

**Identification
du proposant**

Raison Sociale :

Adresse de la société :

Site Web :

Code APE :

SIREN :

Forme juridique :

Noms et adresses des filiales à assurer :

Date de création ou début de l'activité :

/ /

Description PRÉCISE de vos activités :

Êtes-vous affilié à un autre organisme professionnel?

Oui

Non

Si oui, lequel ?

Etes vous certifié par un organisme tel que APSAD,A2P,AFNOR, etc.?

Oui

Non

Si Oui, lequel ?

**Fonctionnement
de la société
assurée**

Nombre de salariés :

Dernier exercice	Exercice en cours	Exercice à venir
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Principaux responsables (joindre un curriculum vitae en cas de création) :

Nom / Prénom	Âge	Attributions	Formation / Expérience
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Concernant
Votre activité**

Montant du chiffre d'affaires réalisé :

Période comptable du au

Dernier exercice	Exercice en cours	Exercice à venir
€	€	€

Répartition en pourcentage de votre chiffre d'affaires (y compris les honoraires) :

	Dernier exercice	Exercice en cours	Exercice à venir
France	%	%	%
Reste du monde sauf USA / Canada	%	%	%
Export USA / Canada	%	%	%
Filiale USA / Canada	%	%	%

Si vous proposez des prestations hors de France, merci de préciser dans quels pays Vous intervenez ou êtes susceptibles d'intervenir :

Quels sont les 5 contrats les plus importants réalisés ces trois dernières années ?

Client	Nature du contrat	Montant du contrat	Durée
		€	
		€	
		€	
		€	

Quelle est la moyenne des contrats réalisés ?

Montant Durée

Quelles est la répartition (en pourcentage) entre clientèle de particuliers et clientèle entreprise ?

Particuliers Entreprises

Quels sont les secteurs d'activité de vos principaux clients ?

Métier de la sécurité

Questionnaire préalable d'assurance

Faites-vous appel à des sous-traitants ?

Oui Non

Quel pourcentage de votre activité est sous-traité ?

 %

Quels sont vos critères de sélection ?

Quelle partie de votre activité est sous-traitée ?

Tous les recours sont-ils maintenus contre eux et leurs assureurs ?

Oui Non Imposez-vous une assurance RC
Professionnelle à vos sous-traitants ?Oui Non

Si oui, imposez-vous un montant spécifique ?

 €Vérifiez-vous que les sous-traitants sont couverts par un
contrat d'assurances RC Exploitation et Professionnelle ?Oui Non **Domaines
d'intervention**

Domaines d'intervention	Oui	Non
Dépôts pétroliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commerce, grande distribution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salons, foires, expositions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chantiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sites portuaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sites aéroportuaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sites militaires ou classés secret défense	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sites hospitalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Site industriel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sites nucléaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entrepôts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bijouteries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Banques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IGH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (précisez) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (précisez) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (précisez) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Répartition du chiffre d'affaires

Répartition de votre chiffre d'affaires selon la nature des interventions et domaines d'activité :
Les garanties de notre contrat concerneront uniquement les activités que vous mentionnerez ci-dessous.

Activité	Pourcentage du chiffre d'affaires
Agent de recherché privés, détectives, enquêteur privé	%
Gardiennage, surveillance, filtrage	%
Sécurité incendie : agent de sécurité qualifié / confirmé / chef de poste	%
télesurveillance	%
Intervention sur site en cas de déclenchement d'alarme intrusion	%
Installation d'alarme et / ou de matériel de vidéosurveillance	%
Installation de matériel léger d'extinction (extincteurs, RIA, colonne sèche) sous l'agrément CNPP	%
Convoyeur de fonds soumis au décret du 28 Avril 2000	%
Convoyeur de fonds non soumis au décret du 28 Avril 2000	%
Garde du corps / Protection rapprochée	%
Activités annexes de conseil et formation aux entreprises en matière de sécurité - <i>hors professions réglementée / prescription d'ordre technique assimilée à une activité d'ingénierie / BET / maîtrise d'oeuvre & AMOA sur travaux de bâtiment & génie civil</i>	%
Autres (précisez) :	%
Autres (précisez) :	%
Autres (précisez) :	%

Délai d'intervention Acceptez-vous les clauses d'engagement de délai d'intervention Oui Non

Alarme social Réalisez-vous des interventions sur site en cas de déclenchement d'alarme sociale ? (Par alarme sociale, nous entendons tout système ayant pour objet de signaler un état physique nécessitant des soins immédiat) Si Oui, merci de nous transmettre un contrat type. Oui Non

Equipements de sécurité Les produits que vous installez ou maintenez sont-ils certifiés ? Oui Non
Si Oui, de quelles(s) certification(s) bénéficient-ils?

Clés confiées

Quelles sont les mesures de conservation et d'utilisation des clés confiées?

Sont-elles formalisées et sous quelle forme?

Port d'armes

Utilisez-vous des armes dans le cadre de vos activités professionnelles? Oui Non

Si Oui, de quelles(s) catégorie(s) ?

