

QUESTIONNAIRES PROPOSITIONS

RC PROFESSIONNELLE ET GARANTIES FINANCIÈRES

CGPA PRO

- ▶ MANDATAIRE D'INTERMÉDIAIRE D'ASSURANCE (MIA)
- ▶ MANDATAIRE D'ASSURANCE (MA)
- ▶ MANDATAIRE D'INTERMÉDIAIRE EN OPÉRATIONS DE BANQUE ET EN SERVICES DE PAIEMENT (MIOBSP)
- ▶ MANDATAIRE EN OPÉRATIONS DE BANQUE ET EN SERVICES DE PAIEMENT (MOBSP)



DOCUMENTS À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT AU PRÉSENT QUESTIONNAIRE PROPOSITION

- ▶ La copie du mandat
- ▶ Un extrait K-BIS mentionnant les activités exercées
- ▶ Une copie des statuts si vous exercez en société
- ▶ Le CV du préposant ou du mandataire social
- ▶ Un compte prévisionnel d'exploitation sur 3 ans ou le compte de résultat du dernier exercice comptable de votre société
- ▶ Un relevé d'informations de votre assureur R.C. Professionnelle et Garantie Financière (si vous avez débuté votre activité antérieurement à la présente demande de souscription) et, en cas d'existence d'un sinistre, joindre une lettre explicative.

Il est nécessaire de répondre exactement et sincèrement à TOUTES les questions posées afin d'éviter le refus de prise en charge d'un sinistre en cas de déclaration inexacte.

L'ensemble des informations relatives aux modalités d'utilisation et de protection de vos données personnelles figure dans la politique de protection des données personnelles consultable à l'adresse suivante (<http://www.cgpa.fr>) ou sur simple demande auprès de nos services aux coordonnées figurant sur le présent document.

CHAPITRE 1

ACTIVITÉS EXERCÉES

DATE D'EFFET SOUHAITÉE DU CONTRAT : ___ / ___ / _____

► **Intermédiaire d'Assurance (IA) :**

Exercez-vous en tant que :

Mandataire d'Assurance (MA) Mandataire d'Intermédiaire d'Assurance (MIA)

► **Intermédiaire en Opérations de Banque et en Services de Paiement (IOBSP) :**

Exercez-vous en tant que :

Mandataire d'un établissement de crédit (MOBSP) Mandataire d'IOBSP (MIOBSP)

CHAPITRE 2

APPROCHE GLOBALE

1. SOUSCRIPTEUR

► **Numéro de SIREN :** □□□ □□□ □□□

► **Numéro RCS :** □□□ □□□ □□□

► **Numéro ORIAS :** □□ □□□ □□□

En cas de création d'activité, si ce numéro ne vous a pas encore été attribué, vous devrez nous le communiquer dès qu'il vous sera délivré.

► **Tél. bureau :** **Tél. portable :**

► **E-mail :**

► **S'agit-il d'une création ?** OUI NON

► **Sous quelle forme exercez-vous ?**

PERSONNE PHYSIQUE

Nom et prénom :

Exercez-vous en EIRL ? OUI NON

Adresse principale du lieu d'exercice :

.....

Adresse personnelle :

.....

PERSONNE MORALE

Dénomination Sociale :

Adresse du Siège Social :

.....

Forme Juridique :

Dirigeant(s)/ Représentant Légal :

Nom, prénom, et adresse personnelle du ou des dirigeant(s) pouvant engager la société :

.....

.....

.....

2. ANTÉCÉDENTS

Il s'agit des antécédents professionnels du proposant ou du représentant légal.
Les questions ci-après concernent toutes les activités déclarées au présent questionnaire proposition ou précédemment exercées.

► **Le proposant ou son représentant a-t-il déjà exercé l'une des activités figurant dans le tableau ci-dessous ?**

OUI NON

Si oui, veuillez remplir le tableau :

ACTIVITÉS EXERCÉES	ASSUREUR RC PRO	N° DE POLICE	PÉRIODE DE GARANTIE	MOTIF DE RÉSILIATION
<input type="checkbox"/> IA <input type="checkbox"/> AGENT GÉNÉRAL <input type="checkbox"/> COURTIER <input type="checkbox"/> MA <input type="checkbox"/> MIA <input type="checkbox"/> IOBSP/DB <input type="checkbox"/> MOBSP <input type="checkbox"/> COURTIER <input type="checkbox"/> MIOBSP <input type="checkbox"/> DB <input type="checkbox"/> ALPSI <input type="checkbox"/> CIF <input type="checkbox"/> DF <input type="checkbox"/> ITIFC				

► **Si vous avez été Agent Général :**

- Date d'entrée dans la profession : ___ / ___ / ____

- Date de fin de mandat : ___ / ___ / ____

- Avez-vous déjà été révoqué par une compagnie d'assurance mandante ou démissionné sur sa demande ?

