



## SITUATION DU RISQUE

N° :                      Type de voie :                      Nom de la voie :  
Code postal :                      Ville :  
Bâtiment :                      Escalier :  
Niveau (RDC, sous-sol, entresol, 1er, ...):                      Superficie des locaux :                      m<sup>2</sup>

## ANTECEDENTS DU RISQUE

### Le Proposant ou l'Assuré ou le Bénéficiaire :

A-t-il été, au cours des 3 dernières années, en liquidation  
ou en redressement judiciaire ?                      OUI                       NON

Si oui, quelle est à ce jour l'évolution de sa situation ? (rachat, plan de continuation,.....) :

A-t-il été assuré pour ce risque ?                      OUI                       NON

Si oui, par quel assureur ?

N° de contrat :

A-t-il déclaré des sinistres au cours des 3 dernières années ?                      OUI                       NON

Dans l'affirmative, nous en préciser la nature, le nombre, les circonstances, la date et l'importance :

**Pour tout sinistre d'un montant supérieur à 1525 €, donner les détails sur la nature et les circonstances du ou des sinistres par une note que vous joindrez au présent formulaire.**

Ces sinistres ont-ils entraîné la résiliation du contrat ?                      OUI                       NON

Si non, motif du changement d'assureur :

Des mesures ont-elles été prises pour éviter le renouvellement  
de sinistres de même nature ?                      OUI                       NON

Si oui, lesquelles :

Autres événements ou circonstances pouvant donner lieu dans l'avenir  
à la mise en jeu de l'éventuel contrat ?                      OUI                       NON

Si oui, fournir les détails :

Assureur actuel,                      Nom :

N° de contrat :

Etiez vous assuré pour les risques dont vous demandez la couverture ?                      OUI                       NON

Si NON, pourquoi ?

Etiez-vous titulaire d'un contrat de même nature ayant fait l'objet de la part du précédent assureur,  
 D'une résiliation au cours des 12 derniers mois ? OUI  NON   
 Pour sinistre ? OUI  NON   
 Pour non paiement de prime ? OUI  NON

Conformément à l'article 27 de la loi du 6 Janvier 1978 N° 78.17 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le proposant peut demander à l'assureur, communication, rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à usage de la société.

## IMPLANTATION ET AMÉNAGEMENTS

**Sites d'exploitation** (bureaux, usines, magasins, entrepôts ...) **implantation**

Lieu	Type	Superficie des Locaux	Valeur du Contenu	Date d'implantation
En zone : <input type="checkbox"/> Industrielle <input type="checkbox"/> Résidentielle <input type="checkbox"/> Commerciale <input type="checkbox"/> Agricole <input type="checkbox"/> Ecoles <input type="checkbox"/> Hôpitaux ou à proximité Indiquer la distance : _____ m				

## MOYENS HUMAINS

	NOMBRE	QUALIFICATION	NATURE DES CONTRATS
Principaux responsables			
Personnel technique			
Personnel administratif			
Autre personnel			

**Rémunération du personnel** (montant total des sommes figurant sur la déclaration annuelle des données sociales-DASS 1-) : \_\_\_\_\_ EUR

**Pourcentage de personnel intérimaire ou en CDD :**

Sur quels types de poste interviennent-ils ?

Formation par l'entreprise de ces personnels ? OUI  NON

**Nombre d'accidents du travail :** \_\_\_\_\_ **Nombre de maladies professionnelles :** \_\_\_\_\_

déclarés par l'entreprise sur les 3 dernières années.

Donner les détails sur la nature et les circonstances du ou des sinistres par une note dans laquelle vous préciserez également les mesures prises pour éviter le renouvellement de sinistres de même nature et que vous joindrez au présent formulaire.

**Taux de cotisation AT/MP :**

**L'entreprise a-t-elle mis en place :**

- |   |                           |                           |
|---|---------------------------|---------------------------|
| un CHSCT ?                                    | OUI <input type="radio"/> | NON <input type="radio"/> |
| un planning des décisions du CHSCT ?          | OUI <input type="radio"/> | NON <input type="radio"/> |
| un document unique ?                          | OUI <input type="radio"/> | NON <input type="radio"/> |
| Si oui, régulièrement mis à jour ?            | OUI <input type="radio"/> | NON <input type="radio"/> |
| Si NON, à quelle occasion est-il mis à jour ? |                           |                           |

**Utilisation de produits ou substances dangereuses :**

OUI       NON

Si OUI, lesquelles ?

