

## DEMANDEUR D'ASSURANCE

### Personne Morale / Société :

Dénomination Sociale :

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 JJ/MM/AAAA)	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"/>

\* 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

### Je souhaite être assuré pour :

- Marchandises neuves : ..... Oui  Non   
 Marchandises usagées : ..... Oui  Non   
 Marchandises transportées sous température dirigée : ..... Oui  Non   
 Marchandises transportées en citerne : ..... Oui  Non   
 Marchandises transportées par benne : ..... Oui  Non   
 Outillage professionnel et agencement du véhicule : ..... Oui  Non   
 Bagages et effets personnels (sauf réserve de couvrir un autre type de marchandises) : ..... Oui  Non   
 Collections de voyageurs : ..... Oui  Non   
 Engins de chantiers, travaux publics et matériels agricoles : ..... Oui  Non   
 Accessoires du véhicule : ..... Oui  Non

### Type de marchandises et/ou biens transportés :



**Garantie souhaitée :**

- Tous risques  Dommage immatériel  
 Accidents Caractérisés + Vol (ACV)  
 Accidents Caractérisés + Vol en cours de stationnement (ACVRS)

**VEHICULES**

**Zone géographique :**

<input type="checkbox"/> Zone 1 :	France métropolitaine, Principautés de Monaco et d'Andorre ; DOM-ROM, COM et Nouvelle Calédonie.
<input type="checkbox"/> Zone 2 :	Zone 1 + Belgique, Luxembourg, Allemagne, Suisse, Italie, Espagne, Portugal, Slovénie, Autriche, Danemark, Grèce, Pays-Bas, Royaume Uni, Irlande, Suède, Finlande, Norvège.

Véhicule n°	Marchandises et/ou biens (Précisez si marchandises autres que neuves ou usagées)	Capital marchandises et/ou biens	Capital bagages
1			
2			
3			
4			
5			
6			

**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, 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](mailto:contact@helvetia.fr)