

QUESTIONNAIRES PROPOSITIONS

RC PROFESSIONNELLE ET GARANTIES FINANCIÈRES

CGPA PRO

- ▶ AGENT GÉNÉRAL (IA)
- ▶ COURTIER D'ASSURANCE (IA)
- ▶ MANDATAIRE D'INTERMÉDIAIRE D'ASSURANCE (MIA)
- ▶ INTERMÉDIAIRE EN OPÉRATIONS DE BANQUE ET EN SERVICES DE PAIEMENT (IOBSP) / DÉMARCHEUR BANCAIRE (DB)
- ▶ CONSEILLER EN INVESTISSEMENTS FINANCIERS (CIF) / DÉMARCHEUR FINANCIER (DF)
- ▶ INTERMÉDIAIRE EN TRANSACTIONS SUR IMMEUBLES ET FONDS DE COMMERCE (ITIFC)



DOCUMENTS À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT AUX PRÉSENTS QUESTIONNAIRES PROPOSITIONS

- ▶ En tant qu'Agent Général, 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.
- ▶ Si vous avez des mandataires, joindre pour chacun d'eux la copie du mandat que vous leur avez délivré ainsi que l'attestation d'assurance R.C. Professionnelle.

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 de crédit (MOBSP) Courtier

Mandataire d'IOBSP (MIOBSP)

Démarcheur Bancaire (DB)

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

► **Conseiller en Investissements Financiers (CIF)**

► **Démarcheur Financier (DF)**

► **Intermédiaire en Transactions sur Immeubles et Fonds de Commerce (ITIFC)**

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.

► Enseigne commerciale (le cas échéant) :

► 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 :

.....

.....

.....

► **La société a-t-elle participé ces 10 dernières années à des opérations de fusion- absorption ?**

OUI NON

Si oui, précisez :

.....

.....

► **La société et son dirigeant sont-ils administrateurs ou actionnaires d'une entreprise d'assurance ou d'un établissement financier ?**

OUI NON

Si oui, précisez :

NOM DE LA SOCIÉTÉ	COORDONNÉES / SIREN	% DU CAPITAL SOCIAL DÉTENU

► **La société fait-elle partie d'un groupe ?**

OUI NON

Si oui, indiquez les autres entités du groupe (si plus de deux sociétés, joindre la liste exhaustive sur papier libre) :

NOMS	SIREN	ACTIVITÉS (CODE NAF)	ASSUREUR RC PRO

► **La société a-t-elle des liens capitalistiques avec toute autre société financière, industrielle ou commerciale ?**

OUI NON

Si oui, précisez :

NOM DE LA SOCIÉTÉ	COORDONNÉES / SIREN	ACTIVITÉS	% DU CAPITAL SOCIAL DÉTENU

2. MANDATAIRES

► Avez-vous des Mandataires ?

OUI NON

Si oui, indiquez sous le tableau suivant vos MIA/MIOBSP (si plus de deux MIA/MIOBSP, joindre la liste exhaustive sur papier libre) :

NOMS	COORDONNÉES	N° ORIAS	EXCLUSIF (OUI /NON)	NOM DE L'ASSUREUR RC PRO ET GARANTIE FINANCIÈRE + N° CONTRAT

3. 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 :

.....
.....

4. TERRITORIALITÉ

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

OUI NON

Si oui, précisez :

	ACTIVITÉS (CODE NAF)	ADRESSE	PAYS	CHIFFRE D'AFFAIRES	ASSUREUR RC PRO
Établissements secondaires ou succursales					
Filiales					

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

OUI NON

Si oui, précisez :

	NOMS	PAYS CONCERNÉS	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 %

5. 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.

► **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 : ___ / ___ / _____

- 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 rachat de portefeuille, le prédécesseur avait-il souscrit une garantie RC Professionnelle ?**

OUI NON

Si oui : Nom du prédécesseur :

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 (ou 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 (ou prévisionnel) :

Courtier

..... €

► Avez-vous une activité d'audit et conseil en assurances à titre exclusif ?

OUI NON

Si oui, quel est le montant de votre chiffre d'affaires pour cette activité ?

► Indiquez la nature des risques que vous placez et la proportion du chiffre d'affaires correspondante :

NATURE DU RISQUE	% DE VOTRE CA	COMPAGNIE

► Avez-vous une activité de courtier grossiste ?

OUI NON

Si oui, précisez :

SOCIÉTÉ D'ASSURANCE	TYPE DE CONTRATS PROPOSÉS	PART DE VOTRE CA SI > 20 %

► 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 :

NOMS DES DISTRIBUTEURS	COORDONNÉES	RISQUES PLACÉS

► Travaillez-vous en tant que représentant d'une compagnie étrangère (pas de siège en France) qui vous aurait donné mandat et/ou délégation de souscription et/ou de gestion ?

OUI NON

Si oui, joindre **impérativement** les mandats.

► Avez-vous des délégations de gestion de sinistres pour compte de tiers ?

OUI NON

Si oui, joindre **impérativement** les mandats ou protocoles de gestion que vous avez signés pour cette activité.

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

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

► Montant de votre chiffre d'affaires (ou prévisionnel) :

IOBSP	€
DB	€
	TOTAL €

► Agissez-vous en vertu d'un mandat exclusif délivré par un établissement de crédit ou un établissement de paiement ?

OUI NON

Si oui, indiquer le nom de l'établissement de crédit ou de l'établissement de paiement qui vous a donné mandat :

.....

► Agissez-vous en vertu de plusieurs mandats délivrés par des établissements de crédit ou établissements de paiement ?

OUI NON

Si oui, indiquez le nom des établissements de crédit ou établissements de paiement qui vous ont donné mandat :

.....