Mesures de protection prises pour leur entreposage, leur utilisation :

**Exposition du personnel :**

- |                                 |                           |                           |
|---------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| ondes électromagnétiques :      | OUI <input type="radio"/> | NON <input type="radio"/> |
| vibrations :                    | OUI <input type="radio"/> | NON <input type="radio"/> |
| machines présentant un danger : | OUI <input type="radio"/> | NON <input type="radio"/> |
| poussières :                    | OUI <input type="radio"/> | NON <input type="radio"/> |
| contraintes articulaires :      | OUI <input type="radio"/> | NON <input type="radio"/> |
| chocs :                         | OUI <input type="radio"/> | NON <input type="radio"/> |

**Déplacement des commerciaux en VTM :**

OUI       NON

véhicules de l'entreprise :

OUI       NON

**Prévention :**

un plan des actions de prévention a-t-il été établi ?      OUI       NON

existe-t-il une procédure de suivi des actions ?      OUI       NON

**Activités industrielles et/ou commerciales**

OUI       NON

Si OUI, aller au paragraphe suivant « Activités industrielles et/ou Commerciales »

**Activités de prestations intellectuelles ou de bureau d'études techniques ingénierie industrielle sans réalisation matérielle par le proposant et/ou donnée en sous-traitance et /ou facturée par lui :**

OUI       NON

Si OUI , aller directement au paragraphe :

« Activités de prestations intellectuelles ou de bureau d'études techniques ingénierie industrielle sans réalisation matérielle par le proposant et/ou donnée en sous-traitance et/ou facturée par lui »

## ACTIVITES INDUSTRIELLES ET/OU COMMERCIALES

Description précise des activités :

Modifications pendant la période décennale écoulée ? OUI  NON

Si OUI, précisez :

## RISQUES ENVIRONNEMENTAUX DES ENTREPRISES INDUSTRIELLES ET/OU COMMERCIALES

### Installation Classée Pour l'Environnement

Enregistrement  Autorisation  SEVESO la garantie des Risques

Environnementaux sera exclue du contrat

Souhaitez-vous souscrire la garantie des Risques Environnementaux par contrat séparé ? OUI  NON

Si OUI compléter le Formulaire de Déclaration des Risques Environnementaux

Non classé  Déclaration

Souhaitez vous souscrire la Garantie des Risques Environnementaux du contrat RC des ENTREPRISES? OUI  NON

Si OUI compléter ci-dessous :

**Produits dangereux et/ou polluants utilisés ou entreposés** OUI  NON

Si OUI, nature et quantité du produit (joindre la liste des produits) :

**Stockages aériens** OUI  NON

Si OUI, nature et quantité du produit (joindre la liste des produits) :

**Stockages enterrés** OUI  NON

Si OUI, nature et quantité du produit (joindre la liste des produits) :

**Aires de dépotage** OUI  NON

**Aires/locaux de stockage de substances dangereuses en petit conditionnement** OUI  NON

**Production de déchets solides, liquides ou gazeux** OUI  NON

Si OUI, émission :

Mode d'évacuation :

Aménagements spéciaux et mesures de prévention :

**Inventaire des déchets ?** OUI  NON

**Voisinage industriel ou agricole dangereux et/ou vulnérable ?** OUI  NON

Si OUI, précisez :

### Pression écologique particulière ?

Aucune  intermittente  peu active

active actuellement  fortement active



## Activité d'exportation vers les USA/CANADA

Nature des produits exportés :

L'emballage et l'étiquetage des produits sont-ils conformes aux exigences nord américaines ?

OUI  NON

Présence de notices d'information conformes aux exigences nord américaines (warnings) pour les produits exportés ?

OUI  NON

Par qui sont-elles rédigées ?

Les produits exportés sont distribués :

Par un importateur ?

OUI  NON

Par un grossiste ?

OUI  NON

Directement auprès des particuliers ?

OUI  NON

Disposez-vous localement de bureaux de commercialisation ?

