

QUESTIONNAIRE PREALABLE A TOUTE DEMANDE D'ETUDE D'UN CONTRAT DE RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE



DECISIUM
CONSEIL | CREDIT | ASSURANCE

Conseiller :

INFORMATIONS RELATIVES A L'ENTREPRISE

Votre statut : Entreprise Artisan ou commerçant Association Profession libérale Auto-entrepreneur

Dénomination sociale : Forme juridique :

N° SIREN / SIRET :

Activité (joindre une plaquette commerciale) :

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):.....

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES A L'ENTREPRISE

RÉPARTITION DU CHIFFRE D'AFFAIRE PAR CATÉGORIES DE MISSIONS.

	Mission	Part du chiffre d'affaire
Mission 1		
Mission 2		
Mission 3		

RELATION CONTRACTUELLES.

Fait-il appel à des sous-traitants? Oui Non

Pour quel type de travaux?

Pour quelles prestations est-il soumis aux clients un cahier des charges ou une convention type (si possible joindre un spécimen)?
.....
.....

Le proposant accepte-t-il des clauses d'abandon de recours? Oui Non

Si oui, précisez lesquelles:

CHOIX DE VOS GARANTIES

Le proposant est-il titulaire de contrats? Oui Non

Si oui, pour quelles catégories de risque

A quelles sociétés d'assurances est-il ou a-t-il été assuré pour le risque proposé ?

Pour quel motif et à quelle date cette assurance doit-elle prendre ou a-t-elle pris fin ?

Des dommages ayant entraîné ou non des réclamations sont-ils survenus au cours des 5 dernières années? Oui Non

Le proposant a-t-il connaissance de faits ou événements susceptibles d'entraîner des réclamations? Oui Non

Si oui, en indiquer leurs dates, circonstances, nature et 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 :

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)