

**Souscripteur**

Nom : ..... Raison sociale : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : |\_|\_|\_|\_|\_| Ville : .....  
 N° de tél : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| E-mail : .....  
 Date de création : ..... N° Siret / Siren : .....  
 Code NAF : ..... Forme juridique : .....  
 Faites-vous partie d'un groupe ? Si oui, lequel : ..... Etes-vous en redressement judiciaire :  Oui  Non

**Déclaration du chiffre d'affaires et des activités exercées**

Chiffre d'affaires (CA)

Exercice	Chiffre d'affaires total HT	% réalisé en propre	% donné en sous traitance
N / Prévisionnel			
N - 1			
N - 2			

Intitulé des activités suivi d'une description exacte et détaillée des prestations : .....

Depuis quand exercez-vous les activités déclarées ? .....

**Précisez l'étendue de vos missions :**

Missions		Observations	Part du CA en %	% donné en sous traitance
<b>Conception</b>				
• Etudes préliminaires (faisabilité technico-économique)	<input type="checkbox"/>		.....%	.....%
• Avant-projet (sommaire ou détaillé)	<input type="checkbox"/>			
• Projet définitif (spécifications, plan d'exécution)	<input type="checkbox"/>			
<b>Assistance</b>				
• Rédaction de documents (cahiers des charges, appels d'offres)	<input type="checkbox"/>			
• Choix des fournisseurs	<input type="checkbox"/>		.....%	.....%
• Passation et suivi des commandes, contrôle des fournitures et matériels	<input type="checkbox"/>			
• Fourniture de matériels et d'équipements	<input type="checkbox"/>			
<b>Assistance technique pour l'utilisation de matériels</b>	<input type="checkbox"/>			
• Formation du personnel d'exploitation	<input type="checkbox"/>		.....%	.....%
• Assistance technique après démarrage	<input type="checkbox"/>			
• Contrôle des résultats	<input type="checkbox"/>			
• Montage	<input type="checkbox"/>			
<b>Maintenance des matériels et équipements</b>	<input type="checkbox"/>		.....%	.....%
<b>Assistance à la réalisation</b>	<input type="checkbox"/>			
• Contrôle de la conformité de l'exécution	<input type="checkbox"/>		.....%	.....%
• Direction, coordination des travaux	<input type="checkbox"/>			
• Assistance durant le montage, la mise en route, les essais, et la mise au point	<input type="checkbox"/>			
• Contrôle des résultats	<input type="checkbox"/>			

<b>Ensemble : précisez l'étendue de vos missions en qualité de maître d'œuvre</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Missions mentionnées ci-avant</li> <li>Travaux de construction (précisez le % du CA)</li> <li>Fourniture de matériaux et d'équipements destinés à la construction (précisez le % du CA)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		..... %	..... %
<b>Dans le cadre d'un contrat « clés en mains »</b> Mise en route et essais de matériels, d'équipements et d'ouvrages industriels	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		..... %	..... %
<b>Marchés pour lesquels vous recevez mandat de représentation de votre client :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pour le choix des fournisseurs, la surveillance de la fabrication, du montage et de la mise en route</li> <li>Pour la réception de matériels, d'équipements et d'ouvrages industriels</li> <li>Pour la réception d'équipements et d'ouvrages de construction</li> <li>Autres, à préciser : .....</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		..... %	..... %

Autres missions non définies ci-avant, à préciser : .....

Etes-vous amené à concevoir :

Des prototypes :  Oui  Non

Des procédés nouveaux ou systèmes expérimentaux :  Oui  Non

Si oui, donnez quelques exemples de vos réalisations : .....

### Précisions sur l'exercice des activités

Typologie de votre clientèle

Vous pouvez intervenir pour les secteurs :	
Aéronautique et spatial	Mécanique
Nucléaire	Pharmaceutique
Médical	Incinération de déchets
Textile	Cokéfaction et raffinage
Agroalimentaire	Electrique et électronique
Protection incendie (systèmes et réseaux d'extinction)	Chimie
Récupération des déchets	Autres : .....
Construction	.....

Désignez vos principaux clients et donnez quelques exemples de vos réalisations : .....

Description de vos projets en cours (nom du client, pays, secteur industriel concerné, etc.) : .....

### Moyens de contrôle et essais

Votre entreprise possède-t-elle des équipements tels que : laboratoire d'analyse, ateliers de maquettes ou de modèles réduits ?  Oui  Non  
 Si oui, précisez : .....

Votre entreprise est-elle dotée d'une organisation de contrôle qualité ?  Oui  Non  
 Si oui, précisez la norme, le périmètre de certification, la date de certification, de son dernier renouvellement, ainsi que l'organisme certificateur : .....

Si votre entreprise passe des contrats « clés en mains » :  
 Faites vous systématiquement appel à des organismes spécialisés pour le contrôle des fabrications chez les fournisseurs et/ou sous-traitants ?  
 Oui  Non

Si oui, précisez : .....