OUI  NON

### Activité de commerce ou prestation de service « en ligne » :

Vendez-vous des produits et/ou effectuez-vous des prestations de service à partir d'un site Internet ? (joindre impérativement un exemplaire des conditions générales de vente)

OUI  NON

Quel produit et/ou quelle prestation ?

Description des moyens de protection des paiements et de la confidentialité :

**Travaux chez les clients :**

OUI  NON

de construction

de pose et d'installation

d'entretien et/ou de réparation

de service après vente

Effectuez-vous des «travaux par point chaud» ?

OUI  NON

**Des biens meubles ou immeubles appartenant à autrui**  
font-ils directement l'objet de la prestation contractuelle du proposant ?

OUI  NON

Nature et valeur de ces biens :

**Produits livrés :**

Une plaquette publicitaire, une documentation technique, Adresse du site internet ou tout autre moyen d'information sur vos produits peut être transmis afin de compléter l'appréciation du risque.

**Nature des produits :**

Liste des produits ou types de produits	Intervention du proposant* (préciser)	Destination technique des produits	Chiffre d'affaires annuel
			€
			€
			€
			€
			€

en qualité de : concepteur et/ou fabricant ou grossiste ou détaillant ou importateur ou sous-traitant ou autre.

**Produits fabriqués :**

- en petite série OUI  NON   
 en grande série OUI  NON   
 produits finis OUI  NON   
 produits semi finis OUI  NON   
 doivent-ils répondre à des normes ? OUI  NON   
 Si OUI lesquelles ?

Principaux clients :

Nom des clients	Nature de la prestation

**Secteur d'activité :**

- Aéronautique/spatial OUI  NON   
 Automobile OUI  NON   
 Nucléaire OUI  NON   
 Médical OUI  NON   
 Offshore OUI  NON   
 Ferroviaire OUI  NON   
 Génie civil/BTP OUI  NON   
 Autres OUI  NON

Si OUI, précisez :



S'agit-il d'une clientèle spécialisée ?

OUI

NON

Si oui, dans quel domaine ?

**Produits non fabriqués par le proposant : indiquer les producteurs / fournisseurs :**

Nom	nature des produits	Identification du producteur ou du fournisseur / pays d'origine

**Produits fabriqués par le proposant : indiquer les producteurs / fournisseurs de matières premières ou produits semi-ouvrés :**

Nom	nature des produits	Identification du producteur ou du fournisseur / pays d'origine

**Produits et/ou matières premières fabriqués ou en provenance de :**

**Chine :**

OUI

NON

pourcentage du CA : %

Nature et destination des produits et/ou matières premières :

**Inde :**

OUI

NON

pourcentage du CA : %

Nature et destination des produits et/ou matières premières :

**Taiwan :**

OUI

NON

pourcentage du CA : %

Nature et destination des produits et/ou matières premières :

**Autres :**OUI  NON 

pourcentage du CA : %

Nature et destination des produits et/ou matières premières :

**Conditions de fabrication ou de conditionnement :**Mise en place de contrôles ? OUI  NON 

Si OUI, à quel stade du process ?

Vérification par un organisme extérieur habilité ? OUI  NON Existe-t-il un service interne de contrôle de qualité ? OUI  NON Matérialisation de la vérification ou du contrôle ? OUI  NON 

Si OUI, nature (poinçon, label, autre...) :

Retrait des produits : mise en place

d'un plan de "retrait des produits" (en fournir un exemplaire) ? OUI  NON d'une cellule de crise permanente ou occasionnelle ? OUI  NON 

nom et fonction du responsable :

Traçabilité des produits : OUI  NON 

Si OUI, sous quelle forme ?

Conditionnement et emballage des produits OUI  NON Les produits sont-ils accompagnés d'instructions et préconisations  
d'emploi de documents techniques et/ou d'entretien ? OUI  NON spécifiques pour les produits exportés aux USA/Canada ? OUI  NON 

Par qui sont-ils rédigés et/ou traduits?

