



QUESTIONNAIRE

Responsabilité Civile

RC EXPLOITATION - RC APRÈS LIVRAISON

MS Amlin

COURTIER

Nom du Cabinet :

Code MS Amlin :

Nom de l'interlocuteur :

E-mail :

Téléphone :

N° ORIAS :

Êtes-vous tenant de cette affaire ? Oui Non

Si OUI, depuis combien de temps ?

Affaire nouvelle Remplacement du contrat N° :

Date d'effet souhaitée au :

Date d'échéance souhaitée au :

Fractionnement : Annuel Semestriel

Quelles sont les raisons qui vous ont conduits à nous présenter cette affaire ?

Prospect à étudier : Oui Non

Police résiliée : Oui Non

Si OUI, pourquoi ?

A quelle date :

Date

Cachet du courtier

INFORMATIONS GÉNÉRALES

En remplissant et en signant ce document, vous (le Proposant) n'êtes pas tenu de contracter l'assurance, mais si un contrat d'assurance est établi, les renseignements indiqués dans le présent questionnaire serviront de base à son établissement et seront considérés comme en faisant partie intégrante. Les informations fournies permettent d'exprimer vos exigences, vos besoins et les circonstances qui sont de nature à faire apprécier à l'assureur les risques qu'il prend en charge au titre du questionnaire prévu à l'article L113-2 alinéa 2° du code des assurances. Ces déclarations serviront de base à l'émission d'un éventuel contrat et en feront partie intégrante.

L'absence de réponse à une question équivaut à une réponse négative. Toutefois, si la question ne concerne pas le risque pour lequel une assurance est recherchée merci d'indiquer N/A (non applicable) en face de cette même question.

Avis relatif à la protection des données

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement automatisé des données destiné à adresser une proposition de souscription d'un contrat d'assurance au proposant par l'intermédiaire de son courtier. Pour l'exercice des droits inhérents à l'application du Règlement relatif à la Protection des Données, le Délégué à la Protection des Données de MS Amlin (Data Protection Officer) peut être contacté par email à dataprotectionofficer@msamlin.com ou par courrier à l'adresse suivante : Délégué à la Protection des Données (The Data Protection Officer) MS Amlin Corporate Services - The Leadenhall Building - 122 Leadenhall Street - Londres EC3V 4AG - Royaume-Uni. Pour plus de détails, consulter notre notice d'informations RGDP sur www.msamlin.com/en/site-services/data-privacy-notice/avis-dela-protection-des-donnees-des-clients.html.

PROPOSANT

Raison sociale (Personne morale) :

Enseigne (nom commercial) :

Forme juridique :

Date de création*

Maison mère / Groupe :

Adresse :

Nom du contact :

E-mail :

Code Postal

Localité :

Téléphone :

Site Web :

N° Siret :

Code APE/NAF :

*Personne morale « Jeunes Entreprises / Start-up » (entreprise de moins de 3 ans ou en cours de création) : **joindre les documents listés en page 8.**

ASSURÉS ADDITIONNELS

Liste des assurés additionnels (établissements ou filiales) à assurer au titre de la présente garantie :

Si besoin merci de compléter sur une feuille distincte.

Nom :

Activité :

Adresse :

Code Postal

Localité :

N° Siret :

Nom :

Activité :

Adresse :

Code Postal

Localité :

N° Siret :

Nom :

Activité :

Adresse :

Code Postal

Localité :

N° Siret :

Description des activités

Envisagez-vous un changement important dans vos activités dans les 12 mois à venir : Oui Non

Dans l'affirmative, donner toutes précisions :

Au cours des 5 dernières années, avez-vous cessé certaines activités : Oui Non

Dans l'affirmative, donner toutes précisions :

Chiffre d'affaires Hors Taxes réalisé par vous au cours des exercices précédents et prévu pour l'exercice en cours (n) :

EXERCICE	CHIFFRE D'AFFAIRES TOTAL	CA FRANCE	CA EUROPE	CA USA/CANADA	CA RESTE DU MONDE
N					
N-1					
Prévisionnel N+1					

En cas d'export direct aux USA/Canada, merci de compléter le tableau page 6.

Typologie de votre clientèle et répartition en % de votre activité

- Grandes Entreprises et Administrations : %
- PME/PMI : %
- TPE, Artisans et Commerçants : %
- Particuliers : %

Produits spécifiques

Effectuez-vous (ou vos sous-traitants) les travaux suivants ? **Proposant Sous-traitant**

- Conception
- Fabrication, transformation
- Rédaction (et/ou traduction) des notices d'utilisation
- Emballage, stockage, manutention
- Installation, pose, montage
- Réparation, entretien
- Maintenance, SAV

Indiquer le % de votre chiffre d'affaires que représente la sous-traitance : %

Précision sur les produits vendus

Les produits sont-ils :

- Fabriqués en série Oui Non
- Fabriqués selon un cahier des charges fourni par les clients Oui Non
- Finis Oui Non
- Semi-finis(*) Oui Non

(*) *Devant être reconditionnés ou incorporés ultérieurement dans un produit final.*

