

## Identification du proposant

Raison Sociale

Adresse de la société

Site Web

Code SIREN

Bénéficiaire(s) effectif(s)\* :

<p><b>Bénéficiaire effectif 1 :</b>          Nom :          Prénoms :          Date de naissance :          Lieu de naissance :          Nationalité(s) :</p>	<p><b>Bénéficiaire effectif 2 :</b>          Nom :          Prénoms :          Date de naissance :          Lieu de naissance :          Nationalité(s) :</p>
<p><b>Bénéficiaire effectif 3 :</b>          Nom :          Prénoms :          Date de naissance :          Lieu de naissance :          Nationalité(s) :</p>	<p><b>Bénéficiaire effectif 4 :</b>          Nom :          Prénoms :          Date de naissance :          Lieu de naissance :          Nationalité(s) :</p>

*\*La ou les personnes physiques qui soit détiennent, directement ou indirectement, plus de 25 % du capital ou des droits de vote de la société, soit exercent, par tout autre moyen, un pouvoir de contrôle sur les organes de gestion, d'administration ou de direction de la société ou sur l'assemblée générale de ses associés.*

Avez-vous des filiales à l'étranger ?

Oui  Non

Si oui, merci de nous communiquer la liste (nom, adresse complète, pays, volume d'affaires).

Date de création ou début de l'activité

Numéro de licence, d'habilitation ou d'immatriculation

Etes-vous affilié à un organisme professionnel?

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	Age	Attributions	Formation / Expérience

Avez-vous des dirigeants et / ou des préposés résidant aux USA / Canada ?

Oui  Non

**Concernant  
Votre activité**

Montant du volume d'affaires réalisé (c'est-à-dire montant total des séjours, voyages, billets et autres prestations vendus) :

Période comptable du  au

Dernier exercice	Exercice en cours	Exercice à venir
€	€	€

Contractez-vous avec des clients résidant aux USA / Canada ?

Oui  Non

**Domaines  
d'intervention**

Répartition de votre volume d'affaires selon la nature des interventions et domaines d'activité : le volume 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.**

	Volume d'affaires	Dont Volume d'affaires à destination des USA / Canada
Billetterie	€	€
Revente de séjours ou voyages organisés par un Tour Opérateur	€	€
Organisation de séjours ou de voyage	€	€
Tourisme d'accueil	€	€

Si vous exercez d'autres activités, merci de nous les préciser avec le chiffre d'affaires correspondant :

Activités	Chiffre d'affaires
	€
	€
	€
	€

Quels sont les principaux pays de destination ?

	Pays
Espace économique européen :	
USA / Canada :	
Reste du monde :	

Quelle est la nature des voyages organisés (circuits, raids, séjours hôtel clubs, tourisme, sportif, santé...)?

Si des activités sportives sont proposées, quelle en est la nature ?

Vendez-vous des prestations de transport terrestre aux USA / Canada ?

Oui  Non

Lorsque vous affrêtez, êtes vous assurés additionnels aux polices RC des prestataires suivants concernés :

Aérien

Oui  Non

Si Non, pourquoi ?

Maritime

Oui  Non

Si Non, pourquoi ?

Terrestre

Oui  Non

Si Non, pourquoi ?

**Sous-traitance**

Quel pourcentage de votre activité est sous-traité / fourni par des tiers ?

 %

Quelle partie de votre activité est sous-traitée / fournie par des tiers ?

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

Oui  Non

Si non, merci de nous transmettre les accords correspondants.

Vérifiez-vous que les sous-traitants / fournisseurs sont couverts par un contrat d'assurances RC Exploitation et Professionnelle ?

Oui  Non

Vérifiez-vous que les transporteurs terrestres sont couverts par un contrat d'assurances RC Exploitation et Professionnelle ?

Oui  Non

Si oui, quel est le montant minimum imposé ?

 €

Si vous êtes Tour Opérateur, acceptez-vous des aménagements contractuels de votre responsabilité et de la gestion des réclamations (renversement de charge de la preuve, transfert de responsabilité, etc...) ?

Oui  Non

Si oui, merci de nous transmettre copie des accords.

## Contrat

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

Oui  Non

Si Oui, lequel ?

Quelle procédure avez-vous mise en place pour la gestion des réclamations ?

Avez-vous mis en place une cellule de gestion de crise et / ou de communication en cas d'accident grave (tsunami, accident aérien, ferroviaire...) ?

Oui  Non

Si Oui, merci de nous en détailler sa composition et son fonctionnement :

Utilisez-vous un cabinet d'avocats spécialisés pour la gestion des réclamations ?

Oui  Non

Si Oui, lequel et quelles sont ses coordonnées ?

Avez-vous une procédure de gestes commerciaux en place ? Oui  Non

Si Oui, jusqu'à quel montant intervenez-vous ?  €

**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
<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"/> €

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 Professionnelle ? Oui  Non

Si Oui, quel est votre assureur ?

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

### Protection des professionnels du tourisme

Souhaitez-vous une étude pour le module "Protection des Professionnels du Tourisme" (kidnapping & extorsion) ?

Oui  Non

Si oui, merci de répondre aux questions suivantes :

Organisation de séjours ou voyages, Tour Opérating  
Quel est le nombre de clients par an et par pays de destinations (fournir une liste si nécessaire) ?

Y a-t-il eu, durant les cinq dernières années, des menaces illégales (exemple : demande de rançon..) formulées directement ou indirectement à votre rencontre ou à l'encontre de vos clients ?

Oui  Non

Si Oui, fournir les détails :

**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

**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.