

ASSURANCES PROFESSIONNELLES
QUESTIONNAIRE PRÉALABLE D'ASSURANCE
Portage Salarial pour les Métiers du Conseil

Courtier : ESPACE CONSEIL
Le California - Hall B - Voie L'Occitane - BP.642
31319 - LABEGE INNOPOLE Cedex
Tél : 05.61.39.21.90 - Fax : 05.61.39.21.39
Mail : contact@espace-conseil.com

IDENTIFICATION DU PROPOSANT

Raison Sociale :

Adresse de correspondance :

Adresse de la société (si différente de l'adresse de correspondance) :

Site web :

Code APE : Code SIREN :

Forme juridique :

Noms et adresses des filiales à assurer :

Date de création ou début de l'activité :

Description PRÉCISE de vos activités :

Etes-vous affilié à un organisme professionnel ? OUI NON

Si oui, lequel :

FONCTIONNEMENT DE LA SOCIETE ASSUREE

Nombre de salariés :

DERNIER EXERCICE

EXERCICE EN COURS

EXERCICE À VENIR

Principaux responsables : (joindre un curriculum vitae)

NOM / PRENOM

AGE

ATTRIBUTIONS

FORMATION / EXPERIENCE

CONCERNANT VOTRE ACTIVITE

Quel est le nombre de portées ?

Quel est le taux de commission moyen ?

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 A 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	MONTANT	CHIFFRE D'AFFAIRES
.....
.....
.....
.....
.....

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 ou co-contractants ? OUI NON

Si oui, quels sont vos critères de sélection ?

.....

.....

Quel pourcentage de votre activité est sous-traitée ?

Quelle partie de votre activité est sous-traitée ?

Tous les recours sont-ils maintenus contre eux et leurs assureurs ? OUI NON

Est-il effectué des contrôles sur leurs travaux ? OUI NON

Vérifiez-vous que les sous-traitants / co-contractants
sont couverts par un contrat d'assurances

R.C. Exploitation et Professionnelle ? OUI NON

DOMAINES D'INTERVENTION

Répartition de votre chiffre d'affaires selon la nature des interventions et domaines d'activité : le chiffre d'affaires que vous déclarez doit inclure les honoraires que vous avez facturés. **Les garanties de notre contrat concerneront uniquement les activités que vous mentionnerez ci-dessous.**

Les activités de conseil financier, fusion / acquisitions, investissements, recherches en financement, les activités entrant dans le cadre d'une profession réglementée et soumise à obligation légale d'assurance demeurent exclues des garanties du contrat.

Pour toutes demandes de garantie concernant ces activités, nous vous invitons à vous rapprocher de votre assureur-conseil.

TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION

Services informatique et télécoms	.....	% du C.A
Conseils informatique et télécoms	.....	% du C.A
Ingénierie informatique et télécoms	.....	% du C.A
Installation de hardware et software	.....	% du C.A
Maintenance de hardware et software	.....	% du C.A
Développement d'applications spécifiques	.....	% du C.A
Création de sites internet	.....	% du C.A
Hébergement de sites internet, bases de données	.....	% du C.A
Mise à disposition de personnel en régie	.....	% du C.A
Mise à disposition de personnel en forfait	.....	% du C.A
Formation	.....	% du C.A
Autres conseils ou services :		
.....	.....	% du C.A
.....	.....	% du C.A

MARKETING ET COMMUNICATION

Agences de Pub	.....	% du C.A
Conseil en communication	.....	% du C.A
Relations publiques	.....	% du C.A
Télémarketing	.....	% du C.A
Marketing direct	.....	% du C.A
Promotion de ventes	.....	% du C.A
Identité visuelle	.....	% du C.A
Graphisme	.....	% du C.A
Etudes de marché	.....	% du C.A
Autres conseils ou services :		
.....	.....	% du C.A
.....	.....	% du C.A

BUSINESS ET MANAGEMENT

Conseil en organisation	.....	% du C.A
Conseil en stratégie	.....	% du C.A
Conseil en gestion de projets	.....	% du C.A
Formation	.....	% du C.A
Conseil en Ressources humaines	.....	% du C.A
Cabinets de recrutement	.....	% du C.A
Conseil en qualité	.....	% du C.A
Sécurité / incendie	.....	% du C.A
Coaching	.....	% du C.A
Traducteurs	.....	% du C.A
Autres conseils ou services :		
.....	.....	% du C.A
.....	.....	% du C.A

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Les garanties s'appliquent uniquement dans le cadre de conseil ou service et en aucun cas dans le cadre de produits fournis.

La répartition ci-avant reflète-t-elle :

Votre activité professionnelle de ces dernières années ? OUI NON

L'estimation de votre chiffre d'affaires pour l'année à venir ? OUI NON

Si non, quelles en sont les raisons ?

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

ANTECEDENTS 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 :

SITUATION D'ASSURANCE

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° Police :

Montant de la garantie :

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 ?

Fractionnement ? Semestriel Annuel

Echéance souhaitée ?

DECLARATION ET SIGNATURE

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