



Assurances

Votre société indépendante  
de courtage en assurances

## RESPONSABILITÉ CIVILE PRESTATAIRES DE SERVICES



POUR RENVoyer VOTRE DEMANDE, MERCI DE NOUS LA RETOURNER SOIT :

• **PAR COURRIER À**

**PFA Assurances**  
31 Boulevard Jean Mathon  
07200 AUBENAS

• **PAR FAX AU**

09 55 93 21 70  
(Tél. 09 50 93 21 70)

• **PAR MAIL À**

[contact@pfa-assurances.fr](mailto:contact@pfa-assurances.fr)

[www.pfa-assurances.fr](http://www.pfa-assurances.fr)

RCS AUBENAS 502 149 776 - ORIAS N° 08040624

## FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE RISQUE **RESPONSABILITÉ CIVILE** **PRESTATAIRES DE SERVICES**

### PROPOSANT

Nom : .....

Adresse : .....

Ville : .....

Code SIRET : ..... **Code NAF (INSEE) :** .....

Numéro client (obligatoire) : .....

Projet AN       AN à établir       Remplacement du contrat n° .....

Date d'effet : \_\_\_\_\_\_      Échéance principale : \_\_\_\_\_\_

Fractionnement : \_ (A,S,T)

### Présentation de l'entreprise

• Forme juridique : .....

• Date de création de l'entreprise : .....

• Adresse du site internet de l'entreprise : .....

• Désignation des personnes physiques ou morales devant avoir la qualité d'assuré :  
.....  
.....

S'agit-il d'un groupe d'entreprise ?  OUI     NON  
(si oui, joindre un organigramme)

• Procédure collective (sauvegarde, redressement judiciaire) au cours des 3 dernières années :  
 OUI     NON

**DESCRIPTION DÉTAILLÉE DES ACTIVITÉS :**

(joindre tout document de présentation de l'entreprise : plaquettes, brochures...)

Activité 1 : ..... Part du CA correspondant : .....

.....

.....

.....

Activité 2 : ..... Part du CA correspondant : .....

.....

.....

.....

Activité 3 : ..... Part du CA correspondant : .....

.....

.....

.....

**PRINCIPAUX CLIENTS :**

.....

.....

**ÉLÉMENTS QUANTITATIFS :**

- Effectif de l'entreprise (personnel salarié ou non y compris intérimaires) : .....
- Rémunérations<sup>(1)</sup> : .....
- Chiffre d'affaires : .....

	Année précédente	Année en cours	Prévision année à venir
France			
Prestations réalisées pour des clients étrangers :			
- dans les pays de l'Union Européenne, la Suisse, Andorre et Monaco			
- dans d'autres pays (précisez lesquels) :			
.....			
.....			

(1) rémunérations :

- montant total des sommes figurant sur la déclaration annuelle des salaires faite à l'administration fiscale ou sur tout document qui lui serait substitué
- 50 % du montant hors taxes des factures des entreprises de travail temporaire ayant procuré du personnel intérimaire à l'assuré.

## Analyse du risque

Cochez la (les) case(s) répondant à la situation de l'entreprise et complétez.

### FAUTE INEXCUSABLE DE L'EMPLOYEUR :

La mise à jour du document unique d'évaluation des risques professionnels pour la sécurité et la santé est-elle conforme aux dispositions de l'article R4121-2 du code du travail ?  OUI  NON

### PRESTATIONS RÉALISÉES

■ Certaines prestations relèvent – elles d'une profession réglementée ?

- OUI Nature des prestations .....
- .....
- % du CA .....
- NON

■ Des documents ou des biens appartenant à des tiers sont-ils confiés à l'entreprise ?

- OUI Lesquels .....
- .....
- Valeur .....
- NON

■ Le proposant est-il amené à intervenir chez des tiers ?

- OUI Nature des prestations .....
- .....
- % du CA .....
- NON

■ Le proposant réalise-t-il la mise en œuvre pour le compte du client des solutions qu'il propose ?

- OUI Nature des prestations .....
- .....
- % du CA .....
- NON

- Clients de l'entreprise :  Particuliers  Professionnels

■ Les clients exercent-ils une de leurs activités dans un des domaines suivants ?

<input type="checkbox"/> Aéronautique	si oui, nature des prestations :
<input type="checkbox"/> Spatial	si oui, nature des prestations :
<input type="checkbox"/> Atomique – nucléaire	si oui, nature des prestations :
<input type="checkbox"/> Automobile	si oui, nature des prestations :
<input type="checkbox"/> Environnement	si oui, nature des prestations :
<input type="checkbox"/> Médical	si oui, nature des prestations :

■ **Si des prestations sont destinées à des clients étrangers, précisez :**

Les secteurs d'activité : .....

.....

.....

La nature des prestations : .....

.....

.....

**SOUS-TRAITANCE**

**L'entreprise fait-elle appel à des sous-traitants ?**

OUI Nature des prestations sous-traitées .....

