



## DEMANDE D'ASSURANCE PROFESSIONNELLE

Contrat couvrant vos activités de praticien(ne) MLC© et IT©,  
réservé aux membres de l'association, diplômés et élèves 2<sup>ème</sup> 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 m<sup>2</sup> (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](mailto:agence.zadok@axa.fr)
- 1 par mail à l'association : [amlcf2012@gmail.com](mailto:amlcf2012@gmail.com)

DATE :

SIGNATURE :