

**XCR**

Courtage d'assurance

Questionnaire d'étude de risques

Responsabilité Civile Professionnelle – Prestataires de services

Demandeur d'assurance

Personne Morale / Société :

Dénomination Sociale :

Adresse de la société :

Code postal et Ville :

Pays :

Année de création de l'entreprise :

N° SIREN :

Code NAF :

Site internet :

La société proposante appartient-elle à un groupe ?

Oui Non

Si oui, nom du groupe :

Assuré(s) additionnel(s) à déclarer

Oui Non

Si oui, nom(s) :

adresse(s) :

Identité du/des bénéficiaires effectifs *

| Noms et Prénoms | Date de naissance (JJ/MM/AAAA) | Lieu de naissance (ville et pays) | Domicile (pays) |
|-----------------|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

* Bénéficiaire effectif = la ou les personnes physiques détenant chacune, directement ou indirectement, plus de 25 % du capital ou des droits de vote de la société et/ou la ou les personnes physiques exerçant, par tout autre moyen, un pouvoir de contrôle sur les organes de gestion, d'administration ou de direction ou sur l'assemblée générale des associés de la société.

Si aucune personne physique ne remplit l'un des critères ci-dessus, il y a lieu de considérer le représentant légal de la société comme étant le bénéficiaire effectif.

Veuillez fournir les informations suivantes sur les associés, et les cadres salariés:

| Nom/ Prénom | Formation | Expérience dans la fonction (nb d'années) |
|-------------|-----------|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Descriptif des activités à garantir

Veuillez cocher votre domaine d'activité parmi les propositions suivantes :

| | Domaine d'activités | % du chiffre d'affaires |
|--------------------------|--|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Recherche et développement scientifique de type universitaire Activité précise : | |
| <input type="checkbox"/> | Services à la personne loi Borloo (aide à domicile, accueil de jeunes enfants, ménage...) Activité précise : | |
| <input type="checkbox"/> | Métiers du bien-être (coiffure, esthétique...) Activité précise : | |
| <input type="checkbox"/> | Autres services à la personne | |

Description des activités (merci de détailler pour chacune de vos activités: le périmètre, les missions, les points particuliers) :

.....

**XCR**

Courtage d'assurance

Questionnaire d'étude de risques

Responsabilité Civile Professionnelle – Prestataires de services

| | | |
|--------------------------|--|--|
| | Activité précise : | |
| <input type="checkbox"/> | Autres activités non listées ci-dessus Activités précises : | |

Effectif

Effectif total en France y compris intérimaires :

Procédez-vous systématiquement à la vérification des diplômes et attestations des précédents employeurs ? Y a-t-il eu des PV et mises en demeure de l'inspection du travail durant les 5 dernières années ?

Oui Non Oui Non *Si oui*, précisez la date, l'objet de la mise en demeure et les suites données :

Chiffre d'Affaires/ Revenus

Veuillez préciser les honoraires perçus :

| Missions | Exercice passé | Exercice en cours | Estimation pour le prochain exercice |
|---------------------------|----------------|-------------------|--------------------------------------|
| En France | | | |
| Au Royaume-Uni | | | |
| Aux USA/Canada | | | |
| Pays autres que ci-dessus | | | |
| TOTAL | | | |

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

Anticipez-vous un changement important dans vos activités dans les douze mois à venir ?

Oui Non *Dans l'affirmative*, veuillez préciser :

| • Ventilation du chiffre d'affaires (en pourcentage) par secteur de clientèle | |
|---|---------|
| Secteur de clientèle | % du CA |
| Particuliers | |
| Professionnels | |
| PME | |
| Grandes entreprises | |
| Multinationales | |
| Collectivités et administrations | |

| • Principaux clients | |
|----------------------|---------|
| Nom du client | % du CA |
| | |
| | |
| | |

Nature des risques

Faites-vous appel à des sous-traitants?

Oui Non

Quel pourcentage de votre activité est sous-traité? %

Quelle partie de votre activité est sous-traitée?

