

# QUESTIONNAIRE PREALABLE A TOUTE DEMANDE D'ETUDE D'UN CONTRAT DE RESPONSABILITE CIVILE DES PRESTATAIRES DE SERVICES



DECISIUM  
CONSEIL | CREDIT | ASSURANCE

Conseiller : .....

## INFORMATIONS RELATIVES A L'ENTREPRISE

Votre statut :  Entreprise  Artisan ou commerçant  Association  Profession libérale

Dénomination sociale : ..... Forme juridique : .....

N° SIREN / SIRET : .....

Activité : .....

Métier : .....

Email de l'entreprise : .....

Date de création : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Nom de la personne de contact : ..... Prénom : .....

Fonction : .....

Tél. : ..... Email : .....

Effectif de l'entreprise: .....

Montant des salaires ( en moyenne): .....

Description détaillée des activités	
Activité 1 :	Part du CA correspondant : %
.....	
Activité 2 :	Part du CA correspondant : %
.....	
Activité 3 :	Part du CA correspondant : %
.....	

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES A L'ENTREPRISE

Chiffre d'affaires annuel :

	Année précédente	Année en cours	Prévision année à venir
France			
Dans les pays de l'Union Européenne, la Suisse, Andorre et Monaco			
Dans d'autres pays (précisez lesquels) : ..... .....			

### FAUTE INEXCUSABLE DE L'EMPLOYEUR :

La mise à jour du document unique d'évaluation des risques professionnels pour la sécurité et la santé est-elle conforme aux dispositions de l'article R4121-2 du Code du travail ?  Oui  Non

### PRESTATIONS REALISEES :

Certaines prestations relèvent-elles d'une profession réglementée ?  Oui  Non

Si Oui, nature des prestations : .....  
% du CA: .....

Des documents ou biens appartenant à des tiers sont-ils confiés à l'entreprise ?  Oui  Non

Si Oui, lesquels : .....  
Valeur .....

Le proposant est-il amené à intervenir chez des tiers ?  Oui  Non

Si Oui, nature des prestations : .....  
% du CA: .....

Le proposant réalise-t-il la mise en œuvre pour le compte du client des solutions qu'il propose ?  Oui  Non

Si Oui, nature des prestations : .....  
% du CA: .....

### CLIENTS DE L'ENTREPRISE :

Particuliers  Professionnels

Les clients exercent-ils leurs activités dans un des domaines suivants ?

<input type="checkbox"/> Aeronautique	Si Oui, nature des prestations :
<input type="checkbox"/> Spatial	Si Oui, nature des prestations :
<input type="checkbox"/> Atomique – nucléaire	Si Oui, nature des prestations :
<input type="checkbox"/> Automobile	Si Oui, nature des prestations :
<input type="checkbox"/> Environnement	Si Oui, nature des prestations :
<input type="checkbox"/> Médical	Si Oui, nature des prestations :

Si des prestations sont destinées à des clients étrangers, précisez :

Les secteurs d'activité : .....

La nature des prestations : .....  
.....

### SOUS-TRAITANCE:

L'entreprise fait-elle appel à des sous-traitants?  Oui  Non

Si Oui, nature des prestations sous-traitées : .....  
% du CA: .....

Joindre un exemplaire des contrats que le proposant élabore ou qui émanent de ses clients (cahier des charges, contrat type...)

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES A L'ENTREPRISE-SUITE

Le proposant dispose-t-il d'un contrat type ?

- Oui pour toutes les prestations  
 Oui pour une partie des prestations

Nature des prestations : .....  
% du CA : .....

- Non pour toutes les prestations

Les contrats passés avec certains clients comportent-ils à titre habituel des clauses entraînant une aggravation de responsabilité (clause pénale, transfert de responsabilité) ?  Oui  Non

Si Oui, nature des prestations : .....  
(Joindre les contrats concernés)

L'entreprise vérifie-t-elle que ses sous-traitants sont bien assurés ?  Oui  Non

## CHOIX DE VOS GARANTIES

Etes-vous actuellement assuré ?  Oui  Non

Si Oui, merci de préciser :

Le nom de l'assureur actuel : .....

