

Cadre réservé à SFS
Origine de la demande :
.....
Gestionnaire :

Coordonnées du courtier
Nom :
Adresse :
CP :Ville :
N° tel :
E-mail :
N°ORIAS :



QUESTIONNAIRE ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE ET DECENNALE DES ARCHITECTES, MAITRES D'ŒUVRE, BET ET INGENIEURS CONSEILS.

1 – INFORMATIONS GENERALES

Nombre d'ouvriers en CDI : (Gérant compris)

Quel est le montant de votre plus gros marché :

☐ 50 000€*
 ☐ 150 000€**
 ☐ 500 000 €
 ☐ 1 000 000 € (Alpha)

* Garantie spécifique valable exclusivement pour les auto-entrepreneurs (Elite)

** Garantie spécifique, applicable seulement aux BET VRD Assainissement et BET Bois, valable pour tout chantier dont le coût global de construction n'excède pas 200 000€ et pour toute entreprise réalisant un CA ≤ 500 000€ (Elite)

Veuillez préciser le Chiffre d'affaires (*attention le chiffre d'affaires ne peut être inférieur à 30 000€*) :

Chiffre d'affaires	Exercice passé	Exercice en cours (CA prévisionnel pour les entreprises en création)	Estimation pour le prochain exercice
France			

Votre profession (en pourcentage du chiffre d'affaires, le total doit faire 100%)

Architecte ou agréé	%	Maître d'œuvre TCE	%	Paysagiste décorateur	%	Géotechnicien	%
Bureau d'étude ou Ingénieur Conseil	%	Economiste de la construction	%	Architecte d'intérieur	%	BET Construction bois	%
Expert diagnostic	%	OPC TCE	%	Contrôleur technique	%	BET Assainissement / VRD	%
Assistant Maître d'œuvre	%	Assistant maître d'ouvrage	%	Topographe/Mètreur	%	SPS	%

Spécialités :

Décrivez toutes vos spécialités :

2 – TYPES D'OUVRAGES

Type	Public	Privé
- Bâtiment à usage de bureaux	%	%
- Bâtiment à usage commercial	%	%
- Immeuble d'habitation	%	%
- Hôpitaux	%	%
- Maisons individuelles traditionnelles	%	%
- Maisons en bois ou ossature bois	%	%
- Ouvrages d'Art	%	%
- Ouvrages industriels	%	%
- Ouvrages agricoles	%	%
- Ouvrages de techniques non courantes	%	%
- Autres (précisez) :	%	%
TOTAL	%	%
Attention, l'ensemble des activités doit faire 100 %		

3 – COORDONNEES

Nom ou raison sociale :

Entreprise en cours de création : ☐ oui ☐ non Date de création : / /

Nationalité : Forme juridique :

Code NAF : N° SIRET :

Tél. : Portable :

Fax : Email :

Adresse de l'entreprise : N° Adresse :

Code postal : Ville :

Nom et prénom du gérant :

4 – DETAILS DU RISQUE

Date d'effet souhaitée : / / Date de clôture de l'exercice comptable : / /

Indiquez la composition de l'effectif de l'entreprise :

Effectif total (y compris personnel administratif) : Dont ingénieurs/architectes :

Note importante : Ce tableau est un élément essentiel de l'évaluation de votre dossier et du calcul de la prime. Le proposant devra apporter un soin tout particulier à l'élaboration de ce dernier.

- a) Merci de ventiler par mission le chiffre d'affaires de l'année dernière mentionné en page 1. S'il s'agit d'une création, merci de remplir avec un chiffre d'affaires prévisionnel.

Catégorie	Missions élémentaires, partielles ou complètes	Abréviations	Chiffre d'affaires
1	Mission permis de construire	ASQ+AVP+EXP	%
2	Mission conception	ESQ + AVP + PRO	%
3	Mission exécution	ACT + VISA + DET + AOR	%
	Mission standard ou complète	Conception + Execution	
			Total doit faire 100%

- b) Informations chantiers :

	Prévisionnel année prochaine (N+1)	Cette année (N)	L'année dernière (N-1)
Coût global du plus gros chantier			
Coût global d'un chantier moyen			
Nombre de chantiers réalisés			

Si le plus gros projet est supérieur à 1 000 000 €, le proposant indiquera son rôle précis dans ce projet, ainsi que le type de construction.

- c) Sous-traitance :

	Prévisionnel année prochaine (N+1)	Cette année (N)	L'année dernière (N-1)
Part du CA donnée en sous-traitance	%	%	%
Part du CA en tant que sous-traitant	%	%	%

En cas de missions données en sous-traitance, demandez-vous les attestations d'assurance Responsabilité Civile Professionnelle à vos sous-traitants ? : ☐ Oui ☐ Non

Quelles activités sous-traitez-vous ? ☐ Travaux de construction ☐ Prestations intellectuelles

5 – EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

Avez-vous une expérience professionnelle dans l'activité souhaitée ? : ☐ Oui ☐ Non

Nombre d'années ?