Noms et pays d'origine des principaux fournisseurs ou sous-traitants ou bureaux d'étude extérieurs auxquels vous avez recours :

Avez-vous une activité portant sur des biens confiés ? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquer :

• La nature des biens sur lesquels vous intervenez :

• La valeur de ces biens :

Valeur moyenne :

Valeur maximum :

• La nature de vos prestations (SAV/maintenance/transformation...) :

Intervenez-vous chez des clients ou chez des tiers ? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquer le % de votre chiffre d'affaires que représente cette activité : %

Réalisez-vous sur des chantiers extérieurs des travaux par points chauds (ou à la flamme), avec emploi de lampes à souder, chalumeaux, arcs électriques... ? Oui Non

Utilisez-vous des sources de rayonnements ionisants pour les besoins de l'entreprise ? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquer la nature et l'usage des sources, leur classement CIREA ainsi que l'exploitation concernée :

SYSTÈMES QUALITÉ ET GESTION CONTRACTUELLE

Contrôle des produits

Procédez-vous au contrôle de ces produits ? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquer :

• À quel stade :

• La cadence et les modalités de contrôle :

• Par qui le contrôle est-il effectué :

Procédez-vous également au contrôle de :

• Vos fournisseurs Oui Non

• Vos sous-traitants Oui Non

Qualification / Certification / Assurance qualité

Qualification(s) dont vous êtes titulaire :

Faites-vous appel à un organisme tiers pour la certification de ces produits ? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquer le nom de l'organisme :

Avez-vous mis en place un système d'assurance qualité ayant fait l'objet d'une certification par un organisme tiers ? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer :

• Le niveau de certification :

Version :

• Le nom de l'organisme :

Avez-vous fait l'objet d'un retrait ou d'une suspension de votre qualification / certification / agrément / autorisation ? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez les circonstances :

Êtes-vous affilié à une chambre syndicale ou à toute autre organisation professionnelle ? Oui Non

Dans l'affirmative, laquelle (ou lesquelles) ?

Plan de retrait

Avez-vous élaboré un plan de retrait ? Oui Non

Ce plan est-il validé par un organisme extérieur ? Oui Non

Est-il testé ? Oui Non

Au cours des 5 dernières années, avez-vous procédé à une opération de retrait d'un produit ? Oui Non

Dans l'affirmative, merci d'en indiquer les modalités et le coût :

Votre politique contractuelle

Les contrats que vous passez comportent-ils systématiquement des clauses de :

- Renonciation à recours à l'encontre de vos fournisseurs Oui Non
- Renonciation à recours à l'encontre de vos sous-traitants Oui Non
- Renonciation à recours à votre encontre Oui Non
- Limitation de responsabilité Oui Non
- Force majeure Oui Non

Êtes-vous engagé sur des obligations de :

- Résultat Oui Non
- Délais Oui Non
- Performance / rendement Oui Non

Dans l'affirmative merci de joindre une copie de ces clauses.

Disposez-vous des conditions générales de ventes / de prestations, des contrats types ? Oui Non

Exigez-vous de vos fournisseurs et sous-traitants une attestation d'assurance ? Oui Non

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Votre personnel (garantie faute inexcusable)

POUR LE DERNIER EXERCICE (N-1)	NOMBRES			SALAIRES BRUTS		
	PERMANENT	TEMPORAIRE	INTÉRIMAIRE*	PERMANENT	TEMPORAIRE	INTÉRIMAIRE*
Personnel de direction, administratif et commercial						
Autre personnel (de production/ouvriers, manutentionnaires, chauffeurs, caristes...)						

*Sommes versées à des entreprises de travail temporaire

Document unique :

Le Proposant a-t-il établi le rapport* prévu par le décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 qui oblige les employeurs à transcrire et à mettre à jour dans un « **document unique** » les résultats de l'évaluation des risques professionnels identifiés au niveau de l'établissement (ou de chaque unité de travail si l'entreprise a fait le choix d'établir ce document à ce niveau) ? Oui Non

Dans la négative, nous indiquer à quelle date l'entreprise prévoit d'en finaliser la rédaction :

* ou les rapports si multiplicité d'établissements, ou si l'entreprise a fait le choix d'établir le document au niveau de chaque unité de travail.

L'Assurance est-elle recherchée également pour le compte de votre Comité d'entreprise ? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquer le budget du Comité d'Entreprise :

Atteintes à l'environnement (Garantie Pollution Accidentelle)

Est-ce que vous exploitez des Installations Classées pour la Protection de l'Environnement au sens de la Loi N° 76-663 du 19 juillet 1976 ?

Oui Non

Dans l'affirmative, précisez si elles sont soumises au régime de :

- | | | |
|----------------------|-----|-----|
| • La déclaration | Oui | Non |
| • L'enregistrement | Oui | Non |
| • L'autorisation | Oui | Non |
| • Seveso Seuil Bas* | Oui | Non |
| • Seveso Seuil Haut* | Oui | Non |

(* La Directive 96/82/CE du Conseil du 9 décembre 1996 concernant la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses, dite « Seveso II », concernant les risques d'accidents majeurs de certaines activités industrielles.

