



## DEMANDEUR D'ASSURANCE

### Personne Morale / Société :

Dénomination Sociale :

Adresse du siège:

Adresse du siège:  Code Postal & Ville :

Téléphone :  Pays :

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 :

### Identité du ou des bénéficiaires effectifs \* :

	Nom et prénoms	Date de naissance (format)	Ville de naissance	Pays de naissance	Domicile (Pays)
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\* Bénéficiaire effectif = la ou les personnes physiques détenant chacune, directement ou indirectement, plus de 25 % du capital ou des droits de vote de la société et/ou la ou les personnes physiques exerçant, par tout autre moyen, un pouvoir de contrôle sur les organes de gestion, d'administration ou de direction ou sur l'assemblée générale des associés de la société. Si aucune personne physique ne remplit l'un des critères ci-dessus, indiquer le représentant légal de la société comme étant le bénéficiaire effectif.

### Personne Physique / Entreprise individuelle :

Nom & Prénoms

Adresse :

Code Postal & Ville :   Pays :

Date de naissance :  Ville de naissance :  Pays de naissance :

Téléphone :

Interlocuteur :  Fonction :

Adresse mail :  @  n° SIREN  Code APE

## INTERMEDIAIRE

Nom/Raison sociale :  Ville :

Interlocuteur :  Téléphone :

## CHIFFRE D'AFFAIRES

Chiffre d'Affaires (année précédente) :

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

## CONDITIONS D'ASSURANCES SOUHAITEES

- Tous risques, y compris vol : Oui  Non
- Risques caractérisés + vol : Oui  Non
- Risques caractérisés : Oui  Non



## GARANTIES DE BASE

### Garantie Transports :

Transports confiés à des Transporteurs publics de marchandises :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	À si oui, indiquez le plein maximum par expédition : <input type="text"/>
Transports privés :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	À si oui, indiquez : le nombre de véhicules <input type="text"/>
	le plein par véhicules <input type="text"/>

### Garantie Séjour :

Territorialité	<input type="text"/>
Durée moyenne des séjours	Durée maximale des séjours
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Type de marchandises et biens :	
<i>Liste chiffrée et détaillée à fournir à l'assureur avant le début de chaque risque.</i>	
<input type="text"/>	

## EXTENSIONS

<b>A - Objets de valeur</b>	Extension demandée Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	si oui, indiquez : Plein <input type="text"/> €uros
<b>B - Outillage, équipement professionnel et aménagement du véhicule</b>	Extension demandée Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	si oui, indiquez : Nombre de véhicules <input type="text"/> Plein par véhicule <input type="text"/> €uros
<b>C - Assurance bagages, objets et effets personnels</b>	Extension demandée Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	si oui, indiquez : Nb personnes assurées <input type="text"/> Plein <input type="text"/> €uros
<b>D - Bris fonctionnel pendant le séjour</b>	Extension demandée Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
<b>E - Transport Aérien</b>	Extension demandée Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	si oui, indiquez : Plein si autre que bagages : <input type="text"/> €uros
<b>F - Transports Maritimes</b>	Extension demandée Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	si oui, indiquez : Conditionnement <input type="text"/> Plein <input type="text"/> €uros
<b>G - Casse des objets fragiles</b>	Extension demandée Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
<b>H - Risques de guerre, grèves</b>	Extension demandée Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

## 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 (€)

## MODALITE DE REGLEMENT DES SINISTRES

Franchise : Oui  Non

Montant & modalités :

Base de règlement :

## 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, vos données peuvent être transmises à l'organisme professionnel ALFA ainsi qu'à des enquêteurs. Sauf opposition de votre part, 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](mailto:contact@helvetia.fr)