



**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 :

Siret :

Date d'enregistrement au registre du commerce :

Déclaration administrative préalable visée par l'inspection du travail ?

OUI

NON

Date de la signature :

Date de création de l'entreprise :

Date de clôture de l'exercice social :

Groupe d'appartenance ?

Affiliation à un organisme, syndicat ou Association, professionnel ?

OUI

NON

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

## SITUATION DU RISQUE

N° :                      Type de voie :                      Nom de la voie :  
Code postal :                      Ville :  
Bâtiment :                      Escalier :  
Niveau (RDC, sous-sol, entresol, 1<sup>er</sup>...) :                      Superficie des locaux :                      m<sup>2</sup>  
Valeur du contenu :                      EUR

## ANTECEDENTS DU RISQUE

### Le Proposant ou l'Assuré ou le Bénéficiaire :

A-t-il été, au cours des 3 dernières années, en liquidation  
ou en redressement judiciaire ?                      OUI                       NON

Si oui, quelle est à ce jour l'évolution de sa situation ? (rachat, plan de continuation...) :

A-t-il été assuré pour ce risque ?                      OUI                       NON

Si oui, par quelle compagnie ?

N° de police :

A-t-il déclaré des sinistres au cours des 3 dernières années ?                      OUI                       NON

Dans l'affirmative, nous en préciser la nature, le nombre, les circonstances, la date et l'importance :

Pour tout sinistre d'un montant supérieur à 1 525 €, donner les détails sur la nature et les circonstances du ou des sinistres par une note que vous joindrez au présent questionnaire.

Ces sinistres ont-ils entraîné la résiliation du contrat ?                      OUI                       NON

Si non, motif du changement d'assureur :

Des mesures ont-elles été prises pour éviter le renouvellement  
de sinistres de même nature ?                      OUI                       NON

Si oui, lesquelles :

Autres événements ou circonstances pouvant donner lieu dans l'avenir  
à la mise en jeu de l'éventuel contrat ?                      OUI                       NON

Si oui, fournir les détails :

**Assureur actuel :** Nom :  
N° de contrat :

Étiez-vous assuré pour les risques dont vous demandez la couverture ? OUI  NON   
Si NON, pourquoi ?

Étiez-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 de prime ? OUI  NON

## ACTIVITE

(si possible joindre une plaquette de présentation de la société)

- entreprise de travail temporaire : mise à la disposition d'entreprises utilisatrices de salariés conformément aux dispositions de l'article L.1251-2 du Code du travail,
- activité de placement : rapprochement des offres et demandes d'emploi,
- activité d'entreprise de travail à temps partagé : mise à disposition d'entreprises clientes de personnel qualifié, conseils en matière de gestion des compétences, formation.

## MOYENS HUMAINS

Méthodes de recrutement du personnel mis à disposition :

### Moyens humains du proposant

Principaux responsables : (Joindre un curriculum vitae)

NOM - PRÉNOM	ATTRIBUTIONS	FORMATION/EXPÉRIENCE

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

Formation par l'entreprise de ces personnels OUI  NON

**Accidents du travail / Maladies professionnelles : Personnel de l'entreprise/personnel mis à disposition** Nombre d'accidents du travail/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 en VTM :**

- 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

**CHIFFRE D'AFFAIRES :**

	FRANCE	EN DEHORS DE FRANCE
Exercice précédent	EUR	EUR
Exercice en cours	EUR	EUR
Prévisions pour le prochain exercice	EUR	EUR

**Ventilation du C.A. en % :**

- personnel administratif : %  personnel médical : %
- personnel technique : %  personnel bâtiment : %
- chauffeurs : %  autres : %

**CLIENTÈLE/SECTEURS D'ACTIVITÉ**

Principaux Clients

NOM DES CLIENTS	NATURE DE LA PRESTATION

Principaux secteurs d'activité des clients :

Existe t-il des cahiers des charges ou des conventions types ? OUI  NON   
Si oui, les joindre.

Êtes-vous amenés à insérer ou à accepter dans vos contrats des clauses extensives ou limitatives de responsabilité ? OUI  NON   
Si oui, préciser (joindre des exemples).

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

**Le proposant fait-il appel à des sous-traitants ?** OUI  NON   
Si oui, quels sont ses critères de sélection ?

Est-il effectué des contrôles sur le travail des sous-traitants ? OUI  NON   
Le proposant vérifie-t-il que les sous-traitants sont couverts par un contrat d'assurance RC Exploitation ? OUI  NON   
Des biens meubles ou immeubles appartenant à autrui, y compris les entreprises utilisatrices clientes, font-ils directement l'objet de la prestation contractuelle du proposant ? OUI  NON   
Si oui lesquels, précisez :

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 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.

**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