Le Proposant est-il certifié ISO 14001 ?

Oui Non

Date de la certification :

EXPORTATION AUX USA / CANADA

Nature des produits exportés

Descriptif des produits exportés :

Les produits sont-ils soumis à une autorisation ou à un agrément préalable à leur commercialisation ?

Oui Non

Dans l'affirmative, merci de préciser de :

- Quel(s) type(s) ?
- Quelle(s) autorité(s) ?

Commercialisation des produits

Les produits sont-ils vendus :

- | | | |
|---|-----|-----|
| • Directement par le Proposant | Oui | Non |
| • Par l'intermédiaire d'une filiale ou une succursale | Oui | Non |
| • Par l'intermédiaire d'un distributeur local | Oui | Non |
| • Autre cas, merci de préciser : | | |

Concernant les brochures commerciales, notes techniques et notices d'utilisation :

- | | | |
|-------------------------|-----|-----|
| • Qui les rédige ? | | |
| • Qui les traduit ? | | |
| • Sont-elles validées ? | Oui | Non |

Dans l'affirmative, par qui sont-elles validées ?

- | | | |
|----------------------------------|-----|-----|
| • En interne | Oui | Non |
| • Avocat spécialisé | Oui | Non |
| • Par le distributeur local | Oui | Non |
| • Autre cas, merci de préciser : | | |

Vendor's

Êtes-vous engagé par contrat à garantir la responsabilité du distributeur ?

Oui Non

Dans l'affirmative, merci de nous adresser une copie de ces clauses.

Assurances

Êtes-vous actuellement assuré en Responsabilité Civile :

- | | | |
|---|-----|-----|
| • RC exploitation | Oui | Non |
| • RC après-livraison / après-installation | Oui | Non |

Indiquer le montant de votre garantie RC Après Livraison actuelle (si possible joindre le tableau des montants actuels de garantie avec les franchises) :

Au cours des 24 derniers mois, avez-vous fait l'objet d'une résiliation d'un contrat d'assurance Responsabilité Civile par son assureur ?

- | | | |
|------------------------------|-----|-----|
| • Après sinistre | Oui | Non |
| • Pour non-paiement de prime | Oui | Non |

Sinistres

Au cours des 5 dernières années, avez-vous fait l'objet de réclamations (y compris une recherche en faute inexcusable pour accident du travail ou maladie professionnelle) formulées par un tiers qui auraient été de nature à faire jouer la ou les garanties recherchées ?

Oui Non

Dans l'affirmative, indiquer au besoin sur une feuille séparée les circonstances, le montant de la réclamation et le montant des indemnités versées (y compris la franchise prévue au contrat d'assurance applicable) :

Pour l'année en cours et l'année précédente, y a-t-il eu dans l'entreprise survenance d'un accident du travail, ou d'une maladie professionnelle ?

Oui Non

Dans l'affirmative, indiquer au besoin sur une feuille séparée les circonstances, le montant de la réclamation et le montant des indemnités versées (y compris la franchise prévue au contrat d'assurance applicable) :

Quelles mesures avez-vous pris pour éviter le renouvellement de ces mises en cause et événements précités ?

En remplissant et signant ce document, vous n'êtes pas tenu de contracter l'assurance (Art. L.112-2 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(e), 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, sont sincères, exactes et véritables. Je déclare être informé(e) que « toute réticence, omission, déclaration inexacte ou intentionnellement fausse, est soumise, selon le cas, aux sanctions prévues aux articles L 113.8 et L 113.9 du Code des Assurances » susceptibles d'être appliquées par l'Assureur dans l'appréciation du risque.

Fait à

Le

Nom

Fonction

Cachet commercial et signature du Proposant

DOCUMENTS À FOURNIR

- Une brochure de l'entreprise
- La fiche technique des produits vendus
- Un exemplaire de vos conditions générales types de vente / prestations ou d'un contrat type
- Pour les établissements soumis à autorisation ou Seveso selon la réglementation ICPE, merci de nous communiquer, par site d'exploitation, une copie de l'arrêté préfectoral et de l'étude d'impact.
- Pour les sociétés de moins de 3 ans : joindre un extrait KBIS, le CV des dirigeants, le Business Plan.

TOUTES INFORMATIONS DÉTAILLÉES QUI N'AURAIENT PU TROUVER PLACE DANS LES ESPACES LAISSÉS LIBRES SONT À FOURNIR EN ANNEXE AU PRÉSENT QUESTIONNAIRE.

DISPOSITIONS DIVERSES

Code des Assurances

SANCTIONS APPLICABLES :

Article L.113-8

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'Article L. 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre.

Les primes payées demeurent alors acquises à l'Assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

Article L.113-9

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'Assurance.

Si elle est constatée avant tout sinistre, l'Assureur a le droit, soit de maintenir le contrat moyennant une augmentation de prime acceptée par l'Assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'Assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de prime payée pour le temps où l'Assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.