.....

.....

% du CA .....

Origine géographique des sous-traitants :

France

Union Européenne - Suisse - Andorre - Monaco

Autres pays (précisez) : .....

NON

**ENGAGEMENTS CONTRACTUELS**

*(Joindre un exemplaire des contrats que le proposant élabore ou qui émanent de ses clients : cahier des charges, contrat type...)*

■ **Le proposant dispose-t-il d'un contrat type ?**

OUI pour toutes les prestations

OUI pour une partie des prestations

Nature des prestations .....

.....

.....

% du CA .....

NON pour toutes les prestations

■ **Les contrats passés avec certains clients comportent-ils à titre habituel des clauses entraînant une aggravation de responsabilité (clause pénale, transfert de responsabilité) ?**

OUI Nature des prestations .....

.....

.....

*(Joindre les contrats concernés)*

NON

■ **L'entreprise a-t-elle, à titre habituel, renoncé à recours envers ses cocontractants (sous-traitants, bureaux d'études, titulaires de brevets qu'elle exploite...) ?**

OUI Nature des prestations .....

.....

.....

*(Joindre les contrats concernés)*

NON

■ **L'entreprise vérifie-t-elle que ses sous-traitants sont bien assurés ?**  OUI  NON

## Point assurances

■ **Société d'Assurance garantissant l'entreprise jusqu'à aujourd'hui :** .....  
*(Dans toute la mesure du possible joindre une copie du contrat.)*

■ **Budget assurance Responsabilité civile actuel :** .....

■ **Ce contrat a-t-il été résilié par l'assureur ?**

- OUI      Pour quel motif ? :       résiliation après sinistre       pour non-paiement de prime  
 à l'échéance       autre (à préciser) .....
- NON

■ Litiges et réclamations survenus au cours des cinq dernières années (y compris faute inexcusable suite à accident du travail ou maladie professionnelle) :

Date	Circonstances	Nature C : corporels M : matériel I : Immatériel	Position actuelle du dossier EC : en cours SS : clos sans suite CP : clos avec paiement	Montants	
				Évaluation	Règlements à ce jour

## Responsabilité des Dirigeants (RCMS)

**En complément du contrat d'assurance Responsabilité Civile de votre entreprise, pensez à votre responsabilité personnelle encourue quotidiennement dans l'exercice de vos fonctions de Dirigeant.**

**Pour bénéficier d'une couverture dédiée, précisez les points suivants :**

- Les filiales et les entités extérieures de votre entreprise sont exclusivement implantées en France ou dans des pays de l'Espace Economique Européen.       OUI       NON
- Votre entreprise, ses filiales et ses entités extérieures ne sont cotées sur aucun marché boursier réglementé, ni en France ni à l'étranger.       OUI       NON
- Les situations financières de votre entreprise et de chacune de ses filiales sont positives (Résultat d'exploitation, Résultat net et Capitaux propres positifs) sur les deux derniers exercices.       OUI       NON
- Votre entreprise et ses filiales n'ont pas connaissance, après vérifications, de faits, circonstances et/ou fautes susceptibles de donner lieu à une réclamation à l'encontre de leurs dirigeants et/ou de ceux de leurs entités extérieures.       OUI       NON
- Votre entreprise et ses filiales n'ont pas connaissance, après vérifications, de réclamations introduites à l'encontre de leurs dirigeants et/ou de ceux de leurs entités extérieures.       OUI       NON

**Si vous avez répondu « non » à au moins une des questions ci-dessus, nous vous remercions de bien vouloir nous communiquer les derniers comptes consolidés (ou à défaut, les derniers comptes sociaux) de votre entreprise et de chacune de ses filiales.**

**Le montant de garantie conseillé** est de 10 % du CA.

Si vous souhaitez un devis pour un montant différent, merci de préciser ce montant : .....



Assurances

- « Je reconnais avoir été informé(e) conformément à l'Article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée :
- du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-dessus ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou fausse déclaration prévues aux Articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances ;
  - que les destinataires des données personnelles me concernant pourront être d'une part, et en vertu d'une autorisation de la Commission nationale de l'Informatique et Libertés, les collaborateurs, tant en France qu'au Maroc, de l'assureur responsable du traitement dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution des contrats d'assurances, et d'autre part, ses intermédiaires, réassureurs, organismes professionnels habilités ainsi que les sous-traitants missionnés ;
  - que mes données peuvent être utilisées dans la mesure où elles sont nécessaires à la gestion et à l'exécution des autres contrats souscrits auprès de lui ou auprès des autres sociétés du Groupe auquel il appartient ;
  - que je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès d'AXA, Service Information Clients, 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex pour toute information me concernant ;
  - que les données recueillies par l'assureur lors de la souscription et les actes de gestion peuvent être utilisées par le Groupe AXA à des fins de prospection commerciale auxquelles je peux m'opposer en cochant la case ci-contre :  »

Fait à ..... le .....

Le proposant