**ACTIVITES DE PRESTATIONS INTELLECTUELLES OU DE BUREAU D'ETUDES TECHNIQUES INGENIERIE INDUSTRIELLE SANS REALISATION MATERIELLE PAR LE PROPOSANT ET/OU DONNEE EN SOUS-TRAITANCE ET /OU FACTUREE PAR LUI (joindre impérativement les CV des ingénieurs, techniciens, spécialistes employés)**

**Bureaux d'Études techniques**

Objet des missions :

- Éléments d'équipement mécaniques destinés à s'intégrer dans une machine ou un ensemble ? OUI  NON
- Si oui, nature :
- Conception de pièces de série ? OUI  NON
- Si oui, nature :
- Machines complètes ? OUI  NON
- Nature :
- Chaînes de production complètes ? OUI  NON
- Si oui, nature :
- Autres ? OUI  NON
- Si oui, nature :

**Etendue des missions**

- Conception et directions des études ? OUI  NON
- Avant projet, projet       spécifications       plan d'exécution
- Commande et vérification du matériel ? OUI  NON
- rédaction des cahiers des charges       lancement des appels d'offres
- choix des fournisseurs       surveillance en cours de fabrication
- vérification du matériel à la réception
- Surveillance et contrôle du montage et de la mise en route OUI  NON
- contrôle de la conformité de l'exécution       direction et coordination des entreprises
- essais       assistance au montage et à la mise en route
- Mise à disposition de personnel en régie ? OUI  NON
- Formation du personnel d'exploitation ? OUI  NON
- Maintenance ? OUI  NON

**Domaines d'activité**

- Mécanique ? OUI  NON
- si OUI précisez :
- Électronique ? OUI  NON
- si OUI précisez :
- Électrique ? OUI  NON
- si OUI précisez :
- Automatisme ? OUI  NON
- si OUI précisez :
- Autre ? OUI  NON
- si OUI précisez :

**Secteurs d'activité concernés :**

Aéronautique/spatial	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>
Automobile	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>
Nucléaire	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>
Médical	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>
Offshore	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>
Ferroviaire	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>
Génie civil/BTP	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>
Autres	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>

Si Autres précisez :

**Prestataires de service**

Domaines d'activité :

Edition littéraire	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>
Si OUI précisez :		
Edition musicale	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>
Si OUI précisez :		
Edition audiovisuelle	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>
Si OUI précisez :		
Agence de publicité	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>
Si OUI précisez :		
Régie publicitaire de médias	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>
Si OUI précisez :		
Études de marché et sondages	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>
Si OUI précisez :		
Diffusion télévisée	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>
Si OUI précisez :		
Radiodiffusion	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>
Si OUI précisez :		
Diffusion cinématographique	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>
Si OUI précisez :		
Design	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>
Si OUI précisez :		
Activités photographiques	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>
Si OUI précisez :		
Traduction et interprétation	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>
Si OUI précisez :		
Secrétariat	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>
Si OUI précisez :		
Autre	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>
Si OUI précisez :		

**Montant du chiffre d'affaires et/ou des honoraires réalisés**

	FRANCE	Union Européenne	hors UE et hors USA/CANADA	USA/CANADA
Exercice précédent	€	€	€	€
Exercice en cours	€	€	€	€
Prévisions pour le prochain exercice	€	€	€	€

**APPEL A LA SOUSTRAITANCE / ENGAGEMENTS CONTRACTUELS**

**Le proposant fait-il appel à des sous-traitants ?** OUI  NON

Si oui, quels sont ses critères de sélection ?

Pour quel % de son chiffre d'affaires ? %

Est-il effectué des contrôles sur le travail des sous-traitants ? OUI  NON

Quelle est la nature des activités sous-traitées ?

**Existe-t-il des cahiers des charges ou des conventions types \*\*?** OUI  NON

Vos contrats contiennent-ils des clauses extensives ou limitatives de responsabilité ou des clauses de renonciation à recours\* ? OUI  NON

\* Si OUI, préciser (joindre des exemples)

**Recours - fournisseurs/sous traitants**

Les producteurs/fournisseurs/sous-traitants peuvent-ils tous être identifiés ? (coordonnées complètes) OUI  NON

Tous recours sont-ils maintenus contre eux et leurs assureurs ? OUI  NON

Le proposant vérifie-t-il que les fournisseurs et les sous-traitants sont couverts par un contrat d'assurance R.C. Exploitation et après Livraison/Après Travaux ? OUI  NON

Nous vous remercions du soin apporté à remplir ce formulaire, et à le compléter suivant vos propres besoins.

