

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"/>

* 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 :

CONDITIONS D'ASSURANCES SOUHAITEESNombre d'assurés : Franchise : € Zone géographique :

Personnes à assurer	Montant assuré €	Extension Utilisation	Dont extension utilisation €
<input type="text"/>	<input type="text"/>	OUI / NON	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	OUI / NON	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	OUI / NON	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	OUI / NON	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	OUI / NON	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	OUI / NON	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	OUI / NON	<input type="text"/>
Cotisation nette hors frais et taxes : €			<input type="text"/>

Antécédents sinistres sur 24 mois :



QUESTIONNAIRE D'ETUDE DE RISQUES



Helvetia Cargo Loisirs : INSTRUMENTS DE MUSIQUE

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

Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances
Entreprise régie par le Code des assurances

Société anonyme de droit suisse, au capital de 82.621.900 francs suisses, entièrement versé
Immatriculée n° CHE-101.400.176 au RC du canton de Saint Gall – Siège social : 40, Dufourstrasse, 9001 Saint Gall, Suisse.
Etablissement principal en France : 25, quai Lamandé – 76600 LE HAVRE - 775 753 072 RCS LE HAVRE

P 2 / 2