

DEMANDEUR D'ASSURANCE
Personne Morale / Société :

 Dénomination Sociale :

 Adresse du siège:

 Code Postal & Ville : Pays :

 Téléphone :

 Interlocuteur : Fonction :

 Adresse mail : @

 Ligne directe :

 n° SIREN Code APE : Forme Juridique :

 Société cotée : Oui Non Si oui, sur quel marché :

 Identité des Dirigeants sociaux (*Président du Conseil d'Administration, Président du Directoire, Directeurs Généraux, Gérant*) :

Nom, prénom et qualité :

Personne Physique / Entreprise individuelle :

 Nom & Prénoms

 Adresse :

 Code Postal & Ville : Pays :

 Date de naissance : Lieu de naissance :

 Téléphone :

 Interlocuteur : Fonction :

 Adresse mail : @

 n° SIREN Code APE :
INTERMEDIAIRE

 Nom/Raison sociale : Ville :

 Interlocuteur : Téléphone :
ACTIVITES

CHIFFRE D'AFFAIRES ASSURABLE

 Chiffre d'Affaires annuel HT (ventes hors prestations de services) : € (base Exercice N-1)

 dont CA France : €

 CA Export : €

 CA Import : €

Le Chiffre d'Affaires a-t-il varié d'une manière significative sur les 4 dernières années ? :

ZONE GEOGRAPHIQUE

Indiquez les provenances / destinations assurées en % :



MARCHANDISES

Nature des marchandises :

Marchandises neuves : Oui Non Poids :
 Marchandises usagées : Oui Non Dimensions :
 Emballage :
 Conditionnement :

VALEUR MAXIMALE ASSUREE (en €)

Aérien : €
 Terrestre : €
 Fluvial : €
 Maritime : €
 Affrètement : Oui Non Type de charte partie :

OPTIONS DE GARANTIE

Transports privés : Oui Non Si oui Nb de véhicules :
 Zone :
 Capital :
 Bagages : Oui Non Si oui Nb de collaborateurs :
 Zone :
 Capital :
 Expositions : Oui Non Si oui Nb d'Expositions :
 Durée Moyenne :
 Zone :
 Capital :
 Marchandises confiées : Oui Non
 Contre Assurance : Oui Non
 Risques de grève : Oui Non
 Risques de guerre : Oui Non
 Dommages immatériels : Oui Non



FLUX DE MARCHANDISES A ASSURER

| Principaux pays Zone géographique | Type de trafic (import, export, ...) | Mode de transport | Montant HT Annuel en € | Incoterms |
|--------------------------------------|---|-------------------|------------------------|-----------|
| France | | | | |
| Union Européenne | | | | |
| Reste de l'Europe | | | | |
| USA – Canada | | | | |
| Amérique du Sud | | | | |
| Proche & Moyen Orient | | | | |
| Afrique | | | | |
| Asie du Sud Est - Japon | | | | |
| Autres | | | | |

EXPEDITIONS A ASSURER

| | | | | | |
|------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------|----------------------|---|
| Distribution : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Valeur/expédition : | <input type="text"/> | € |
| Ventes : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Valeur/expédition : | <input type="text"/> | € |
| Achats : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Valeur/expédition : | <input type="text"/> | € |
| Intersites : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Valeur/expédition : | <input type="text"/> | € |
| Sous Traitants : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Valeur/expédition : | <input type="text"/> | € |
| Colis postaux : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Valeur/expédition : | <input type="text"/> | € |
| Imports : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Valeur/expédition : | <input type="text"/> | € |
| Exports : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Valeur/expédition : | <input type="text"/> | € |

ANTECEDENTS DU RISQUE

 Compagnie d'Assurance actuelle : Intermédiaire :

 Echéance du contrat :

Si le précédent contrat a été résilié ou non renouvelé, en préciser le motif :

- non paiement prime
 sinistres
 autre :

SINISTRALITE DU DEMANDEUR D'ASSURANCE

Détail par évènement (sinistralité sur 4 ans + année en cours) :

- Fichier Excel/PDF attaché à la présente demande
 Détails dans fichier ci-dessous :

| Date évènement/sinistre | Nature de l'évènement | Montant indemnisé (€) | Montant en cours d'indemnisation (€) |
|-------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



DEMANDE D'ASSURANCE

Demande d'assurance adressée par :

Date de la demande :

Cette demande d'assurance destinée à permettre l'étude du risque n'engage ni l'assureur, ni le demandeur d'assurance.

La police étant établie sur la base des renseignements ci-dessus, les déclarations inexactes, omissions ou réticences sont sanctionnées par le Code des Assurances. Pour les assurances maritimes, lacustres et fluviales, il est rappelé que l'assuré, en complément des réponses aux questions du présent questionnaire d'étude de risques, doit déclarer toutes les circonstances connues de lui qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend en charge.

Nécessaires à la conclusion et à la gestion du contrat et de ses garanties, les informations concernant l'assuré sont destinées aux services d'Helvetia, à ses prestataires ou sous traitants, mandataires, co-assureurs, réassureurs et organismes professionnels dans le cadre d'obligations légales. Dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, lors de la gestion des sinistres, les données peuvent être transmises à l'organisme professionnel ALFA ainsi qu'à des enquêteurs. Sauf opposition de la part de l'assuré mentionnée sur la demande de souscription, elles peuvent également être destinées à des fins commerciales aux autres entités Helvetia et à leurs partenaires.

Enfin, pour répondre à ses obligations légales, Helvetia met en oeuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, le souscripteur dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition en s'adressant par courrier postal, accompagné de la photocopie d'une pièce d'identité à : Helvetia 25 Quai Lamandé 76600 LE HAVRE, France, ou par e-mail à contact@helvetia.fr