

ATTENTION :

questionnaire à compléter exclusivement sous PDF et à renvoyer obligatoirement avec les documents à notre adresse e-mail : production@opticourtage.com

Veillez compléter intégralement cette demande de tarification (si possible électroniquement) et nous le retourner, signé et daté avec les pièces demandées pour garantir une parfaite étude de votre dossier.

Détails de l'Assuré(e)

Nom / Raison sociale : _____

Adresse complète : _____

N° SIREN : _____ Adresse email : _____

Année de création : _____ Adresse du site Web : _____

Numéro Licence d'Amiante _____ Tel : _____

Date de la demande : _____

Déscription de(s) l'activité(s) que le proposant souhaite assurer :

Documents à joindre obligatoirement (format PDF)

- CV/ Qualifications (gérant et ouvrier principaux)
- Brochures de la société
- Compte de bilan

Noms et adresses des autres sociétés et filiales si différents (y compris celles qui sont inactives)

Veillez fournir les noms complets de tous les administrateurs /gérants :

Répartition du Chiffre d’Affaire Annuel

Responsabilité Civile par sinistre € _____

Franchise applicable € _____

Retrait/Désamiantage et travail annexe € _____

Repérage d’Amiante/ Conseil € _____

Démolition mécanique € _____

Démolition non-structurelle € _____

Autres Travaux du Bâtiments € _____

Autres revenus (précisez) € _____

Règlement faits aux sous-traitants (précisez la nature des travaux effectués) € _____

Chiffre d’Affaire Total € _____

Informations générales

Etes- vous membre d'une association professionnelle de l'amiante : si oui, veuillez donner les détails ci-dessous :

Santé et sécurité du personnel

Avez-vous un gérant ou un salarié spécialement formé en charge des questions de sécurité et de santé ?

oui

non

Faites-vous appel à un cabinet spécialisé externe dans ce domaine ?

oui

non

Si oui, vérifiez -vous que celui-ci soit couvert en RC Professionnelle ?

oui

non

Avez-vous été poursuivi ou fait l'objet d'une interdiction, en cours ou non, de la part du Ministère des Affaires sociales et de la Santé ou de l'Inspection du Travail à l'égard de vos activités ?

oui

non

Si oui, veuillez préciser : _____

Demandez-vous le certificat médical le plus récent aux nouveaux opérateurs et faites-vous passer des examens médicaux réguliers aux opérateurs existants, conformément aux exigences du Ministère des Affaires sociales et de la Santé ou de l'Inspection du Travail ?

oui

non

Prévoyez-vous de faire des activités à l'extérieur du territoire français ?

oui

non

Si oui, veuillez préciser :

Types d'activités exercées

Lieux d'intervention

Travaillez-vous en relation avec l'un des domaines suivants :

Lieux accueillant le public	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	____%
Sites nucléaires / substances radioactives	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	____%
Raffineries / hauts-fourneaux	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	____%
Aéroports / Avions / Aires de trafic	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	____%
Docks / quais / plates-formes et installations offshore	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	____%
Tours / Flèches / Clochers / Tuyaux de cheminées	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	____%
Ponts / Viaducs	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	____%
Centrales d'Énergie ou Pylônes	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	____%
Mines / carrières / Percement de tunnels	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	____%
Navires / Bateaux / Aéroglisseurs	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	____%
Chemins de fer	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	____%

L'un des éléments suivants est-il utilisé par votre entreprise ?

