

QUESTIONNAIRES PROPOSITIONS

RC PROFESSIONNELLE ET GARANTIE FINANCIÈRE

CGPA PRO



DOCUMENTS À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT AUX PRÉSENTS QUESTIONNAIRES PROPOSITIONS

- ▶ Le mandat ou l'attestation de nomination
- ▶ 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 :

Agent Général Courtier Mandataire d'Assurance (MA) Mandataire d'IA (MIA)

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

Exercez-vous en tant que :

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

Démarcheur Bancaire (DB)

► **Agent Lié de Prestataire de Services en Investissements (ALPSI)**

CHAPITRE 2

APPROCHE GLOBALE

1. SOUSCRIPTEUR

► **Numéro de SIREN :** □□□ □□□ □□□

► **Numéro RCS** (si activité de courtage) : □□□ □□□ □□□

► **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. LOCAUX

► **Travaillez-vous dans les mêmes locaux qu'un autre professionnel ?**

OUI NON

Si oui, indiquez son nom, ses coordonnées et son activité :

.....

.....

.....

► **Utilisez-vous du personnel en commun avec un autre professionnel ?**

OUI NON

Si oui, indiquez son nom, ses coordonnées et son activité :

.....

.....

.....

3. TERRITORIALITÉ

► **Avez-vous des établissements secondaires (ou succursales) ou des filiales ?**

OUI NON

► **Exercez-vous en libre prestation de services (LPS) ?**

OUI NON

Si oui, précisez :

	NOMS	PAYS	TYPE DE CONTRATS PROPOSÉS	PART DE VOTRE CA SI > 10 %
Pour quelles sociétés d'Assurance				

► **Proposez-vous des services d'intermédiation d'assurance en dehors de l'Union Européenne ?**

OUI NON

Si oui, précisez :

TYPE DE CONTRATS PROPOSÉS	PAYS CONCERNÉS	PART DE VOTRE CA SI > 10 %

4. ANTÉCÉDENTS

Il s'agit des antécédents professionnels du proposant ou du représentant légal.
Les questions ci-après concernent toutes les activités déclarées aux présents questionnaires
propositions ou précédemment exercées.

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

- Date d'entrée dans la profession : ___ / ___ / ____
- Avez-vous déjà été révoqué par une compagnie d'assurance mandante ou démissionné sur sa demande ?
 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 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 rachat de portefeuille, le précédent agent avait-il souscrit une garantie RC Professionnelle ?**

OUI NON

Si oui : Nom du précédent agent :

Nom de l'assureur :

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 AGENT GÉNÉRAL

► Nom de la compagnie mandante :

.....

► Date de nomination : __ / __ / ____

► Montant de votre chiffre d'affaires prévisionnel :

Agent général

.....€

► Exercez-vous en association ?

OUI NON

Si oui, veuillez remplir le tableau ci-dessous :

NOM DE L'ASSOCIÉ	PRÉNOM DE L'ASSOCIÉ	NUMÉRO ORIAS

1.B COURTIER

► Date de début d'activité : __ / __ / ____

► Montant de votre chiffre d'affaires prévisionnel :

Courtier €

► Placez-vous des risques par l'intermédiaire d'autres distributeurs d'assurance tels que des courtiers grossistes ou des représentants de compagnies intervenant en LPS ?

OUI NON

Si oui, précisez :

NOM DES DISTRIBUTEURS	COORDONNÉES	RISQUES PLACÉS

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

► Date de début d'activité : __ / __ / ____

► Montant de votre chiffre d'affaires prévisionnel :

MIA €

1.D INTERMÉDIAIRE EN OPÉRATIONS DE BANQUE ET EN SERVICES DE PAIEMENT ET DÉMARCHAGE BANCAIRE (IOBSP/DB)

► Date de début d'activité : __ / __ / ____

► Montant de votre chiffre d'affaires prévisionnel :

IOBSP €

DB €

TOTAL €

1.E AGENT LIÉ DE PRESTATAIRE DE SERVICES D'INVESTISSEMENTS (ALPSI)

► Date de début d'activité : __ / __ / ____

► Nom de l'établissement mandant :

► Montant de votre chiffre d'affaires prévisionnel :

ALPSI €

2. 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

LA GARANTIE FINANCIÈRE

1. INTERMÉDIAIRE D'ASSURANCE

► **Souhaitez-vous souscrire une garantie financière pour l'activité de courtage ?**

OUI NON

Si oui, renseignez impérativement les trois questions suivantes :

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

OUI NON

Si oui, joindre impérativement les mandats

► **Une compagnie qui vous a donné mandat d'encaissement des primes a-t-elle révoqué ce mandat ?**

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 ci-contre :**

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 : €

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 inexacts 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 des documents d'information relatifs aux produits 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 – 75773 Paris Cedex 16

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