► Agissez-vous en vertu de mandats délivrés par vos clients ?

OUI NON

► L'(es) établissement(s) qui vous mandate(nt) en tant qu'IOBSP, vous mandate(nt)-t-il(s) également en tant que Démarcheur Bancaire (selon l'article L341-1 alinéa 2 du Code monétaire et financier) ?

OUI NON

1.D ALPSI

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

► Nom de l'établissement mandant :

.....

► Montant de votre chiffre d'affaires (ou prévisionnel) :

ALPSI	€
-------	-------	---

1.E CONSEIL EN INVESTISSEMENTS FINANCIERS ET DÉMARCHAGE FINANCIER (CIF ET DF)

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

► Montant de votre chiffre d'affaires (ou prévisionnel) :

CIF	€
DF	€
TOTAL	€

► Nom et coordonnées de l'Association agréée par l'AMF qui vous a immatriculé en tant que CIF ?

.....

► Date à laquelle vous êtes devenu membre de cette association : __ / __ / ____

► Précisez la nature de votre activité de Conseil :

- Fourniture de services d'investissement selon l'article L321-1 du Code Monétaire et Financier ?
- Réalisation d'opérations sur biens divers selon l'article L551-1 du Code Monétaire et Financier ?
- Fourniture de service de réception et de transmission d'ordre pour le compte de tiers ?
- Autres activités de conseil en gestion de patrimoine ?

Précisez :

- Rédaction de consultations juridiques ou d'actes sous seing privé pour autrui ?

► Fournissez-vous des conseils aux entreprises en matière de structure de capital, de stratégie industrielle et de questions connexes, ainsi que des services concernant les fusions et rachats d'entreprise ?

- OUI NON

ATTENTION ! Les activités de conseil aux entreprises en matière de structure de capital, de stratégie industrielle et de questions connexes n'entrent pas dans le champ de la garantie de CGPA.

► Détenez-vous des mandats d'arbitrage de vos clients ?

- OUI NON

► Disposez-vous de mandats de commercialisation ?

- OUI NON

Si oui, précisez auprès de quels établissements :

.....

► Disposez-vous de mandats de démarchage financier ?

- OUI NON

Si oui, précisez auprès de quels établissements :

.....

1.F INTERMÉDIAIRE EN TRANSACTIONS SUR IMMEUBLES ET FONDS DE COMMERCE (ITIFC)

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

► Montant de votre chiffre d'affaires (ou prévisionnel) :

ITIFC	€
-------	-------	---

- ▶ Êtes-vous titulaire d'une carte professionnelle « Transactions sur immeubles et fonds de commerce » ?
 OUI NON
 Si oui, joignez une copie
- ▶ Numéro de carte :
- ▶ Date de délivrance par la chambre de commerce et d'industrie territoriale ou par le président de la chambre de commerce et d'industrie départementale d'Ile-de-France : __ / __ / ____
- ▶ Nom de la CCI dont vous dépendez :

- ▶ Numéro de la CCI dont vous dépendez :
- ▶ Préciser le nombre moyen de transactions immobilières réalisées ou prévisibles annuellement :

- ▶ Intervenez-vous sur le fondement de mandat ?
 OUI NON
 Si oui, exercez-vous en vertu d'un mandat exclusif ?
 OUI NON
- ▶ Intervenez-vous au titre d'une compétence juridique appropriée dans le cadre de la rédaction de consultations juridiques ou d'actes sous seing privé pour autrui (CJA – Loi n°71-1130 du 31 décembre 1971) ?
 OUI NON
- ▶ Souhaitez-vous souscrire une garantie RC Professionnelle à ce titre auprès de CGPA ?
 OUI NON

ATTENTION ! Les activités de gestion immobilière, les opérations touristiques et la promotion immobilière n'entrent pas dans le champ de la garantie de CGPA.

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

LES GARANTIES FINANCIÈRES

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-dessous :**

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. INTERMÉDIAIRE EN OPÉRATIONS DE BANQUE ET EN SERVICES DE PAIEMENT (IOBSP)

- **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 :

.....

3. INTERMÉDIAIRE EN TRANSACTIONS SUR IMMEUBLES ET FONDS DE COMMERCE (ITIFC)

La garantie financière n'est obligatoire qu'en cas de détention et/ou réception de fonds.

- Recevez-vous et/ou détenez-vous ou allez-vous recevoir et/ou détenir des fonds, effets ou valeurs à l'occasion d'une transaction immobilière ?
- OUI NON

Si vous avez répondu par oui à cette question, vous avez l'obligation de justifier d'une garantie financière pour cette activité (dispositions Loi Hoguet).

- Souhaitez-vous souscrire une garantie financière au titre de cette activité auprès de CGPA ?
- OUI NON

Si oui, renseignez impérativement les trois 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 de la loi Hoguet 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 :

.....

- Veuillez nous donner les coordonnées du compte bancaire exclusivement affecté à la réception ou à la remise de ces fonds, effets ou valeurs :

.....

- Quel est le montant maximal des sommes détenues ou reçues l'année précédente ?

.....

Joindre un arrêté de compte certifié exact par un expert-comptable

- Quel est le montant maximum des sommes que vous envisagez détenir ou recevoir ?

.....

- Montant de la garantie financière souhaitée :

- Jusqu'à 2 ans d'activité (art. 32 Décret n°72-678 du 20 juillet 1972) 30 000 €
- Montant minimum (art. 30 Décret n°72-678 du 20 juillet 1972) 110 000 €
- Autres montants au-delà de 110 000 €

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 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 annuel Par prélèvement fractionné



**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 00045 – Code APE 6512 Z