 par courrier ou par mail à : Courtier Zadok & Zadok (AXA)
14 rue des Sablons, 75116 Paris
agence.zadok@axa.fr
- 1 par mail à l'association : amlcf2012@gmail.com

DATE :

SIGNATURE :