



**VOUS ÊTES INVITÉ A RÉPONDRE A L'ENSEMBLE DES QUESTIONS AFIN QUE VOTRE DEMANDE PUISSE ÊTRE TRAITÉE.**

### COURTIER

Nom du Cabinet :

Nom et prénom du représentant :

E-mail :

Téléphone :

Adresse : N° :

Type de voie :

Nom de la voie :

Code postal :

Ville :

Code ORIAS :

### PROPOSANT (sera le Preneur d'Assurance si le contrat est souscrit)

Raison sociale :

Forme juridique :

Nom et prénom du représentant :

Siège social : N° :

Type de voie :

Nom de la voie :

Code postal :

Ville :

Code NAF :

Siren :

Téléphone :

Date de création de l'entreprise :

Date de clôture de l'exercice social :

Date d'immatriculation au registre du commerce :

Date d'immatriculation au registre des agents commerciaux :

Groupe d'appartenance :

Affiliation à un organisme, syndicat ou association professionnelle ?

OUI

NON

Si oui, lequel ?

Depuis quelle date ?

IDENTIFICATION DE VOS FILIALES (si celles-ci doivent être assurées par le futur contrat, joindre pour chacune d'entre elles, une note de présentation, répondant aux questions du présent formulaire de déclaration du risque)

### CARACTERISTIQUES DU FUTUR CONTRAT

Affaire Nouvelle

Remplacement

Date d'effet souhaitée :

Échéance annuelle :

Fractionnement :

Annuel

Semestriel

Entreprise régie par le code des assurances – SA au capital de 34 708 448,72 EUR  
 Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : 4 Place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris cedex 09  
 Siège social : 109/111, rue Victor Hugo – 92532 LEVALLOIS PERRET CEDEX – R.C.S. Nanterre 429 369 309



Etiez-vous assuré pour les risques dont vous demandez la couverture ? OUI  NON

Si NON, pourquoi ?

Etiez-vous titulaire d'un contrat de même nature ayant fait l'objet, de la part du précédent assureur, d'une résiliation au cours des 12 derniers mois :

Pour sinistre ? OUI  NON

Pour non paiement ? OUI  NON

**Options** : Détournement de fonds OUI  NON

## ACTIVITE

L'activité porte-t-elle exclusivement sur le recouvrement de créances ? OUI  NON

DOMAINES D'INTERVENTION	% DU CHIFFRE D'AFFAIRES
<input type="checkbox"/> Recouvrement amiable	%
<input type="checkbox"/> Recouvrement contentieux	%
<input type="checkbox"/> Renseignements commerciaux	%
<input type="checkbox"/> Gestion de créances avant échéance	%
<input type="checkbox"/> Formation	%
<input type="checkbox"/> Assistance/Conseil	%
<input type="checkbox"/> Autres (à préciser) :	%

% d'honoraires sur la créance : %

**Procédure de recouvrement amiable suivie :**

(Nous transmettre une copie du modèle de contrat de mandat utilisé).

Êtes-vous amenés à insérer ou à accepter dans vos contrats des clauses extensives (notamment obligation de résultat) ou limitatives de responsabilité, ou à accepter des clauses de renonciation à recours ?

OUI  NON

Si oui, préciser (joindre des exemples) :

**Montant du chiffre d'affaires et/ou des honoraires réalisés**

	FRANCE	UNION EUROPÉENNE	HORS UE ET HORS USA/CANADA	USA/CANADA
Exercice précédent	EUR	EUR	EUR	EUR
Exercice en cours	EUR	EUR	EUR	EUR
Prévisions pour le prochain exercice	EUR	EUR	EUR	EUR

## MOYENS HUMAINS

**Principaux responsables** : (Joindre un curriculum vitae)

NOM - PRÉNOM	AGE	ATTRIBUTIONS	FORMATION/EXPÉRIENCE

**Rémunération du personnel** (montant total des sommes figurant sur la déclaration annuelle des données sociales - DASS 1 - ) : EUR

**Pourcentage de personnel intérimaire ou en CDD** :

Sur quels type de poste interviennent-ils ?

Formation par l'entreprise de ces personnels ?

