

QUESTIONNAIRE DE SOUSCRIPTION AU CONTRAT RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE « PRO / ACTIVITES NON REGLEMENTEES »

Cachet du courtier partenaire
CABINET LASSUREUR
PASSAGE MARCILLY
71100 CHALON SUR SAONE
tel 0950220200
manager@lassureur.com

Le présent questionnaire complété, daté et signé est
à adresser dans les 15 jours suivant sa signature

Proposant :

Nom(s) des entités à assurer :
Adresse
Code Postal Ville
Tel Email
Numéro SIREN : Date de début d'activité

Noms des associés/ mandataires sociaux, administrateurs impliqués dans l'activité du proposant : (Noms, qualifications, date de démarrage dans l'activité) :

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....

Merci de joindre les CV des personnes impliquées dans l'activité

Personnel :

Merci d'indiquer le nombre total de personnes impliquées dans l'activité :

Associés/ Mandataires sociaux / Administrateurs : Autre personnel technique :
Cadres responsables : Personnel administratif :

Chiffre d'affaires :

Chiffre d'affaires : Année N Année N-1

Répartition du chiffre d'affaires

	Artisans	PME PMI	Grandes entreprises	Sociétés Cotées	Institutions financières
France Métropolitaine	€	€	€	€	€
DOM TOM	€	€	€	€	€
Union Européenne	€	€	€	€	€
USA / Canada	€	€	€	€	€
Autre	€	€	€	€	€
Total	€	€	€	€	€

Activités:

Vos activités ont-elles changé au cours des 5 dernières années ? Si oui merci de nous fournir tous détails

Les contrats utilisés dans le cadre de vos activités comportent -ils une des clauses suivantes : clause de renonciation à recours, clause limitative de responsabilité, ou toute autre clause définissant la responsabilité de chaque partie? ☐ OUI ☐ NON

Avez-vous recours au service de sous-traitants? Si oui, pour quel % de votre CA :

Leur imposez-vous d'être assurés en RC PRO ?

Activité(s) Pratiquée(s)	% CA global	Activité(s) Pratiquée(s)	% CA global
Aide à l'obtention de subventions		Conférencier	
Aide à la déclaration de taxes / impôts		Formateur	
Conseil en réduction de TVA, taxes		Traducteur	
Conseil en réduction de charges			
Crédit Impôt Recherche		Graphiste/designer	
		Agence de presse	
Conseil en achat		Agence de publicité	
Conseil juridique (hors activité réglementée)		Société de télémarketing	
		Conseil en marketing et communication	
Conseil en management		Consultant en relation publique	
Conseil en ressources humaines.		Agent artistique / littéraire	
Chasseur de tête		Attaché de presse	
Conseil en formation		Conseil en agencement et ambiance	
Médiateur		Organisateur d'événement privé	
Portage salarial		Photographe	
Conseil en prévention et sécurité au travail		Psychologue	
Conseil en sécurité et environnement			
Consultant en matière de sécurité		Agence matrimoniale	
Consultant en qualité			
		Comparateur de prix sur internet	
Recouvrement amiable de créances			
Société d'archivage et de destruction de documents		Ostéopathe animalier	
Société de secrétariat			
Société de service dans le domaine de la facturation		Voyant	
Société de traitement et service liés à la paie			
Société en matière d'assistance administrative			
Société en matière de réponse téléphonique. expédition de documents/ routage			
Société spécialisée en sondage d'opinion			
Autres :			
Préciser :			

Procédures :

Les données informatiques font-elles l'objet d'une sauvegarde journalière ? ☐ OUI ☐ NON Si oui, ces sauvegardes sont-elles conservées dans des locaux distincts de ceux du proposant ? ☐ OUI ☐ NON

Utilisez-vous un système de protection de type « firewall », commercialisé sur le marché, afin d'éviter tous accès non autorisés au réseau interne et système informatique du proposant ? ☐ OUI ☐ NON

Utilisez-vous un programme anti-virus ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lequel ?

Assurance Antérieure :

Avez-vous déjà été assuré en RC professionnelle ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, auprès de quel Assureur ? N° Contrat

Motif de résiliation : Par qui ? :



Une / des réclamation(s) a / ont - elle(s) été formulée(s) à l'encontre du proposant ou de ses filiales au cours des six dernières années ?

Si oui, merci de nous fournir tous détails (les dates, les faits et l'état de la procédure, le montant de la réclamation, de l'indemnité éventuellement allouée ainsi que les mesures de prévention engagées à la suite de ce sinistre).

.....
.....
.....

Un des dirigeants/ gérants ou Associés du proposant a-t-il déjà fait l'objet d'une procédure de redressement judiciaire ou d'une liquidation judiciaire (en cas de réponse positive, merci de nous fournir tous détails utiles) ☐ OUI ☐ NON

Montant de Garantie & Franchises :

Responsabilité Civile Professionnelle :

Merci de nous indiquer le montant de garanties que vous souhaitez ainsi que la franchise :

.....
.....

Responsabilité Civile Exploitation :

Souhaitez-vous cette garantie ?

