



QBE

France

Assurance Responsabilité Professionnelle des Entreprises de la Sécurité

QUESTIONNAIRE

1. ASSURES

1. Nom(s) ou Raison(s) sociale(s) de l'ensemble des entités à assurer :

a. Souscripteur du contrat :

b. Autres entités à assurer :

2. Adresse(s) du/des Assuré(s) :

3. Date de début d'activité :

4. Date et numéro de l'autorisation préfectorale :

5. Numéro SIREN :

6. Certification :

Oui

Non

7. Autres agréments (APCAD,):

Oui

Non

Si oui, veuillez préciser :

2. EFFECTIF

a. Effectif total France, y compris intérimaires :

- A temps plein :

- A temps partiel :

b. Montant des salaires :

c. Mode de recrutement (armée, gendarmerie):

d. Le personnel dispose-t-il des clés des locaux gardés ou surveillés : Oui

Non

e. Le personnel est-il armé : Oui

Non

f. A quel organisme de formations faites-vous appel :

g. Justification de l'aptitude professionnelle (décret du 6 septembre 2005)

Parmi les dirigeants et salariés devant justifier de leur aptitude professionnelle, veuillez indiquer le mode de justification

	Certification professionnelle	Exercice continu de la profession
Nb de dirigeants		
Nb de salariés		

h. Répartition de l'effectif par nature de poste

Nature de poste	Nb de personnes	Ancienneté moyenne dans l'entreprise
Agents de sécurité		
Maîtres-chiens		
Rondiers		
Intervenants		
Inspecteurs magasins		
Inspecteurs arrière-caisses		
Pompiers – IGH		
Huissiers, caissières, hôtesses		
Gardes du corps		
Convoyeurs de fonds		
Autres Veuillez préciser :		

3. CHIFFRE D'AFFAIRES

Veuillez préciser le chiffre d'affaires perçu :

Missions	Exercice passé	Exercice en cours	Estimation pour le prochain exercice
en France			
Pays autres que ci-dessus (indiquer les pays et le CA correspondant)			
TOTAL			

a. Le champ ou l'importance de vos activités ont-ils été modifiés du fait notamment de fusions, acquisitions ou cessions ces cinq dernières années ? Oui Non
 Dans l'affirmative veuillez fournir les détails de ces opérations (1).

b. Anticipez-vous un changement important dans vos activités dans les douze mois à venir ? Oui Non
 Dans l'affirmative veuillez préciser ci-après (1).

4. DETAIL DES ACTIVITES

a. Veuillez indiquer la répartition de votre chiffre d'affaires (en pourcentage) pour l'exercice passé :

Missions	En lien direct avec le client	En sous-traitance	Rétrocessions à des sous-traitants (1)
Surveillance, gardiennage (y compris pompiers, caissiers, huissiers, hôtesses)			
Interventions sur alarme (levée de doutes)			
Télésurveillance sans intervention (2)			
Télésurveillance avec intervention (2)			
Transport de fonds et valeurs et/ou transport de documents			
Protection rapprochée			
Systèmes de détection Intrusion et/ou Incendie et/ou gestion technique et/ou contrôle d'accès (conception, fabrication, négoce, installation, maintenance, dépannage,) Si oui, veuillez préciser la nature de la prestation et le domaine d'intervention			
Etudes, audit, conseil et assistance dans la mise en œuvre de moyens de sécurité Si oui, veuillez préciser la nature de la prestation et le domaine d'intervention			
Formation, préparation aux métiers de la sécurité			
Stockage, conservation de sauvegardes informatiques et documents assimilés			
Autres : Si oui, veuillez préciser			

(1) Dans le cas où, un ou plusieurs sous-traitants représenteraient chacun plus de 10 % de votre volume d'activité, merci de bien vouloir préciser pour chaque sous-traitant :

- Nom, adresse et nature de la prestation sous-traitée

(2) **Si oui** : décrire sommairement l'organisation des équipes et du matériel utilisé :

.....

- Le matériel utilisé est-il agréé APSAD : Oui Non

- Les prestations donnent-elles lieu à délivrance d'un certificat N31 : Oui Non
Si oui, quelle est la part du CA correspondant :

- Nombre de véhicules de l'entreprise utilisés pour la réalisation des prestations de télésurveillance :

b. Ventilation du chiffre d'affaires facturé (en pourcentage) par secteur de clientèle

Secteur d'activité	% de Chiffre d'affaires
Immeubles de Grande Hauteur	
Autres immeubles d'habitation ou de bureaux	
Commerces	
Grande distribution	
Sites industriels	
Entrepôts	
Sites militaires ou classés Défense Nationale	
Banques	
Administrations, collectivités locales	
Sites nucléaires	
Sites hospitaliers	
Sites portuaires	
Aéroports	
Spectacles, manifestations sportives	
Foires, expositions	
Chantiers	
Autres, précisez :	

5. REFERENCES

Veillez indiquer vos cinq clients les plus importants :

Nom	Nature de la prestation	Montant du CA

6. ANTECEDENTS

a. Le souscripteur est-il actuellement assuré ?

Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser :

Nom de la compagnie d'assurance :

Date de renouvellement :

Montant de garantie RC Professionnelle :

Montant de la dernière prime annuelle (y compris régularisation éventuelle) :

Taux de cotisation HT :

b. Le risque a-t-il fait l'objet d'un refus, d'une résiliation ?

Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer le motif ci-après (1).

c. La responsabilité civile des personnes désignées en 1. ci-avant a-t-elle été mise en cause ces cinq dernières années ? Oui Non

Dans l'affirmative, préciser les dates, causes, circonstances, montants réclamés et conséquences financières de ces mises en cause (1).

d. Avez-vous connaissance de circonstances dont on pourrait raisonnablement penser qu'elles vont amener des réclamations à l'encontre des personnes désignées en 1. ci-avant, et qui seraient susceptibles d'être couvertes par l'assurance ? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez détailler (1).

7. ASSURANCE SOUHAITEE

Quel montant de garantie souhaitez-vous ?

Quel montant de franchise par sinistre envisagez-vous de conserver à votre charge ?

Toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive, toute omission ou déclaration inexacte par le proposant de circonstances du risque connues de lui, entraîne l'application, suivant le cas, des sanctions prévues aux articles L.113-8 et L.113-9 du Code des Assurances.

Le présent questionnaire est la base servant à la souscription du contrat, et sera réputé faire partie intégrante du futur contrat d'assurance.

Je soussigné, déclare

- être autorisé à compléter le présent questionnaire pour le compte de l'ensemble des personnes souhaitant être l'objet de la couverture ; et
- que mes réponses sont, à ma connaissance, conformes à la vérité et que je n'ai pas caché de circonstances quelconques qui auraient dû être communiquées à la Compagnie.

FAIT A LE 200

Nom :

Titre :

Société :

Signature :

(1) Sont à fournir en annexe au présent questionnaire toutes informations détaillées qui n'auraient pu trouver place dans les espaces laissés libres.

Pièces à joindre obligatoirement :

- Plaquette commerciale
- Statistique sinistre sur 5 ans émanant de votre précédent assureur
- Curriculum Vitae des dirigeants et responsables techniques
- Spécimen de contrat pour chacune des missions réalisées et figurant au paragraphe 4.