OUI NON

► **Avez-vous fait l'objet d'une fermeture de Code Courtage ?**

OUI NON

► **Avez-vous fait l'objet d'une sanction disciplinaire (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, Autorité des Marchés Financiers) ?**

OUI NON

► **La responsabilité civile professionnelle du proposant ou de son représentant a-t-elle déjà été mise en cause ?**

OUI NON

► **Le proposant a-t-il connaissance d'un fait pouvant donner lieu ultérieurement à une réclamation à l'encontre du proposant, ses associés, dirigeants ou personnes dont il répond (salariés, mandataires) ?**

OUI NON

► **Avez-vous déjà fait l'objet au cours des cinq dernières années :**

- d'un redressement judiciaire OUI NON
- d'une liquidation judiciaire OUI NON
- de poursuites pénales ou judiciaires OUI NON

► **Avez-vous déjà subi une perte financière en raison de fraude, détournement ou malversation d'un dirigeant, associé ou employé au cours des 5 dernières années ?**

- OUI NON

En cas de réponse positive à l'une ou plusieurs des questions précédentes, veuillez préciser les circonstances et les raisons par courrier séparé.

CHAPITRE 3

LES GARANTIES RC

1. GARANTIE RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

1.A EN QUALITÉ DE MA OU MIA

NOM DU MANDANT	N° SIREN	ASSUREUR RC PRO	N° DE POLICE	DATE DU MANDAT	MONTANT DE VOTRE CA

1.B EN QUALITÉ MOBSP OU MIOBSP

NOM DU MANDANT	N° SIREN	ASSUREUR RC PRO	N° DE POLICE	DATE DU MANDAT	MONTANT DE VOTRE CA

2. GARANTIE RESPONSABILITÉ CIVILE EXPLOITATION

► Êtes-vous titulaire d'une garantie responsabilité civile exploitation pour votre / vos activités professionnelles ?

OUI NON

Si oui, auprès de quelle Compagnie ?

.....

Si non, souhaitez-vous souscrire cette garantie responsabilité civile exploitation auprès de CGPA ?

OUI NON

3. GARANTIE RESPONSABILITÉ CIVILE DES MANDATAIRES SOCIAUX

(si le proposant est une personne morale)

► Souhaitez-vous souscrire une garantie Responsabilité Civile des Mandataires Sociaux ?

OUI NON

Si oui, précisez le montant de garantie choisi :

350 000 €

500 000 €

1 000 000 €

1 500 000 €

2 000 000 €

► Le proposant ou son représentant légal ont-ils déjà souscrit cette garantie ?

OUI NON

Si oui, précisez le nom de l'assureur :

► La responsabilité civile des mandataires sociaux du proposant ou de son représentant légal a-t-elle déjà été mise en cause ?

OUI NON

Dans l'affirmative, expliquez les raisons et les suites données :

.....
.....
.....
.....

CHAPITRE 4

LES GARANTIES FINANCIÈRES

1. MANDATAIRE D'INTERMÉDIAIRE D'ASSURANCE (MIA) MANDATAIRE D'ASSURANCE (MA)

► **Souhaitez-vous souscrire une garantie financière pour cette activité ?**

OUI NON

Si oui, renseigner impérativement les trois questions suivantes :

► **Bénéficiez-vous de mandats écrits d'encaissement émanant de compagnies d'assurances ou d'intermédiaires d'assurance ?**

OUI NON

Si oui, joindre impérativement les mandats

► **Le mandat d'encaissement des primes délivré a-t-il été révoqué ?**

OUI NON

► **Un mandataire social, directeur, associé, commettant ou préposé du proposant a-t-il déjà fait l'objet de poursuites pénales ou investigations judiciaires pour détournements de fonds, pertes ou malversations ?**

OUI NON

► **Avez-vous déjà souscrit une garantie financière conforme aux dispositions des articles L512-7 / L530-1 du Code des assurances auprès d'un autre organisme ?**

OUI NON

Si oui, veuillez nous préciser le nom de l'organisme ainsi que la date à laquelle la garantie a cessé :

.....

