Identification du proposant

Raison Sociale :

Adresse de la société :

Site Web :

Code APE : N° RCS : SIREN :

Forme juridique :

Bénéficiaire(s) effectif(s)* :

Bénéficiaire effectif 1 : Nom : Prénoms : Date de naissance : Lieu de naissance : Nationalité(s) :	**Bénéficiaire effectif 2 :** Nom : Prénoms : Date de naissance : Lieu de naissance : Nationalité(s) :
Bénéficiaire effectif 3 : Nom : Prénoms : Date de naissance : Lieu de naissance : Nationalité(s) :	**Bénéficiaire effectif 4 :** Nom : Prénoms : Date de naissance : Lieu de naissance : Nationalité(s) :

**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.*

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 organisme professionnel ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, lequel ?

Nombre de salariés (hors personnel mis à disposition) :

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

Nom / Prénom	Age	Attributions	Formation / Expérience

Votre activité

Montant du chiffre d'affaires réalisé **(Hors CA affecté à la rémunération des intérimaires)** :

Période comptable du / / au / /

Dernier exercice	Exercice en cours / prévisionnel	Exercice à venir
€	€	€

Répartition en pourcentage de votre chiffre d'affaires **(Hors CA affecté à la rémunération des intérimaires)** :

Pays	Dernier exercice	Exercice en cours / prévisionnel	Exercice à venir
France	%	%	%
Filiales à l'étranger hors USA / Canada (indiquer ci-dessous pays et chiffre d'affaires)			
	%	%	%
	%	%	%
	%	%	%
	%	%	%
	%	%	%
	%	%	%
	%	%	%
USA et/ou Canada			
Export USA / Canada	%	%	%
Filiale USA / Canada	%	%	%

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

Client (nom & secteur d'activité)	Nature du contrat	Valeur totale du contrat	Vos revenus au titre du contrat	Durée
		€	€	
		€	€	
		€	€	
		€	€	
		€	€	

Quelle est la moyenne des contrats réalisés ?

Montant : € Durée :

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

Faites-vous appel à des sous-traitants ? Oui ☐ Non ☐

Quels sont vos critères de sélection ?

Quel pourcentage de votre activité est sous-traité ? %

Vos sous-traitants sont-ils situés hors de l'Union Européenne? Oui ☐ Non ☐

Quelle partie de votre activité est sous-traitée ?

Si vous proposez des prestations d'hébergement, sont-elles sous-traitées ? Oui ☐ Non ☐

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 vos 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.

Domaines d'activités	Pourcentage du chiffre d'affaires
Intérim et placement de personnel	
Médical	%
Industrie	%
BTP	%
Transport	%
OFF-SHORE	%
Spatial	%
Nucléaire	%
Autre	%
Activités annexes	
Conseil en Ressources Humaines,	%
Organisation de stages d'insertion professionnelle,	%
Conseil et aide auprès de demandeurs d'emploi pour le compte d'entreprises, institutions ou administrations en vue de leur retour à l'emploi,	%
Cabinet / Conseil en recrutement,	%
Formation,	%
Conseil en santé / sécurité,	%
Conseil en outplacement,	%
Agences de mannequins.	%
Autre (à préciser)	%
	%
	%
	%

Intérim / placement de personnel

Les contrats de mise à disposition de personnel passées avec vos clients stipulent un transfert de lien de préposition au bénéfice de l'entreprise utilisatrice :

Oui ☐ Non ☐

Quelle procédure avez-vous mis en place pour vérifier les qualifications des personnes mises à disposition dans le cadre de vos prestations ?

Quelle procédure avez-vous mis en œuvre pour formaliser/archiver la vérification des qualifications effectuée ?

Exploitez-vous un réseau de franchisés : Oui ☐ Non ☐

Gestion des risques

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 la responsabilité de votre entreprise sur les 5 dernières années **(y compris les litiges liés aux accidents du travail impliquant les personnes mises à disposition) :**

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 ?

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

Si Non, pourquoi ?

Assureur précédent / actuel en RC Professionnelle :

Montant de garantie : €

Franchise RCP : €

Montant de la prime provisionnelle : €

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 :

1. Statistique sinistres émise par l'assureur actuel / précédent
2. 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 ?

1.	Dommages ?	Oui ☐	Non ☐
2.	Responsabilité des dirigeants ?	Oui ☐	Non ☐
3.	Cyber-assurance ?	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.