Travail du bois ou Machines à moteur	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Ascenseurs, monte-charge, grues ou autres appareils de levage	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Élingues ou Berceaux	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Échafaudage	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Tout autre matériel mécanique	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Procédés impliquant un niveau de bruit supérieur à 85 dB	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Si OUI effectuez-vous une évaluation du bruit		
Les substances radioactives ou d'autres sources de rayonnements ionisants	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Chaleur	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Explosifs	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Si oui, veuillez donner des détails ci-dessous ;

Faute inexcusable

RC Exploitation/Après-Livraison

Nombre total de salariés _____

Rémunérations versées aux employés (salariés et sous-traitants) :

Personnel de bureau, de gestion, d'administration, des ventes
autres que travailleurs manuels € _____

Superviseurs € _____

Retrait d'amiante € _____

Autres (précisez)

€ _____

€ _____

Paiements aux entreprises de travail temporaire de l'amiante

€ _____

TOTAL

€ _____

Machines/Matériel

Louez-vous pour vos besoins du matériel selon des conditions de location CAP, ou similaire ?

oui non

Louez-vous à des tiers du matériel selon des conditions de location CAP, ou similaire ?

oui non

Si oui, louez-vous ou mettez-vous en location du matériel selon d'autres conditions que la CPA,
merci de joindre une copie du contrat de location

Votre propre matériel est-il entretenu régulièrement ?

oui non

Avez-vous un carnet d'entretien ?

oui non

Le matériel est-il enregistré auprès de la centrale d'inscription du matériel ?

oui non

Veillez indiquer les le matériel / machines ci-dessous :

Matériel

Valeur

_____	€ _____
_____	€ _____
_____	€ _____
_____	€ _____
_____	€ _____
_____	€ _____
_____	€ _____
_____	€ _____
_____	€ _____
_____	€ _____
_____	€ _____
_____	€ _____
_____	€ _____
_____	€ _____
_____	€ _____
_____	€ _____

Informations complémentaires :

États financiers

En ce qui vous concerne, un administrateur ou un associé de l'entreprise ou la personne à assurer, ont-ils :

- Été déclaré coupable ou accusée (mais pas encore jugé) d'une infraction pénale ? oui non

- Fait l'objet (à titre personnel ou professionnel) de mesures de redressement ou de liquidation fait l'objet) de mesures de redressement ou de liquidation ? oui non

- Exerce un mandat d'administrateur/associé d'une entreprise 6 mois avant ou pendant la liquidation judiciaire/dissolution pour raison d'insolvabilité oui non

Si vous avez répondu "oui" à l'un des point ci-dessus, veuillez nous fournir les détails :

FAIT SIGNIFICATIF - AVIS IMPORTANT

L'absence de déclaration de faits significatifs pourrait entraîner l'annulation de votre police. Par faits importants nous entendons les faits qui pourraient influencer sur l'acceptation ou sur l'évaluation de votre demande de garanties. Si vous avez le moindre doute concernant les informations, vous devez le déclarer.

Autres informations que vous jugez importantes pour la souscription de cette demande d'assurance :

DECLARATION

Par la présente, nous déclarons qu'à notre connaissance, toutes les déclarations faites sur ladite demande de tarification sont exactes et complètes et que nous avons signalé que tous les faits importants devant être communiqués aux Assureurs leur ont été divulgués.

Nous nous engageons à prendre toutes les précautions normales et raisonnables pour assurer la sécurité du personnel.

Nous acceptons que ce document constitue la base du contrat d'assurance entre les Assureurs et nous-mêmes en tant qu'Assuré.

IMPORTANT

Il est nécessaire que vous nous informiez de tous les faits qui sont susceptibles d'influencer vos Assureurs dans l'acceptation ou de l'évaluation de votre assurance. Ne pas le faire pourrait invalider cette assurance. Si vous êtes dans le doute si un fait peut influencer vos Assureurs vous devez le déclarer.

Le manquement de documents et/ou informations peut ralentir le procédé de Souscription sur le marché de Londres auprès des Assureurs.

Ni EISL ni les Assureurs ne seront responsables en cas de :

- Questionnaire incomplet
- Documents manquants nécessaires à la souscription
- Informations de souscription manquantes

La présente proposition doit être signée et datée par le client avant toute étude pour cotation.

L'Assuré(e) : _____

Fait le : _____

Signature de l'Assuré(e) : _____