6 – SECURITE AU TRAVAIL

Au cours des 5 dernières années, y-a-t-il eu dans votre entreprise des accidents du travail ? : ☐ Oui ☐ Non

Date	Causes	Circonstances et suites éventuelles

7 – QUALIFICATIONS

Possédez-vous des qualifications professionnelles ? : ☐ Oui ☐ Non

	Oui	Non		Oui	Non
Qualibat ?			Qualipv Elec+Bat ?		
Qualifelec ?			PG/PMG ?		
Qualisol ?			Qualibois ?		
Qualipv Elec ?			Qualieau ?		
Qualipv Bat ?			Autre :		

8 –CHIFFRE D'AFFAIRES DETAILLE

1) Ventilation du chiffre d'affaires (en pourcentage) par secteur de clientèle (vos donneurs d'ordre) :

Secteur de clientèle	% du CA	} 100%
Particuliers	%	
Entreprises, personnes morales, administrations...	%	

2) Ventilation du chiffre d'affaires (en pourcentage) par nature de contrat :

Nature de contrat	% du CA	} 100%
Travaux confiés en sous-traitance :	%	
Travaux en tant que sous-traitant :	%	
Travaux réalisés en direct :	%	

3) Ventilation du chiffre d'affaires (en pourcentage) par nature de travaux :

Nature de travaux	% du CA	} 100%
Travaux neufs	%	
Réhabilitation	%	

9 – ANTECEDENTS

Veuillez compléter les questions ci-dessous **uniquement si votre société a été créée depuis plus d'un an et/ou déjà assurée.**

Etes-vous, ou avez-vous été dans une de ces situations ?

	Oui	Non	
Redressement judiciaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, date du redressement judiciaire : <input type="text" value="/"/>
Sans assurance depuis plus d'un an ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Résilié pour sinistre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Résilié pour non-paiement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Le souscripteur est-il assuré ? : ☐ Oui ☐ Non

Si oui :

Nom de la compagnie d'assurance :

Numéro de contrat :

Date d'effet du contrat :

Si non et au-delà de 1 mois sans assurance et/ou s'il y a un chantier en cours, expliquez les raisons de cette absence d'assurance :

Pour quel motif le contrat d'assurance doit-il prendre, ou a-t-il pris fin :

Date de résiliation :

Résiliation de votre initiative : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez :

Résiliation de la part de la société d'assurances :

Non-respect de la police (ex : non-paiement de la prime, fausse déclaration) : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez :

La Compagnie d'assurances se retire du secteur : ☐ Oui ☐ Non

Suite à un sinistre (ou déclaration d'un sinistre) : ☐ Oui ☐ Non

Autre :

Avez-vous été mis en cause ces 5 dernières années au titre des garanties similaires à celles de cette proposition ?

(Responsabilité Civile, Responsabilité Civile Décennale, Dommages en cours de travaux) : ☐ Oui ☐ Non

Dans le cas d'une réponse positive, merci de compléter le tableau ci-dessous :

Date	Nature	% de responsabilité	Montant estimé	Montant réglé	Clôturé oui/non

Pour chaque sinistre supérieur à 10 000 €, merci d'en indiquer les causes et circonstances dans une note annexe.

L'entreprise a-t-elle été mise en cause ces 10 dernières années ? : ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous eu connaissance de faits ou d'évènements susceptibles d'engager votre responsabilité ? : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, spécifiez :
.....

10 – PAIEMENT

Souhaitez-vous réaliser un paiement :

- ☐ Annuel (sans majoration, obligatoire pour les entreprises résiliées pour non-paiement et/ou en redressement judiciaire)
- ☐ Semestriel (majoration de 2% de la prime TTC avec un minimum de 200€)
- ☐ Trimestriel (majoration de 4% de la prime TTC avec un minimum de 400€)

11 – DOSSIER TECHNIQUE

PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT :

- ✓ Un relevé d'information si le proposant a déjà été assuré
- ✓ Le K-Bis
- ✓ Diplômes / Certificats de qualification ou autres

NOTE IMPORTANTE : TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITE PAR L'ASSUREUR

12 – DECLARATION

Le proposant certifie que les déclarations figurant sur le présent questionnaire d'étude sont conformes à la vérité et qu'elles doivent servir de base à l'établissement du contrat d'assurance qu'il désire souscrire.

NOUS ATTIRONS VOTRE ATTENTION SUR LE FAIT QUE CE QUESTIONNAIRE EST UN DOCUMENT CONTRACTUEL, ET QUE TOUTE OMISSION, TOUTE DECLARATION FAUSSE OU INEXACTE, POURRAIT ENTRAINER LA NULLITE DU CONTRAT OU EXPOSER LE PROPOSANT SIGNATAIRE A SUPPORTER LES SANCTIONS PREVUES AUX ARTICLES L 113-8 OU L 113-9 DU CODE DES ASSURANCES.

« J'accepte que Securities & Financial Solutions (SFS) me fournisse des offres d'assurance y compris par des entreprises établies dans des États membres de la CEE. »

Cachet de l'intermédiaire :

Votre conseiller SFS :

Fait à :

Le :

Signature du proposant

Faire précéder la signature de la mention manuscrite « lu et approuvé »

Les informations contenues dans ce document sont destinées aux propres fichiers de la Société et éventuellement à ceux d'organismes professionnels de l'assurance. Vous avez la possibilité de demander la communication des renseignements vous concernant contenus dans ce questionnaire et, le cas échéant, de les faire rectifier dans les conditions prévues par la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.



SECURITIES & FINANCIAL SOLUTIONS EUROPE

Siège social : Park Valley - Bât. G' - 40, rue de la Vallée L-2661 Luxembourg - Tél. : +352 24 69 42 - Fax : +352 24 69 42 42

SA au capital de 1.000.000 € - RCS Luxembourg n° B 128.505 - TVA intracommunautaire n° LU23123816

Société de courtage en assurances agréée par Arrêté du Ministère des Finances n° S 102/08 du 4 décembre 2008

Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière souscrites auprès de NAVIGATORS

www.sfs-groupe.com