

Raison Sociale

Adresse de la société

Site Web

Code APE 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 PRECISE de vos activités

Etes-vous affilié à un autre organisme professionnel? Oui Non

Si oui, lequel ?

Etes-vous certifié par un organisme tel que APSAD, A2P, AFNOR ? Oui Non

Si oui, lequel ?

--

**Fonctionnement
de la société
assurée**

Nombre de salariés :

Dernier exercice	Exercice en cours	Exercice à venir

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

Nom / Prénom	Age	Attributions	Formation / Expérience

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

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	%	%	%

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

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

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 ?



Services a la personne by Hiscox
Questionnaire préalable d'assurance

	%
--	---

Contrat
(joindre un
exemplaire de
votre contrat type
ou principale)

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 ?

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 garantie

 €

Franchise RCP

 €

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

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.