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

Oui Non

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

Oui Non

Insérez-vous une limitation de responsabilité dans vos contrats?

Oui Non *Dans l'affirmative*, merci de transmettre la clause insérée dans vos contrats

Effectuez-vous des prestations sur les biens remis par vos clients dans l'enceinte de votre entreprise?

Oui Non

(Réparation, conditionnement...)?

Si oui, précisez la valeur unitaire moyenne des biens confiés: EUR

**XCR**

Courtage d'assurance

Questionnaire d'étude de risques

Responsabilité Civile Professionnelle – Prestataires de services

Garanties souhaitées

- Quel montant de garantie souhaitez-vous ? (montants exprimés par sinistre et par année d'assurance)
 300 000 € 750 000 € 1 500 000 € 2 500 000 € Autres :
- Souhaitez-vous bénéficier d'une garantie RC après livraison ? Oui Non

Antécédents du risque

- Le souscripteur est-il actuellement assuré ? Oui Non
- Dans l'affirmative*, veuillez renseigner les champs suivants :
- Nom de la compagnie
 - Date de renouvellement
- Le risque a-t-il fait l'objet d'un refus de souscription ou de résiliation ? Oui Non
- Dans l'affirmative*, pour quel motif ?
- La responsabilité civile des personnes désignées au paragraphe "assuré" ci-avant a-t-elle été mise en cause ces 5 dernières années ? Oui Non
- Dans l'affirmative*, veuillez préciser les dates, les circonstances, les montants réclamés et conséquences financières de ces mises en cause :
- Avez-vous eu connaissance de circonstances dont on pourrait raisonnablement penser qu'elles vont amener des réclamations à l'encontre des personnes désignées au paragraphe "assuré" ci-avant ? Oui Non
- Dans l'affirmative*, veuillez détailler :
- Avez-vous eu connaissance de circonstances dont on pourrait raisonnablement penser qu'elles vont amener des réclamations à l'encontre des personnes désignées au paragraphe "assuré" ci-avant ? Oui Non
- Dans l'affirmative*, veuillez détailler :

Pièces justificatives

Merci de bien vouloir joindre au présent questionnaire les pièces justificatives suivantes :

- Un spécimen de contrat décrivant les missions réalisées
- Les CV des principaux dirigeants techniques
- Relevé de sinistralité compagnie des 5 dernières années
- Kbis

Données personnelles

Cet article a pour objectif de vous informer de la manière dont vos informations personnelles sont collectées et traitées par Helvetia Assurances, en sa qualité de responsable de traitement. Helvetia Assurances a nommé un Délégué à la Protection des Données personnelles (DPO) joignable aux coordonnées suivantes : dpo@helvetia.fr ou Helvetia Assurances - Délégué à la Protection des Données - 25, quai Lamandé - 76600 Le Havre.

Les données personnelles collectées et traitées par le responsable de traitement sont obligatoires pour la poursuite des finalités décrites dans le tableau ci-dessous. Les traitements sont réalisés sur le fondement des bases juridiques définies dans le même tableau.

| Finalités | Base Juridique |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - La gestion et exécution des contrats d'assurance, de la phase précontractuelle à la résiliation du contrat - L'examen, acceptation, tarification, surveillance des risques - La gestion des impayés et leur recouvrement - L'exercice des recours, gestion des réclamations et contentieux - La réalisation de statistiques et études actuarielles - La gestion des demandes liées à l'exercice de vos droits | - Exécution des contrats |
| <ul style="list-style-type: none"> - Votre identification, l'identification des assurés et des bénéficiaires - La lutte contre le blanchiment des capitaux / financement du terrorisme - L'application des mesures de sanctions financières nationales ou internationales | - Respect d'une obligation légale, réglementaire ou administrative à laquelle le responsable de traitement est soumis |

**XCR**

Courtage d'assurance

Questionnaire d'étude de risques

Responsabilité Civile Professionnelle – Prestataires de services

- La gestion commerciale des clients et prospects
- La lutte contre la fraude à l'assurance

