

Souscripteur

Nom :	Raison sociale :
Adresse :	
Code Postal : _ _ _ _ _	Ville :
N° Siret / Siren :	Date de début d'activité : _ _ _ _ _ _ _ _
Nom du représentant légal :	Site internet :
N° de tél : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	E-mail :
Forme juridique :	Faites-vous partie d'un groupe, si oui lequel :
Identification de vos filiales : Filiales en France	Filiales à l'étranger :
Capital social :	
Avez-vous fait l'objet de fusion au cours des 5 dernières années ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, précisez la date et le nom de la société avec laquelle vous avez fusionné :	
.....	
Avez-vous absorbé une ou plusieurs société(s) au cours des 5 dernières années ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, précisez la date et le nom de(s) société(s) absorbée(s) :	
.....	

Activités

Chiffre d'affaires des sociétés implantées en France :

Effectif des sociétés implantées en France :

Activités réellement exercées :

.....

Conseil

En communication	En marketing
<input type="checkbox"/> Gestion de crise	<input type="checkbox"/> Etudes de marchés, sondages, tests
<input type="checkbox"/> Création ou gestion d'image	<input type="checkbox"/> Force de vente
<input type="checkbox"/> Incentive	<input type="checkbox"/> Organisation logistique et commerciale, gestion achats/production/stocks
<input type="checkbox"/> Relations médias/publiques	<input type="checkbox"/> Politique de prix
<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Observatoire concurrence, veille technologique
.....	<input type="checkbox"/> Autre :
.....
En management	En organisation
<input type="checkbox"/> Stratégie commerciale : externalisation, fusion, re-localisation, réorganisation, restructuration	<input type="checkbox"/> Solutions technologiques : automatisation/informatique
<input type="checkbox"/> Gestion du risque client	<input type="checkbox"/> Gestion de la chaîne logistique
<input type="checkbox"/> Stratégie internationale	<input type="checkbox"/> Externalisation
<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Autre :
.....
.....

En qualité	En RH, évolution professionnelle
<input type="checkbox"/> Accompagnement dans le domaine de la qualité et démarche de certifications <input type="checkbox"/> Audit qualité <input type="checkbox"/> Management de la qualité <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Recrutement <input type="checkbox"/> Accompagnement social des restructurations <input type="checkbox"/> Gestion des conflits sociaux, négociations <input type="checkbox"/> Outplacement <input type="checkbox"/> Systèmes de rémunérations, classifications <input type="checkbox"/> Gestion de la mobilité <input type="checkbox"/> Coaching <input type="checkbox"/> Autre :
En opérations financières	Autre (précisez)
<input type="checkbox"/> Conseil pur <input type="checkbox"/> Financement <input type="checkbox"/> Audit, comptabilité, fiscalité <input type="checkbox"/> Liquidation, administration judiciaire <input type="checkbox"/> Fusion, acquisition <input type="checkbox"/> Autre :	

Clientèle

Quels ont été vos plus importants clients au cours des trois dernières années, en termes de chiffre d'affaires ?

Client	Domaine d'activité	Montant du marché

Prévention

Avez-vous une personne dédiée à la gestion des réclamations de tiers ? Oui Non

A la suite d'une réclamation ou d'un sinistre, avez-vous pris des mesures pour éviter le renouvellement de réclamations ou de sinistres de même nature ? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez lesquelles :

Cadre juridique

Vos interventions font-elles l'objet systématiquement de cahier des charges ? Oui Non

Acceptez-vous des clauses d'aggravation de votre responsabilité ? Oui Non

Acceptez-vous des clauses d'abandon de recours ? Oui Non

Faites-vous appel à des sous-traitants ou des prestataires de service ? Oui Non

Si oui, pour quelle partie de votre activité ?

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)

Vos antécédents

Avez-vous déjà été assuré pour votre risque RC professionnelle ? Oui Non

Si oui, précisez auprès de quel assureur et vos plafonds de garantie :

Avez-vous fait l'objet de réclamations ou avez-vous déclaré des sinistres mettant en cause votre responsabilité civile professionnelle au cours des 5 dernières années précédant immédiatement la signature de ce questionnaire ? Oui Non

Dans l'affirmative, merci de compléter le tableau ci-dessous :

Année	Nature	Montant	Statut		
			En cours	Réglé	Sans suite

Avez-vous connaissance de faits ou circonstances susceptibles de donner lieu à l'avenir à des réclamations à votre rencontre ? Oui Non

Dans l'affirmative, merci de préciser les faits ou circonstances :

En dehors des renseignements fournis ci-dessus, existe-t-il d'autres faits ou informations relatifs au présent questionnaire qui devraient être communiqués à l'assureur pour son appréciation du risque ? Oui Non

Si oui, merci de préciser lesquels :

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 fausse 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 :