► **Estimez le montant de la Garantie Financière dont vous avez besoin en complétant le tableau suivant:**

Si ce montant est inférieur ou égal à 115 000 € les articles R512-15 et A512-5 du Code des assurances vous imposent néanmoins de justifier d'une garantie financière au moins égale à la somme de 115 000 €.

Montant des encaissements effectués ces douze derniers mois par votre Cabinet (cotisations comptant, termes et règlements de sinistres).

€

Montant des encaissements pour lesquels en tant qu'Intermédiaire d'assurance, vous avez reçu d'une entreprise d'assurance un mandat écrit, vous chargeant expressément de l'encaissement des primes et du règlement des sinistres (chiffre annuel)

€

Montant servant de base au calcul de la garantie

€

Le montant de la garantie financière (2/12^{es} des fonds totalisés ci-dessus) est de :

€

2. MANDATAIRE D'INTERMÉDIAIRE EN OPÉRATIONS DE BANQUE ET EN SERVICES DE PAIEMENT / MANDATAIRE EN OPERATIONS DE BANQUE ET EN SERVICES DE PAIEMENT (MOBSP)

► Des fonds transitent-ils par votre cabinet (sans être encaissés) sous forme de chèques ou d'espèces, afin d'être remis aux établissements de crédit ou de paiement ?

OUI NON

► Encaissez-vous des fonds destinés à être reversés aux établissements de crédit ou de paiement ?

OUI NON

Si vous avez répondu par oui à l'une des deux questions précédentes, vous avez l'obligation de justifier d'une garantie financière pour cette activité (art. L519-4 du Code monétaire et financier).

► Souhaitez-vous souscrire cette garantie financière auprès de CGPA ?

OUI NON

Si oui, renseignez impérativement les deux questions suivantes :

► Un mandataire social, directeur, associé, commettant ou préposé du proposant a-t-il déjà fait l'objet de poursuites pénales ou investigations judiciaires pour détournements de fonds, pertes ou malversations ?

OUI NON

► Avez-vous déjà souscrit une garantie financière conforme aux dispositions des articles L519-4 / L530-1 du Code monétaire et financier auprès d'un autre organisme ?

OUI NON

Si oui, veuillez nous préciser le nom de l'organisme ainsi que la date à laquelle la garantie a cessé :

.....

Il est nécessaire de répondre exactement et sincèrement à TOUTES les questions posées afin d'éviter le refus de prise en charge d'un sinistre en cas de déclaration inexacte.

Toute modification des éléments faisant l'objet des questions figurant dans les parties grisées doit, conformément à l'article L113-2 alinéa 3 du Code des assurances, être déclarée dans les 15 jours où l'assuré en a eu connaissance, par lettre recommandée, chaque fois que ces modifications aggravent le risque ou rendent caduques ou inexactes les réponses faites à l'assureur dans le présent questionnaire.

Acceptation du risque : Conformément à l'article L112-2 du Code des assurances, la présente proposition d'assurance n'engage ni l'assuré, ni l'assureur. CGPA se réserve donc le droit, en fonction des réponses faites par le proposant, de refuser tout ou partie du risque.

Le soussigné :

Certifie que les réponses faites par lui sont, à sa connaissance, exactes, sachant qu'il s'expose, en cas de réticence, de fausse déclaration intentionnelle, d'omission ou de déclaration inexacte, aux sanctions prévues par les articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances.

Accepte que cette déclaration serve de base aux contrats à intervenir dans les termes des Dispositions Générales CGPA PRO DG2019, des Conventions Spéciales et Conventions Garanties Financières s'y rattachant.

Reconnaît avoir pris connaissance du document de présentation de CGPA conforme aux articles L521-3 et L521-6 du Code des assurances et du document d'information relatif au produit CGPA PRO conformément à l'article L112-2 du Code des assurances.

Fait à :

Le ___ / ___ / _____

SIGNATURE

MODALITÉS DE PAIEMENT DE LA COTISATION

► **Comment souhaitez-vous régler la cotisation d'assurance :**

- Par chèque annuel
- Par virement annuel
- Par prélèvement En 10 mensualités Annuel



**Société d'assurance mutuelle à cotisations variables régie par le Code des assurances
et soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution
4 Place de Budapest CS 92459 – 75436 Paris Cedex 9)**

Siège social : 125 rue de la Faisanderie CS 31666 – 75776 Paris Cedex 16

SIRET N° 784 702 367 00037 – Code APE 6512 Z