

QUESTIONNAIRE RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE PROFESSIONS DIVERS

Cette proposition doit être remplie et signée par le mandant, associé ou le directeur du proposant. La personne qui a rempli et signé le formulaire doit être autorisée par le proposant à le faire et doit être autorisé à faire toutes les démarches nécessaires auprès de ses associés, administrateurs et autres employés afin de lui permettre de répondre à toutes les questions.

Toutes les questions doivent être répondues afin qu'une offre d'assurance puisse être faite. Pour toute question qui ne vous concerne pas nous vous invitons à noter « S.O. » comme réponse à la question posée.

Le fait de remplir et signer ce questionnaire n'entraîne aucune obligation d'achat ou de prise de garantie d'un contrat d'assurance.

Si l'espace est insuffisant pour répondre aux questions, nous vous invitons à utiliser une page/feuille supplémentaire et le joindre à ce formulaire

L'ensemble des informations qui nous sont communiquées sont confidentielles et strictement limitées à notre usage. Ce sont des éléments d'appréciation du risque qui servent de base au calcul du tarif applicable.

Complétez la demande d'adhésion EN MAJUSCULES avec les pièces demandées et envoyez votre dossier complet à l'adresse suivante : souscription@sasntp.fr

1/ PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU PROPOSANT

Nom ou Raison sociale -----
Adresse -----
Code postal ----- Ville-----
Tel : ----- Fax:-----
Email : -----

- a) Le proposant ou membres du conseil d'administration de la société ont-ils été(s) dirigeants mandataires d'autres sociétés ? Oui Non

Si **OUI**, veuillez apporter des détails supplémentaires ci-dessous:

| Nom de la société | Date de début de fonction | Date de fin de fonction | Raison de cessation |
|-------------------|---------------------------|-------------------------|---------------------|
| | | | |
| | | | |

- a) Êtes-vous membre d'une association ou organisme professionnelle ? Oui Non

Si **OUI** merci de préciser ci-dessous :

| | |
|---------------------------|--|
| Organisme professionnelle | |
| Association | |

- b) Merci d'indiquer le nombre de:

| | |
|--|-----|
| | % |
| | % |
| | % |
| | % |
| | % |
| | % |
| | % |
| | % |
| | 100 |

b) Attendez-vous un changement d'activité majeur ou nouvelle activité à assurer pendant les 12 prochains mois?
 Oui Non

Si **Oui**, merci de détailler ci-dessous les changements d'activité anticipés:

c) Selon vous, quels sont les risques principaux liés à votre activité ? Dans quelles circonstances envisagez-vous qu'un sinistre pourrait survenir ?

d) Avez-vous exercé une activité non assurée dans les derniers 12 mois? Oui Non

Si **OUI**, merci de préciser l'activité et la raison de non assurance:

e) Êtes-vous impliqué dans la fabrication, construction, altération, réparation, installation ou vente de produits?
 Oui Non

Si **OUI**, merci de préciser :

f) Sous-traitez-vous des activités à des sociétés tiers? Oui Non

Si **OUI**, merci d'indiquer:

| | |
|--|---|
| Quel pourcentage de votre chiffre d'affaires avez-vous sous traités ces 12 derniers mois ? | % |
| Vérifiez-vous que vos sous-traitants aient une assurance Responsabilité Civile Professionnelle en vigueur pour l'activité que vous sous-traitez? | |
| Abandonnez-vous vos droits de recours vis-à-vis de vos sous-traitants ? | |
| Si OUI, pour quelle raison ? | |

g) Avez-vous besoin qu'un sous-traitant soit garanti par le contrat d'assurances que vous sollicitez?

Oui Non

Si **Oui**, merci de préciser :

| Nom | Qualifications | Numéro de SIRET |
|-----|----------------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

h) Merci d'indiquer la répartition de votre chiffre d'affaires dans le monde :

| | Dernière année comptable | Année en cours (prev.) | Année prochaine (prev.) |
|---------------------|--------------------------|------------------------|-------------------------|
| Date de fin d'année | / / | / / | / / |
| France et DOM/TOMs | € | € | € |
| Europe | € | € | € |
| USA/ Canada | € | € | € |
| Autre | € | € | € |

Si vous avez indiqué des honoraires/chiffre d'affaires dans la section « autre » ci-dessus, veuillez préciser les pays dans lequel vous opérez :

.....