OUI  NON

**Nombre d'accidents du travail** :

**Nombre de maladies professionnelles** :

déclarés par l'entreprise sur les 3 dernières années.

**Taux de cotisation AT/MP** :

**L'entreprise a t'elle mis en place** :

un CHSCT ?

OUI  NON

un planning des décisions du CHSCT ?

OUI  NON

un document unique ?

OUI  NON

Si oui régulièrement mis à jour

OUI  NON

Si NON, à quelle occasion est-il mis à jour ?

**Déplacement des commerciaux en VTM** ?

OUI  NON

véhicules de l'entreprise ?

OUI  NON

prévention :

un plan des actions de prévention a-t-il été établi ?

OUI  NON

existe-t-il une procédure de suivi des actions ?

OUI  NON

## PRINCIPAUX CLIENTS

NOM DES CLIENTS	SECTEUR D'ACTIVITÉ

Nombre de clients :

Le proposant ou l'un de ses dirigeants a-t-il des intérêts financiers chez l'un de ses clients ?

OUI  NON

Si oui lesquels, précisez :

## ELEMENTS COMPLEMENTAIRES

Faites-vous appel à des sous-traitants ou co-traitants ?

OUI  NON

Si oui, précisez le nombre de sous-traitants indépendants :

Si oui, quels sont vos critères de sélection ?

Tous 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-traitants sont couverts par un contrat d'assurance de responsabilité civile ?

OUI  NON

Nous vous remercions du soin apporté à remplir ce formulaire, et à le compléter suivant vos propres besoins.

Les informations à caractère personnel recueillies par ALBINGIA sont indispensables à la gestion de votre demande. Ces informations ont également pour finalité la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution des contrats d'assurance souscrits.

L'ensemble des réponses aux questions sont obligatoires ; à défaut de réponse à l'une d'entre elles, votre demande pourrait ne pas être traitée.

Toute opération relative aux données à caractère personnel est soumise aux dispositions du règlement européen 2016/679 sur la protection des données à caractère personnel.

Nous vous informons que les données recueillies pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus aux entités composant la compagnie ALBINGIA en France ainsi que, si nécessaire, à ses intermédiaires et réassureurs, sous-traitants et prestataires, dans le respect de la législation sur la protection des données à caractère personnel, et dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées.

Par ailleurs, vous êtes informé qu'en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, ALBINGIA peut être amené à communiquer des informations à des autorités administratives ou judiciaires habilitées.

En application de la réglementation et en particulier du Règlement européen 2016/679, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de limitation des informations qui vous concernent, en justifiant de votre identité en écrivant à l'adresse suivante : ALBINGIA – Délégué à la protection des données (DPD) - 109/111 rue Victor Hugo, 92300 LEVALLOIS PERRET - par mail : [dpd@albingia.fr](mailto:dpd@albingia.fr)

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Les données vous concernant seront conservées pendant une durée de 3 (TROIS) ans à compter de la collecte ou du dernier contact en l'absence de conclusion d'un contrat.

En cas de contestation, vous disposez du droit de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés. En cas de décès, et en l'absence de directives de votre part, vous êtes informé que vos héritiers disposent d'un droit de s'opposer à la poursuite des traitements de vos données ou faire procéder à leur mise à jour.

**Vous certifiez exactes les déclarations de la présente proposition qui pourront constituer la base d'un contrat d'assurance et reconnaissez avoir pris connaissance du texte des articles L.113.8 et L.113.9 du Code des Assurances repris ci-après.**

**Vous vous engagez à nous déclarer tout élément susceptible de modifier notre appréciation du risque et qui surviendrait postérieurement à la remise de la présente proposition, notamment tout événement susceptible de mettre en jeu les garanties de l'éventuel contrat.**

Fait à

Le

**Faites précéder la signature de « Lu et Approuvé »  
et apposer le cachet du proposant**

#### Extraits du Code des Assurances

##### 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.

##### 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 de maintenir le contrat, moyennant soit 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 la prime payée pour le temps ou 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.

### PARTIE RÉSERVÉE A L'INTERMÉDIAIRE

Connaissez-vous personnellement le proposant ?

OUI  NON

Si oui, depuis combien de temps ?

Fait à

Le

SIGNATURE DU COURTIER, APORTEUR DE L'AFFAIRE