

**Identification  
du proposant**

Raison sociale

Adresse de la société

Site web

Code APE  Code SIREN

Forme juridique

Noms et adresses des filiales à assurer

Date de création ou début de l'activité

Description PRÉCISE de vos activités

Etes-vous affilié à un organisme professionnel, une coopérative ou un réseau de franchises ?

Oui  Non

Si Oui, lequel ?

Date de délivrance de l'agrément

Êtes-vous certifié ?

Oui  Non

Si Oui, précisez l'organisme ?

**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	Age	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 (y compris les honoraires) :

Période comptable du	<input type="text"/>	au	<input type="text"/>
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	%	%	%
Hors de France, précisez les pays			
...	%	%	%
...	%	%	%
...	%	%	%
...	%	%	%
Total	100%	100%	100%

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

Faites-vous appel à des sous-traitants / prestataires ?

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

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** Répartition de votre chiffre d'affaires selon la nature des interventions et domaines d'activité : le chiffre d'affaires que vous déclarez doit inclure les honoraires que vous avez facturés. **Les garanties de notre contrat concerneront uniquement les activités que vous mentionnerez ci-dessous.**

Activités	Pourcentage du chiffre d'affaires
Garde d'enfant(s) à domicile de moins de 3 ans	%
Garde d'enfant(s) à domicile de plus de 3 ans	%
Accompagnement d'enfant(s) dans leur déplacement	%
Soutien scolaire	%
Cours à domicile	%
Assistance informatique	%
Assistance administrative	%
Ménage/repassage	%
Collecte/livraison de linge	%
Jardinage	%
Bricolage	%
Maintenance de résidences	%
Préparation de repas et commissions	%
Mise en relation	%
Garde malade	%
Aide aux personnes agées, dépendantes, handicapées	%
Assistance aux personnes handicapées (auxiliaire de vie)	%
Aide à la mobilité et transports	%
Transports/ accompagnement de personnes âgées, dépendantes et handicapées	%
Conduite de véhicule personnel	%
Soins esthétiques à domicile	%
Soins et promenades d'animaux de compagnie	%
Livraison de repas / Commissions	%
Téléassistance / Visioassistance	%
Total	100%

Si vous proposez des soins esthétiques à domicile, précisez lesquels :

Les gardes d'enfants de moins de 3 ans sont-elles effectuées exclusivement par des assistantes maternelles agréées ?

Oui  Non

Effectuez-vous du transport d'enfant avec votre voiture dans le cadre de vos fonctions ?

Oui  Non

Proposez-vous des prestations autres qu'à domicile, par exemple par téléphone ou par internet ?

Oui  Non

Proposez-vous d'autres prestations de services associées aux activités déclarées, par exemple installation, vente ?

Oui  Non

### Contrat

(joindre un exemplaire de votre contrat type ou principal)

Sous quel statut exercez-vous votre activité ?

Mandataire

Prestataire

Emploi direct

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**

Êtes-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

€

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 reconnaiss 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 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.