

QUESTIONNAIRE RESPONSABILITÉ CIVILE ENTREPRISES

Prestataires de Services

Demandeur d'assurance

Personne morale / Société :

Dénomination sociale :

Adresse du siège :

CP & Ville :

Pays :

Année de création de l'entreprise :

N° SIREN :

Code NAF :

Site internet :

La société proposante appartient-elle à un groupe ? Oui Non

Si oui, nom du groupe :

Assuré(s) additionnel(s) à déclarer : Oui Non

Si oui, nom et prénoms :

Adresse :

Questionnaire KYC à joindre au présent document (ou Formulaire de connaissance clientèle – LCB-FT)
Aucune proposition ne pourra être remise en l'absence du questionnaire KYC complété et signé.

Veillez fournir les informations suivantes sur les associés, et les cadres salariés :

Nom et prénoms	Formation	Expérience dans la fonction (nb d'années)

Personne physique / Entreprise individuelle :

Nom :

Prénoms :

Adresse du siège :

CP & Ville :

Pays :

Date de naissance :

Ville de naissance :

Pays de naissance :

Téléphone :

Interlocuteur :

Fonction :

Email :

N° SIREN :

Code APE :

Descriptif des activités à garantir

Veuillez cocher votre domaine d'activité parmi les propositions suivantes :

	Domaine d'activités	% CA
	Recherche et développement scientifique de type universitaire Activité précise :	
	Services à la personne loi Borloo (aide à domicile, accueil de jeunes enfants, ménage...) Activité précise :	
	Métiers du bien-être (coiffure, esthétique...) Activité précise :	
	Autres services à la personne Activité précise :	
	Autres activités non listées ci-dessus Activité précise :	

Description des activités (merci de détailler pour chacune de vos activités: le périmètre, les missions, les points particuliers) :

Effectif
Effectif total en France y compris intérimaires :

Procédez-vous systématiquement à la vérification des diplômes et attestations des précédents employeurs ? Oui Non

Y a-t-il eu des PV et mises en demeure de l'inspection du travail durant les 5 dernières années ? Oui Non

Si oui, précisez la date, l'objet de la mise en demeure et les suites données :

Chiffre d'Affaires/ Revenus

Veuillez préciser les honoraires perçus :

Missions	Exercices passés	Exercice en cours	Estimation pour le prochain exercice
En France			
Au Royaume-Uni			
Aux USA/Canada			
Pays autres que ci-dessus			
TOTAL			

Chiffre d'Affaires/ Revenus

Quels sont les secteurs d'activités de vos principaux clients ?

Anticipez-vous un changement important dans vos activités dans les douze mois à venir ? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser :

Ventilation du chiffre d'affaires (en pourcentage) par secteur de clientèle

Secteur de clientèle	% du CA
Particuliers	
Professionnels	
PME	
Grandes entreprises	
Multinationales	
Collectivités et administrations	

Principaux clients

Nom du client	% du CA

Nature des risques

Faites-vous appel à des sous-traitants ? Oui Non

Quel pourcentage de votre activité est sous-traité ? %

Quelle partie de votre activité est sous-traitée ?

Imposez-vous une assurance RC Professionnelle à vos sous-traitants ? Oui Non

Utilisez-vous un conseil juridique pour la rédaction de vos contrats ? Oui Non

Insérez-vous une limitation de responsabilité dans vos contrats ? Oui Non

Dans l'affirmative, merci de transmettre la clause insérée dans vos contrats

Effectuez-vous des prestations sur les biens remis par vos clients dans l'enceinte de votre entreprise (Réparation, conditionnement...) ? Oui Non

Si oui, précisez la valeur unitaire moyenne des biens confiés:

Garanties souhaitées

Quel montant de garantie souhaitez-vous ? (montants exprimés par sinistre et par année d'assurance)

300 000 € 750 000 € 1 500 000 € 2 500 000 € Autres :

Souhaitez-vous bénéficier d'une garantie RC après livraison ? Oui Non

Antécédents du risque

Le souscripteur est-il actuellement assuré ? Oui Non

Si oui, nom de la compagnie :

date de renouvellement :

Le risque a-t-il fait l'objet d'un refus de souscription ou de résiliation ? Oui Non

Dans l'affirmative, pour quel motif ?

La responsabilité civile des personnes désignées au paragraphe « assuré » ci-avant a-t-elle été mise en cause ces 5 dernières années ? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser les dates, les circonstances, les montants réclamés et conséquences financières de ces mises en cause :

Avez-vous eu connaissance de circonstances dont on pourrait raisonnablement penser qu'elles vont amener des réclamations à l'encontre des personnes désignées au paragraphe « assuré » ci-avant ? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez détailler :

Pièces justificatives

Merci de bien vouloir joindre au présent questionnaire les pièces justificatives suivantes :

- Un specimen de contrat décrivant les missions réalisées
- Les CV des principaux dirigeants techniques
- Relevé de sinistralité compagnie des 5 dernières années
- Kbis

Autres informations et commentaires que vous jugerez utiles à nous communiquer :

Données personnelles

Cet article a pour objectif de vous informer de la manière dont vos informations personnelles sont collectées et traitées par Helvetia Assurances, en sa qualité de responsable de traitement. Helvetia Assurances a nommé un Délégué à la Protection des Données personnelles (DPO) joignable aux coordonnées suivantes : dpo@helvetia.fr ou Helvetia Assurances - Délégué à la Protection des Données - 25, quai Lamandé - 76600 Le Havre. Les données personnelles collectées et traitées par le responsable de traitement sont obligatoires pour la poursuite des finalités décrites dans le tableau ci-dessous. Le défaut de communication de ces données aura pour conséquence l'impossibilité pour Helvetia Assurances de traiter votre demande. Les traitements sont réalisés sur le fondement des bases juridiques définies dans le même tableau.