☐ OUI ☐ NON

Modalité de paiement de la prime:

☐ Annuelle

☐ Semestrielle

☐ Trimestrielle

Prise d'Effet de la Garantie :

Date de prise d'effet souhaitée par le proposant : ____/____/____

Le questionnaire doit obligatoirement être accompagné des pièces suivantes :

- Copie du CV
- Copie du/des diplôme(s)
- Compte de résultat du dernier exercice clos
- Copie des contrats types utilisés dans le cadre de l'activité
- Extrait Kbis (si disponible)

DECLARATION DU SIGNATAIRE :

LE SIGNATAIRE DECLARE :

Le Proposant certifie que les déclarations qui précèdent et qui doivent servir à l'établissement du CONTRAT sont à sa connaissance exactes. Toute omission, toute déclaration fausse ou inexacte, pourrait entraîner la nullité du contrat ou exposer l'Assuré à supporter la charge de tout ou partie des indemnités (articles L 113-8 et L113-9 du Code des Assurances).

En signant ce document, le proposant n'est pas tenu de contracter l'Assurance (Art. L112-2 du Code des Assurances) mais si une police définitive est établie, les renseignements indiqués dans le présent questionnaire serviront de base à l'établissement du contrat et seront considérés comme en faisant partie intégrante. Je soussigné, certifie que toutes les déclarations ou réponses faites au présent questionnaire pour servir de base au contrat à intervenir, qu'elles aient été écrites par moi ou par un tiers, soient sincères et à ma connaissance véritables.

Les frais de dossier du Cabinet LASSUREUR sont de 10% de la cotisation HT et réglés à la souscription - POUR EVITER TOUT LITIGE ULTERIEUR - SI CE DOCUMENT EST INCOMPLET OU MAL RENSEIGNE - IL NE SERA SUIVI D'AUCUN EFFET - A 212-1 DU CA ➔ Délivrance du devis : il sera délivré pour une durée de validité limitée à 72 heures et si rien n'est souscrit par FAX pendant cette période, le dossier sera sous saisine et archivé 12 mois, nous ne dérogeons jamais à cette règle.

« J'accepte que le Fournisseur d'assurances dûment mandaté me fournisse des offres d'assurance y compris par des entreprises établies dans des États membres de la CEE. »

Liste des compagnies déjà interrogées (car saisine) :

.....
.....
.....

Fait à : _____ Le : _____
ORDRE EXCLUSIF DE PLACEMENT – SAISINE 24 mois
Signature du proposant : _____
Faire précéder la signature de la mention manuscrite « lu et approuvé »

TARIF ACTUEL :

TARIF ATTENDU

Vos coordonnées pour vous faxer le tarif : (Vos coordonnées pour vous faxer un devis préalable à une demande de souscription et valable 72 heures MAXI)

Nom :	Tél :	Fax :	Mail :
-------	-------	-------	--------

NOUS VOUS REMERCIONS DE NE PAS NOUS INTERROGER SANS AVOIR UN DOSSIER COMPLET

Nouvelle Société Lassureur – Passage Marcilly – 71100 CHALON SUR SAONE

Tél +33 (0)950 220 2 - E-mail manager@lassureur.com - Internet www.lassureur.com

Garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle QBE conformes aux articles L 530-1 et L 530-2 du Code des Assurances
SARL au capital de 1 000 € SIREN 514 355 122 00011 - ORIAS sous le N° 09 051 556 (www.orias.fr)

MANDAT EXCLUSIF DE PLACEMENT ET DE GESTION

(ne concerne que les fournisseurs et/ou Assureurs sous saisine par nos soins)

(A faire remplir, signer et tamponner par le client)

Monsieur,

Je soussigné, _____

Représentant _____

Domicilié à _____

vous informe avoir choisi comme mandataire, à l'exclusion de tout autre intermédiaire, le cabinet en référence ;
Le présent ordre annule et remplace tous ordres qui auraient pu être donnés antérieurement et ce pour saisine ferme de 12 mois.

Nom de l'affaire et adresse :

Mandate, à l' exclusion de tout autre Courtier, le cabinet LASSUREUR – 5 Passage Marcilly –71100 CHALON SUR SAONE

Agissant pour procéder à l'étude et la gestion des polices d'assurance auprès de ses fournisseurs :

Pour le placement et la gestion

- D'un risque situé a :

- Pour un contrat :

Pour le bon ordre, notre assureur conseil, le cabinet LASSUREUR ORIAS 09051556

Sera votre seul interlocuteur direct concernant ces contrats d'assurance.

Le présent mandat annule et remplace tout autre précédemment signé ou pouvant être signé.

Bon pour ordre ferme et inaliénable.

Fait à _____ le _____

Signature DU CLIENT :

Précédée des mots : Lu et approuvé

ATTENTION CE DOCUMENT DOIT ETRE SIGNE DU CLIENT UNIQUEMENT EN APPLICATION DE L'ARTICLE A 212-1 du code des assurances ET DES SANCTIONS APPLICABLES (L 113-8 et L 113-9 du CA)