- Poursuite par le responsable du traitement de ses intérêts légitimes (assurer la meilleure qualité de nos services, protection des intérêts des assurés et des assureurs)

Les données personnelles collectées sont destinées aux services du responsable de traitement en charge de la gestion commerciale ou de la gestion et l'exécution de vos contrats, aux délégataires, intermédiaires en assurance, co-assureurs, réassureurs, partenaires, mandataires, sous-traitants, ou autres entités du groupe dans le cadre de l'exercice de leur mission. Des informations vous concernant peuvent également être transmises à toutes personnes intéressées au contrat (souscripteur, assuré, adhérent et bénéficiaire, et s'il y a lieu aux responsables, aux victimes et leurs mandataires, aux témoins et tiers intéressés à l'exécution du contrat...), aux juridictions, autorités judiciaires, arbitres, médiateurs, ministères concernés, aux services en charge du contrôle tels que commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que les services en charge du contrôle interne.

Elles peuvent également être transmises aux organismes d'assurance des personnes impliquées, organismes professionnels et fonds de garanties, ainsi qu'à toutes personnes intervenant au contrat tels qu'avocats, experts, auxiliaires de justice, officiers ministériels, enquêteurs, professionnels de santé, médecin conseils et personnel habilité, organismes sociaux.

Nous sommes susceptibles de vous adresser des offres commerciales par courrier électronique, adaptées à vos besoins.

Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre :

Ces informations peuvent de même être utilisées au titre de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées.

Le responsable de traitement peut être amené à transférer vos données à caractère personnel en dehors de l'Union Européenne, en Suisse (existence d'une décision d'adéquation rendue par la Commission Européenne).

Les données à caractère personnel vous concernant sont conservées le temps nécessaire pour la réalisation des opérations et finalités pour lesquelles elles ont été collectées, ou pour les durées prévues par les lois et règlements, et jusqu'à expiration des délais de prescription légaux.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement, ainsi que d'un droit d'opposition au traitement des données.

Vous pouvez également demander la portabilité de vos données. Les données pouvant faire l'objet de ce droit sont celles qui vous concernent et que vous avez fournies au responsable du traitement, que ce dernier traite de manière automatisée dans le cadre de l'exécution d'un contrat conclu ou lorsque le traitement repose sur votre consentement. Vous pouvez de même :

- retirer votre consentement si le traitement de vos données repose uniquement sur celui-ci, étant entendu que ce retrait peut entraîner l'impossibilité pour le responsable de traitement de fournir ou exécuter le produit ou le service demandé ou souscrit,
- définir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès,
- vous opposer à tout moment sans avoir à motiver votre demande, à ce que vos données soient utilisées ou transmises à des tiers à des fins de prospection commerciale. Les droits des personnes dont les données à caractère personnel sont traitées s'exercent auprès d'Helvetia Assurances - Délégué à la Protection des Données - 25, quai Lamandé - 76600 Le Havre, ou par e-mail à : dpo@helvetia.fr.

Pour des raisons de sécurité, toute demande devra être accompagnée d'un justificatif d'identité. Afin de permettre un traitement efficace des demandes, les personnes exerçant leurs droits ci-dessus sont priées d'indiquer clairement le droit qu'elles souhaitent exercer ainsi que tout élément facilitant leur identification (numéro de contrat par exemple). Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), 3 place Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

Je soussigné déclare,

"Vous certifiez sincères et véritables les réponses faites par vous au présent questionnaire, qui doivent servir de base à l'établissement du contrat. En cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à votre égard pourront être la nullité du contrat souscrit (article L. 113-8 du code des assurances) ou la réduction des indemnités versées (article L. 113-9 du code des assurances)."

Etre autorisé à compléter le présent questionnaire pour le compte de l'ensemble des personnes souhaitant être l'objet de la couverture et que mes réponses sont, à ma connaissance, conformes à la vérité et que je n'ai pas caché de circonstances quelconques qui auraient dû être communiquées à la Compagnie.

Nom :

Titre :

Société :

Signature du demandeur d'assurance

Fait le _____, à _____