**Vous certifiez exactes les déclarations de la présente proposition qui pourront constituer la base d'un contrat d'assurance et reconnaissez avoir pris connaissance du texte des articles L. 113.8 et L.113.9 du Code des Assurances repris ci-après.**

**Vous vous engagez à nous déclarer tout élément susceptible de modifier notre appréciation du risque et qui surviendrait postérieurement à la remise de la présente proposition, notamment tout événement susceptible de mettre en jeu les garanties de l'éventuel contrat.**

► Les frais de dossier du Cabinet LASSUREUR sont de 10% de la cotisation HT et réglés à la souscription, vos honoraires sont facturés par votre cabinet au client

► Délivrance du devis par notre Agence de Souscription : il sera délivré pour une durée de validité limitée à 72 heures et si rien n'est souscrit par FAX pendant cette période, le dossier sera sous saisine et archivé 12 mois, nous ne dérogeons jamais à cette règle.

« J'accepte que le Fournisseur d'assurances dûment mandaté me fournisse des offres d'assurance y compris par des entreprises établies dans des États membres de la CEE. »

**Liste des compagnies déjà interrogées (car saisine) :**

.....  
.....

<b>TARIF ACTUEL :</b>	<b>TARIF ATTENDU :</b>
-----------------------	------------------------

Fait à :	Le :
<b>ORDRE EXCLUSIF DE PLACEMENT – SAISINE 24 mois</b>	
<b>Signature du proposant :</b>	
Faire précéder la signature de la mention manuscrite « lu et approuvé »	

**Vos coordonnées pour vous faxer le tarif :**

Nom :	Tél :	Fax :	Mail :
-------	-------	-------	--------

**NOUS VOUS REMERCIONS DE NE PAS NOUS INTERROGER SANS AVOIR UN DOSSIER COMPLET**

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

**Faites précéder la signature de « Lu et Approuvé » et apposer le cachet du proposant**

*Extraits du Code des Assurances*

**Article L. 113.8**

Indépendamment des causes ordinaires de nullité et sous réserve des dispositions de l'Article L.132.26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre.

Les primes payées demeurent alors acquises à l'Assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

**Article L.113.9**

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.

Si elle est constatée avant tout sinistre, l'Assureur a le droit de maintenir le contrat, moyennant soit une augmentation de prime acceptée par l'Assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'Assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps ou l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

**PARTIE RESERVEE A L'INTERMEDIAIRE**

Connaissez-vous personnellement le proposant ? OUI  NON

Si oui, depuis combien de temps ?

Fait à Chalon sur Saône

SIGNATURE DU COURTIER, APPOORTEUR DE L'AFFAIRE  
CABINET LASSUREUR  
PASSAGE MARCILLY  
71100 CHALON SUR SAONE  
TEL 0950 220 200  
ORIAS 09051556

# MANDAT EXCLUSIF DE PLACEMENT ET DE GESTION

(A faire remplir, signer et tamponner par le client)

Monsieur,

Je soussigné, \_\_\_\_\_

Représentant \_\_\_\_\_

Domicilié à \_\_\_\_\_

vous informe avoir choisi comme mandataire, à l'exclusion de tout autre intermédiaire, le cabinet en référence ; Le présent ordre annule et remplace tous ordres qui auraient pu être donnés antérieurement et ce pour saisine ferme de 12 mois.

Nom de l'affaire et adresse :

Mandate, à l' exclusion de tout autre Courtier, le cabinet LASSUREUR  
ASSURANCESDIRECT.COM– 5 Passage Marcilly –71100 CHALON SUR SAONE

Agissant pour procéder à l'étude et la gestion des polices d'assurance auprès de ses fournisseurs :

Pour le placement et la gestion

- D'un risque situé a :

- Pour un contrat :

Pour le bon ordre, notre assureur conseil, le cabinet LASSUREUR ORIAS 09051556

Sera votre seul interlocuteur direct concernant ces contrats d'assurance.

Le présent mandat annule et remplace tout autre précédemment signé ou pouvant être signé.

Bon pour ordre ferme et inaliénable.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature DU CLIENT :

Précédée des mots : Lu et approuvé

ATTENTION CE DOCUMENT DOIT ETRE SIGNE DU CLIENT UNIQUEMENT EN APPLICATION DE L'ARTICLE A 212-1 du code des assurances ET DES SANCTIONS APPLICABLES (L 113-8 et L 113-9 du CA)