### Renseignements généraux relatifs à l'entreprise

Faites-vous l'objet d'une qualification OPQIBI ?  Oui  Non.  
 Si oui, transmettre une copie du dernier certificat.

Personnel, y compris chef d'entreprise et dirigeant :

Effectif total : ..... Montant des salaires annuels bruts du dernier exercice : .....

### Qualifications professionnelles des principaux responsables :

Identité	Age	Fonction	Diplômes	Références professionnelles

### Engagements contractuels

Votre intervention fait-elle l'objet de l'établissement et de la signature, avec vos clients, de documents précisant l'objet de la mission et ses modalités d'exécution, notamment les obligations respectives des parties (marché, cahier des charges, protocole d'accord,...) ?  Oui  Non

### Etes-vous amené

A accepter des aggravations contractuelles de votre responsabilité ?  Oui  Non

A bénéficier de décharges ou de transferts de responsabilité ?  Oui  Non

En cas de réponse affirmative à l'une de ces 3 questions, transmettre obligatoirement le ou les documents contractuels type.

### Relations avec d'autres intervenants

Faites-vous appel à d'autres intervenants, hormis vos sous-traitants ?  Oui  Non

Si oui, précisez lesquels, leurs spécialités et le CA HT correspondant : .....

En ce qui concerne vos sous-traitants, exigez-vous toujours de leur part la production d'une attestation d'assurance en Responsabilité Civile Professionnelle ?  Oui  Non

### Etendue territoriale de vos activités

Etes-vous amené à accepter des contrats :

Soumis à des lois étrangères ?  Oui  Non

Conclus avec des clients situés hors des pays de l'Union Européenne ?  Oui  Non

Impliquant la création d'une structure juridique locale dans les pays de l'Union Européenne ?  Oui  Non

Si vous répondez oui à l'une de ces 3 questions, indiquez dans quel pays et la part (en %) représentée dans le CA : .....

Les renseignements nominatifs demandés sont indispensables à la gestion de votre dossier. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification de toute information vous concernant, en vous adressant directement auprès de notre service réclamation, à l'adresse ci-dessous :

AGEO | Siège social : 7, rue de Turbigo 75001 PARIS | SAS au Capital de 522 480 € | RCS 493 349 682 PARIS | Nom commercial AGEO RISKS | Numéro ORIAS 150 013 50 - www.orias.fr | Société de courtage en assurances sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - www.acpr.banque-france.fr. AGEO Service Réclamation : 14, rue Joliot Curie CS 30248 51010 Châlons-en-Champagne Cedex - service.reclamation@ageo.fr  
 Notre Médiateur : La Médiation de l'assurance Pôle CSCA TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09 | le.mediateur@mediation-assurance.org - www.mediation-assurance.org (après saisie de notre service réclamation / Article L 152-2 du code de la consommation)

### Estimation des réclamations potentielles

A quel type de réclamations de la part de vos clients pouvez-vous être confronté ?.....  
.....  
Quel peut être, selon vous, le montant maximum ?.....  
De quelles mesures de prévention ou d'intervention disposez-vous ?.....  
.....

---

### Antécédents du risque

#### Assureur précédent

Le risque proposé a-t-il été assuré au cours des 24 derniers mois ?  Oui  Non

Si oui, références (nom de l'assureur et numéro de contrat) : .....

#### Sinistres

Au cours des 36 mois derniers mois, avez-vous fait l'objet de réclamations mettant en cause votre responsabilité civile ?  Oui  Non

Avez-vous connaissance d'évènements relatifs à vos activités qui seraient susceptibles de faire l'objet d'une réclamation ultérieure ?  Oui  Non

Si oui, précisez : .....

---

### Date d'effet

Date d'effet souhaitée du contrat : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

---

### Documents à joindre

- Plaquette commerciale
- Certificat OPQBI
- Documents contractuels type
- Relevé d'informations sur 5 ans
- Copie du contrat actuel
- Extrait K Bis

---

### Informatique et Liberté

Je reconnais avoir été informé(e) conformément à l'article 27 de la Loi du 6 janvier 1978 du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-dessus, ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances.

**J'autorise** l'assureur à communiquer mes réponses à ses correspondants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion et à l'exécution du contrat.

**Je l'autorise** également à utiliser mes réponses dans la mesure où elles sont nécessaires à la gestion et à l'exécution des autres contrats souscrits auprès de lui.

**Je dispose** d'un droit d'accès et de rectification auprès du correspondant du service clientèle pour toute information me concernant.

Toute omission, toute déclaration fautive ou inexacte pourrait entraîner la nullité du contrat ou vous exposer à supporter la charge de tout ou partie des indemnités dans les conditions prévues par les articles L. 112-3, L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances.

**Toute omission, toute déclaration fautive ou inexacte pourrait entraîner la nullité du contrat ou vous exposer à supporter la charge de tout ou partie des indemnités dans les conditions prévues par les articles L. 112-3, L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances.**

---

### Signature

Signature :

Fait à : ..... Le : .....