Catégorie	Oui	Non
CAT.1 (Armes à feu et leurs munition conçues ou destinées à la guerre terrestre, navale ou aérienne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAT.2 (Matériels destinés à porter ou à utiliser au combat les armes à feu (destinés aux besoins militaires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAT.3 (Matériels de protection contre le gaz de combat et produits destinés à la guerre chimique ou incendiaires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAT.4 (Armes à feu dites de défenses et leurs munitions dont l'acquisition et la détention sont soumises à autorisation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAT.5 (Armes de chasse et leurs munitions (la détention de certaines d'entre elles sont soumises à déclaration)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAT.6 (Armes blanches y compris les générateurs d'aérosols incapacitants ou lacrymogènes classés dans cette catégorie par arrêté)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAT.7 (Armes de tir, de foire ou de salon et leurs munitions (la détention de certaines d'entre elles sont soumises à déclaration)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAT.8 (Armes et munitions historiques de collection)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Garde du corps /
Protection
rapprochée**

Proposez-vous des prestations de garde du corps / Protection rapprochée ? (si Oui, merci de nous adresser les CV de vos salariés) Oui Non

Pour quelle typologie de client (homme politique, personnalité, chef d'entreprise...)

Contrat

(joindre un
exemplaire de
votre contrat type
ou principal)

Utilisez-vous un conseil juridique pour la rédaction de vos contrats ? Oui Non

Si Oui, lequel ?

Utilisez-vous un conseil juridique pour la négociation de vos contrats les plus importants? Oui Non

Si Oui, lequel ?

Insérez vous une limitation de responsabilité dans vos contrats ? Toujours Parfois Jamais

Acceptez-vous une responsabilité pour les dommages indirects ? Toujours Parfois Jamais

**Antécédents du
risque**

Merci de nous communiquer les litiges que vous avez déclarés, indemnisés ou non, qui auraient pu ou non engager votre responsabilité, celle de vos précédents dirigeants, les membres de la direction ou vos employés (depuis les 5 dernières années) :

Circonstances	Date	Montant indemnisé
		€
		€
		€
		€

Des mesures ont-elles été prises pour éviter le renouvellement de sinistres de même nature que ceux déjà survenus ? Oui Non

Si Oui, lesquelles ?

Avez-vous connaissance d'autres événements ou circonstances pouvant donner lieu dans l'avenir à la mise en jeu de la garantie d'assurance ? Oui Non

Si Oui, fournir les détails :

**Situation
d'assurance**

Etes-vous assuré en RC Exploitation ? Oui Non

Si Oui, quel est votre assureur ?

Etiez-vous, les années passées, assuré pour les risques de RC Professionnelle dont vous demandez les garanties ? Oui Non

Si Non, pourquoi ?

Assureur précédent :

N° de Police :

Montant de la garantie :

 €

Franchise RC Professionnelle :

 €

Métier de la sécurité

Questionnaire préalable d'assurance

Montant de la prime provisionnelle : €Taux de révision : Avez-vous été titulaire d'un contrat de même nature ayant fait l'objet de la part du précédent assureur, d'une résiliation pour sinistre au cours des 12 derniers mois ? Oui Non

Motif du changement d'assureur ?

Date de prise d'effet souhaitée Montant de garantie souhaitée €

Mode de règlement :

- Paiement annuel
- Paiement annuel par prélèvement automatique
- Paiement semestriel par prélèvement automatique
- Paiement trimestriel par prélèvement automatique
- Paiement mensuel par prélèvement automatique

Echéance souhaitée **Déclaration**Je soussigné(e) déclare qu'à ma connaissance, **tous les renseignements donnés**, que le questionnaire ait été rempli **de ma main ou de celle de mon mandataire, sont exacts**.Je reconnais être informé(e) de l'**obligation de sincérité des réponses** au présent questionnaire et des **conséquences qui résulteraient d'une omission ou d'une fausse déclaration**, à savoir la nullité du contrat (Article L 113-8 du Code des Assurances) ou **la réduction des indemnités** (Article L 113-9 du Code des Assurances). En signant cette déclaration, je ne suis pas tenu(e) d'accepter les termes de la proposition d'assurance faite par les assureurs, mais **dans le cas où un contrat serait accepté, les déclarations faites dans ce questionnaire feront partie intégrante du contrat et lui serviront de base**.Fait à le / /Signature

Documents à joindre :

- curriculum vitae des dirigeants en cas de création
- copie des contrats type ou principaux contrats

**Vos autres
besoins
d'assurance**

Dans le cadre de la couverture de vos risques professionnels, souhaitez-vous étudier, sans engagements de votre part, des garanties complémentaires ?

- | | | | | |
|-----------------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| • Tous Risques bureaux ? | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| • Responsabilité des dirigeants ? | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |

Informatique et Liberté : en application de la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès des assureurs pour toute information le concernant contenue dans les fichiers à leur usage.