.....

.....

i) Veuillez détailler vos trois plus gros contrats de ces cinq dernières années (si société en création précisez « contrats en cours »):

| Client | Date de début de mission | Description de la mission | Valeur totale du contrat | Montant de vos honoraires | Date de fin de mission |
|--------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------|------------------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |

Quel est le montant des honoraires reçu de votre plus gros client ces derniers 12 mois ? -----€

Montant moyen d'honoraires que vous percevez pour une mission :-----€

j) Utilisez-vous un contrat/convention type de prestation de service? Oui Non

Si **Oui**, veuillez joindre une copie à ce questionnaire.

k) Engagez-vous contractuellement vos clients avec des sociétés tierces? Oui Non

Si **Oui**, obtenez-vous l'accord écrit de vos clients qu'ils acceptent les termes et conditions du contrat AVANT que vous les engagiez ? Oui Non

Si **Non**, veuillez apporter des précisions :

Êtes-vous, ou avez-vous, fait parti d'un consortium à responsabilité solidaire ou en co-traitance solidaire ?
Oui Non

Si **Oui**, merci de préciser le rôle des autres parties faisant partie du consortium. **À noter que toute mission exercée au sein d'un consortium à responsabilité solidaire ou en co-traitance doit faire l'objet d'une validation de l'assureur avant le début de votre mission et est exclu d'office dans les conditions générales.**

l) Avez-vous une participation financière dans une autre société, association, organisation, compagnie tiers?
Oui Non

Si **Oui**, merci de préciser la nature de la participation financière ainsi que le nom & numéro SIRET de(s) société(s), association(s), organisation(s), compagnie(s) tiers.

m) (OPTIONEL) Quel montant de limite de garanties souhaitez-vous ?

(OPTIONEL) Une franchise par sinistre est présente sur toutes nos polices d'assurances (varie selon les risques). Bien sûr une franchise plus élevée peut générer une baisse de la prime. Quel montant de franchise souhaitez- vous avoir idéalement ?

n) Le proposant a-t-il fait l'objet de mises en cause et/ou sinistres au cours des 5 dernières années ?

Oui Non

- Si votre société a été créée dans les 12 derniers mois, avez-vous fait l'objet de mises en cause et/ou sinistres dans votre emploi ou société précédente au cours des 5 dernières années ?

Oui Non

- Si vous avez répondu OUI à la question « o » ci-dessus, merci d'apporter des précisions:

| Date de la déclaration de sinistre | Description du sinistre | Montant réservé par/évaluation de l'assureur pour le sinistre | Montant payé par l'assureur pour le sinistre |
|------------------------------------|-------------------------|---|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

o) Quelles mesures avez-vous pris pour éviter qu'un/que de tel(s) sinistre(s) ne se reproduise(nt) ??

p) Le proposant a-t'il connaissance de faits ou d'évènements susceptibles d'engager sa responsabilité?

Oui Non

- Si Oui, merci d'expliquer les faits et/ou évènements :

Nous vous remercions de lire la notice ci-dessous:

Il est essentiel que tout proposant ou assuré, lorsque ce dernier cherche à obtenir une offre d'assurance ou offre de renouvellement, divulgue aux assureurs potentiels tous les faits pertinents et informations (y compris toutes les circonstances matérielles) qui pourraient influencer l'assureur dans sa décision d'accepter le risque (ou non) et à quelles conditions. L'obligation de fournir cette information continue jusqu'au moment de la prise de garantie et durant le contrat d'assurances. Nous vous remercions de nous contacter si vous avez un doute sur ce qui constitue un fait important ou une circonstance.

DÉCLARATION

Le proposant soussigné certifie que toutes les déclarations faites en réponse aux questions ci-dessus, pour servir de base au contrat à intervenir sont sincères et, à sa connaissance, exactes. Toutes réticences, fausses déclarations intentionnelles, omissions ou déclarations inexactes des circonstances du risque connues de lui-même, entraînent, selon le cas, les sanctions prévues par les articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances (nullité du contrat ou réduction proportionnelle de l'indemnité).

Date : ----- Signature & tampon :



Nous vous recommandons de garder une copie de ce questionnaire pour votre dossier d'assurance.

Vous pouvez utiliser cet espace pour déclarer toute autre information matériel aux assureurs