Le numéro de contrat : .....

La date d'effet du contrat : .....

Avez-vous fait l'objet d'un refus d'assurance ou d'une résiliation ?  Oui  Non

Si Oui, merci de préciser le motif : .....

Votre responsabilité civile a-t-elle été mise en cause au cours des 10 dernières années ?  Oui  Non

Si Oui, précisez les dates, causes, circonstances, montants réclamés et conséquences financières de ces mises en cause :

Date	Circonstance	Nature: (C-M-I)	Position actuelle du dossier: (EC, SS, CP)	Montants	
				Evaluation	Règlement à ce jour

\*C= Corporels, M= Matériel, I= Immatériel.

\*\* EC= En cours, SS= Sans suite, CP= Clos avec paiement.

En complément du contrat d'assurance Responsabilité Civile de votre entreprise, pensez à votre responsabilité personnelle encourue quotidiennement dans l'exercice de vos fonctions de Dirigeant.

Pour bénéficier d'une couverture dédiée, précisez les points suivants :

Les filiales et les entités extérieures de votre entreprise sont exclusivement implantées en France ou dans des pays de l'Espace Economique Européen:  Oui  Non

Votre entreprise, ses filiales et ses entités extérieures ne sont cotées sur aucun marché boursier réglementé, ni en France, ni à l'étranger:  Oui  Non

Les situations financières de votre entreprise et de chacune de ses filiales sont positives (Résultat d'exploitation, résultat net et capitaux propres positifs) sur les deux derniers exercices):  Oui  Non

Votre entreprise et ses filiales n'ont pas connaissance, après vérifications, de faits circonstances et/ou fautes susceptibles de donner lieu à une réclamation à l'encontre de leur dirigeants et/ou de ceux des entités extérieures:  Oui  Non

Si vous avez répondu « Non » à au moins une des questions ci-dessus, nous vous remercions de bien vouloir nous communiquer les derniers comptes consolidés (ou à défaut, les derniers comptes sociaux) de votre entreprise et de chacune de ses filiales.

Le montant de garantie conseillé est de 10 % du CA.

Si vous souhaitez une étude pour un montant différent, merci de préciser ce montant : .....

## VOS ANTÉCÉDENTS

Contrat en cours ?  Oui  Non

Ancienne compagnie d'assurance : .....

No. de contrat : .....

Résiliation Compagnie:  Oui  Non Motif de résiliation : .....

Bonus / Malus : ..... Date du dernier Bonus / Malus : .....

Durée d'interruption d'assurance sur les 25 derniers mois : .....

## DATE DE PRISE D'EFFET DU CONTRAT

Date d'effet souhaitée : ...../...../.....

Fractionnement souhaité :  MENSUEL  TRIMESTRIEL  SEMESTRIEL  ANNUEL

Fait à : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature :

### PIECES A FOURNIR :

- Extrait K-bis de moins de 3 mois
- Pièce d'identité du signataire en cours de validité
- Statistiques sinistres sur les 5 dernières années
- Tout document de présentation de l'entreprise : plaquettes, brochures...

*Toute réticence, fausse déclaration, omission ou déclaration inexacte faite par le proposant pour le risque ainsi décrit, l'expose aux sanctions prévues, selon les cas aux articles L113.8 ou L113.9 du Code des Assurances.*

🏠 22 avenue Kléber, 75116 Paris 🏠 56 avenue Jean Jaurès, 75019 Paris 🏠 18 place de France, 95600 Sarcelles  
☎ Tél : 01.84.25.04.84 ✉ contact@groupe-decisium.fr 🌐 www.groupe-decisium.fr

SARL PRO-ASSURANCE SANTE PATRIMOINE, sous contrat de licence de Marque DECISIUM · Capital de 5 000, RCS PARIS 538 045 220 - inscrit à l'ORIAS N° 12066460  
Catégories Courtier d'assurance (COA) - Courtier en opérations de banque et en services de paiement (COBSP) - Mandataire d'intermédiaire en opérations de banque et en services de paiement (MIOBSP)