Finalités	Base Juridique
<ul style="list-style-type: none"> • La gestion et exécution des contrats d'assurance, de la phase pré-contractuelle à la résiliation du contrat • L'examen, acceptation, tarification, surveillance des risques • La gestion des impayés et leur recouvrement • L'exercice des recours, gestion des réclamations et contentieux • La réalisation de statistiques et études actuarielles • La gestion des demandes liées à l'exercice de vos droits 	<ul style="list-style-type: none"> • Exécution des contrats
<ul style="list-style-type: none"> • Votre identification, l'identification des assurés et des bénéficiaires • La lutte contre le blanchiment des capitaux / financement du terrorisme • L'application des mesures de sanctions financières nationales ou internationales 	<ul style="list-style-type: none"> • Respect d'une obligation légale, réglementaire ou administrative à laquelle le responsable de traitement est soumis
<ul style="list-style-type: none"> • La gestion commerciale des clients et prospects • La lutte contre la fraude à l'assurance 	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuite par le responsable du traitement de ses intérêts légitimes (assurer la meilleure qualité de nos services, protection des intérêts des assurés et des assureurs)

Données personnelles

Les données personnelles collectées sont destinées aux services du responsable de traitement en charge de la gestion commerciale ou de la gestion et l'exécution de vos contrats, aux délégataires, intermédiaires en assurance, co-assureurs, réassureurs, partenaires, mandataires, sous-traitants, ou autres entités du groupe dans le cadre de l'exercice de leur mission. Des informations vous concernant peuvent également être transmises à toutes personnes intéressées au contrat (souscripteur, assuré, adhérent et bénéficiaire, et s'il y a lieu aux responsables, aux victimes et leurs mandataires, aux témoins et tiers intéressés à l'exécution du contrat...), aux juridictions, autorités judiciaires, arbitres, médiateurs, ministères concernés, aux services en charge du contrôle tels que commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que les services en charge du contrôle interne. Elles peuvent également être transmises aux organismes d'assurance des personnes impliquées, organismes professionnels et fonds de garanties, ainsi qu'à toutes personnes intervenant au contrat tels qu'avocats, experts, auxiliaires de justice, officiers ministériels, enquêteurs, professionnels de santé, médecin conseils et personnel habilité, organismes sociaux. Nous sommes susceptibles de vous adresser des offres commerciales par courrier électronique, adaptées à vos besoins. Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre :

Ces informations peuvent de même être utilisées au titre de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées. Le responsable de traitement peut être amené à transférer vos données à caractère personnel en dehors de l'Union Européenne, en Suisse (existence d'une décision d'adéquation rendue par la Commission Européenne). Les données à caractère personnel vous concernant sont conservées le temps nécessaire pour la réalisation des opérations et finalités pour lesquelles elles ont été collectées, ou pour les durées prévues par les lois et règlements, et jusqu'à expiration des délais de prescription légaux. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement, ainsi que d'un droit d'opposition au traitement des données.

Vous pouvez également demander la portabilité de vos données. Les données pouvant faire l'objet de ce droit sont celles qui vous concernent et que vous avez fournies au responsable du traitement, que ce dernier traite de manière automatisée dans le cadre de l'exécution d'un contrat conclu ou lorsque le traitement repose sur votre consentement.

Vous pouvez de même :

- retirer votre consentement si le traitement de vos données repose uniquement sur celui-ci, étant entendu que ce retrait peut entraîner l'impossibilité pour le responsable de traitement de fournir ou exécuter le produit ou le service demandé ou souscrit ;
- définir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès ;
- vous opposer à tout moment sans avoir à motiver votre demande, à ce que vos données soient utilisées ou transmises à des tiers à des fins de prospection commerciale.

Les droits des personnes dont les données à caractère personnel sont traitées s'exercent auprès d'Helvetia Assurances - Délégué à la Protection des Données - 25, quai Lamandé - 76600 Le Havre, ou par e-mail à : dpo@helvetia.fr. Pour des raisons de sécurité, toute demande devra être accompagnée d'un justificatif d'identité. Afin de permettre un traitement efficace des demandes, les personnes exerçant leurs droits ci-dessus sont priées d'indiquer clairement le droit qu'elles souhaitent exercer ainsi que tout élément facilitant leur identification (numéro de contrat par exemple). Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), 3 place Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

Attention : la nullité du contrat d'assurance pourra être prononcée en application de l'article L. 113-8 du code des assurances en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de votre part. Cette nullité est d'ordre public.

Une réduction des indemnités versées pourra également être retenue dans le cadre de l'article L. 113-9 du code des assurances.

En signant le présent questionnaire, vous confirmez :

- être autorisé à compléter le présent questionnaire pour l'ensemble des personnes physiques et/ou morales souhaitant souscrire une couverture d'assurance auprès de notre compagnie,
- avoir répondu de bonne foi et loyalement aux questions posées servant de base à l'établissement du contrat,
- l'exactitude des informations et documents fournis, le cas échéant.

Nom et prénoms :

Titre :

Société :

Fait le :

à :

Signature: