

**Identification
du proposant**

Raison sociale

Adresse de la société

Site web

Code APE

Code SIREN

Forme juridique

Date de création :

Possédez-vous un label et/ou une certification ?

 Oui Non

Si Oui, merci de préciser :

Appartenez-vous à une organisation professionnelle ?

 Oui Non

Si Oui, merci de préciser :

Personnel

Effectif : Total

Dont diagnostiqueurs

Pour chaque diagnostiqueur, veuillez fournir les informations suivantes :

Nom Prénom	Formation (organisme)	Formation (durée)	Date de la formation	Domaine de compétence	Années d'expérience	Label apte (O/N)

**Concernant
votre activité**

Montant du chiffre d'affaires réalisé (y compris les honoraires) :

Période comptable du

au

	Dernier exercice	Exercice en cours	Exercice à venir
France	€	€	€
USA / CANADA	€	€	€
Reste du monde	€	€	€

Les rapports de missions sont-ils réalisés et saisis par les techniciens qui effectuent les missions ?

Oui Non

Si Non, merci de préciser :

Le rapport est-il signé par le technicien qui a effectué la mission ?

Oui Non

Si Non, merci de préciser :

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

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

Sous-traitance

Faites-vous appel à des sous-traitants ?

Oui Non

Si Oui, quels sont vos critères de sélection ?

Quel pourcentage de votre activité est sous-traité ?

%

Quelle partie de votre activité est sous-traitée ?

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

Oui Non

Est-il effectué des contrôles sur leurs travaux ?

Oui Non

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

Oui Non

Si Oui, imposez-vous un montant spécifique ?

€

Antécédents du risque

Merci de nous communiquer les litiges que vous avez déclarés, indemnisés ou non, qui auraient pu ou non, engager la responsabilité de votre entreprise sur 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

Êtes-vous assuré en RC Professionnelle ?

Oui Non

Si Oui, quel est votre assureur ?

N° de contrat

Montant de la garantie

 €

Franchise RC Professionnelle

 €

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 et signature

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 diagnostiqueurs en cas de création

Vos autres besoins d'assurance

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

- Tous Risques bureaux (*Office by Hiscox*) ?

 Oui Non

- Responsabilité des dirigeants (*Dirigeants by Hiscox*) ?

 Oui Non

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.