

# proposition d'assurance / **RC Professionnelle**



**assurance de la  
responsabilité civile  
professionnelle**

**réinventons / l'assurance**



# proposition d'assurance

## assurance de la responsabilité civile professionnelle

Code service D07/448 – FAX : 02/622.81.85 – E-Mail : [professionalliability.production@axa.be](mailto:professionalliability.production@axa.be)

### 1. Intermédiaire d'assurances

Dénomination du bureau : _____	Forme juridique : _____
Rue : _____	N° : _____ Bte : _____
Code postal : _____	Localité : _____
Téléphone : _____	N° compte Cie : _____
Mail : _____	Références : _____

### 2. Preneur d'assurance

**personne physique**

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_ Sexe : F  M

Rue : \_\_\_\_\_ N° : \_\_\_\_\_ Bte : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

N° Entreprise : \_\_\_\_\_

Chiffres d'affaires réalisé durant les trois derniers exercices : \_\_\_\_\_ EUR/ \_\_\_\_\_ EUR/ \_\_\_\_\_ EUR

**personne morale**

Dénomination : \_\_\_\_\_ Forme juridique : \_\_\_\_\_

Siège social : Rue : \_\_\_\_\_ N° : \_\_\_\_\_ Bte : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

N° d'entreprise : \_\_\_\_\_

Date de constitution de la société : \_\_\_\_\_

Chiffre d'affaires réalisé durant les 3 derniers exercices : \_\_\_\_\_ EUR/ \_\_\_\_\_ EUR/ \_\_\_\_\_ EUR

Administrateurs (ou gérants) :

<i>nom et prénom</i>	<i>date de naissance</i>	<i>nationalité</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

# proposition d'assurance

## assurance de la responsabilité civile professionnelle

**antécédents** si le preneur d'assurance est une personne morale, à compléter individuellement pour la personne morale elle-même et pour chaque associé actif

Nom	_____	_____	_____	_____	_____
• Avez-vous déjà été assuré en rc professionnelle ? Si oui,	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- auprès de quelle compagnie ?	_____	_____	_____	_____	_____
- n° de contrat (veuillez joindre une copie de celui-ci)	_____	_____	_____	_____	_____
- pour quels montants ?	_____	_____	_____	_____	_____
- à quelle date le contrat a-t-il pris fin ?	_____	_____	_____	_____	_____
- pour quel motif ?	_____	_____	_____	_____	_____
- le contrat doit-il prévoir une couverture d'antériorité ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
• Votre responsabilité a-t-elle, à tort ou à raison, été mise en cause au cours des 10 dernières années ? Si oui,	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- combien de fois ?	_____	_____	_____	_____	_____
- à quelle(s) date(s) ?	_____	_____	_____	_____	_____
- dans quelles circonstances ?	_____	_____	_____	_____	_____
- pour quels montants ?	_____	_____	_____	_____	_____
- réclamation ?	_____	_____	_____	_____	_____
- réserves ?	_____	_____	_____	_____	_____
- débours ?	_____	_____	_____	_____	_____
- compagnie(s) concernée(s) ?	_____	_____	_____	_____	_____
• Avez-vous connaissance d'éléments ou de circonstances susceptibles d'influencer l'appréciation du risque par l'assureur (arrêt temporaire des activités, exercice d'activités nouvelles, mesures disciplinaires et/ou condamnations pénales liées à votre activité professionnelle, autres,...) Si oui,	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- lesquelles ?	_____	_____	_____	_____	_____
- à quelle(s) date(s) ?	_____	_____	_____	_____	_____
- dans quelles circonstances ?	_____	_____	_____	_____	_____

# proposition d'assurance

## assurance de la responsabilité civile professionnelle

### 3. Personnel de l'entreprise

à compléter pour toute personne exerçant une fonction technique au sein de l'entreprise y compris le preneur d'assurance personne physique

#### staff technique

nom	_____	_____	_____	_____
prénom	_____	_____	_____	_____
date de naissance	_____	_____	_____	_____
diplôme(s)	_____	_____	_____	_____
pays, établissement, année de délivrance	_____	_____	_____	_____
expérience professionnelle	_____	_____	_____	_____
association(s) professionnelle(s)	_____	_____	_____	_____
statut dans l'entreprise	_____	_____	_____	_____

#### personnel d'exécution

• nombre ? \_\_\_\_\_

nom et prénom	fonction	formation
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

#### personnel administratif

• nombre ? \_\_\_\_\_

• montant des appointements au cours de l'exercice écoulé ? \_\_\_\_\_

#### sous-traitants *collaborateur indépendant, autre entreprise, .....*

• nombre ? \_\_\_\_\_

• quel % représente leurs prestations dans le chiffre d'affaires ? \_\_\_\_\_

• nature de leurs prestations ? \_\_\_\_\_

• sont-ils assurés en rc professionnelle ? oui  non

*si oui, auprès de quel assureur ?* \_\_\_\_\_

*si non, leur responsabilité civile personnelle doit-elle être couverte ?* oui  non

• veuillez préciser l'identité et la formation (ou le titre) de chacun d'eux :

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

# proposition d'assurance

## assurance de la responsabilité civile professionnelle

### 4. Activités à assurer

#### description

- Veuillez décrire précisément les activités à assurer :

---

---

---

---

- Veuillez joindre :

1° un exemplaire du contrat-type passé avec vos clients

2° le cas échéant, un exemplaire de la maquette de présentation de l'entreprise (ou site web).

- Exercez-vous certaines de ces activités à l'étranger ?

oui  non

<i>Si oui, lesquelles ?</i>	<i>pays ?</i>	<i>% du chiffre d'affaires ?</i>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

- Prestez-vous en qualité de sous-traitant ?

oui  non

<i>si oui, pour quelle(s) entreprise(s) ?</i>	<i>% du chiffre d'affaires ?</i>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

#### références

- Citez vos cinq principaux clients

<i>nom</i>	<i>nature des prestations</i>	<i>% du chiffre d'affaires</i>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

### 5. Remarques éventuelles

---

---

---

---

---

---

---

---

# proposition d'assurance

## assurance de la responsabilité civile professionnelle

### 6. Couverture

#### garanties

responsabilité civile professionnelle seule ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
responsabilité civile professionnelle et exploitation ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
responsabilité civile exploitation seule ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
protection juridique en responsabilité civile exploitation ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

#### montants

• responsabilité civile professionnelle :	125.000 EUR	<input type="checkbox"/>
	250.000 EUR	<input type="checkbox"/>
	375.000 EUR	<input type="checkbox"/>
	500.000 EUR	<input type="checkbox"/>
	autre (à préciser) :	_____
• responsabilité civile exploitation :	dommages corporels	1.250.000 EUR
	dommages matériels	125.000 EUR
	protection juridique	15.000 EUR

### 7. Précisions

- a) La présente proposition d'assurance est destinée uniquement à informer la compagnie des caractéristiques du risque à couvrir et n'engage ni le proposant ni la compagnie à conclure le contrat; par conséquent, la signature de la proposition ne fait pas courir la couverture d'assurance.
- b) Toutefois, la compagnie s'oblige, sous peine de dommages et intérêts, à conclure le contrat si, dans les trente jours de la réception de la proposition, elle n'a pas notifié au proposant, soit une offre d'assurance, soit la subordination de l'assurance à une demande d'enquête, soit le refus d'assurer.
- c) Le proposant certifie sincères et véritables dans tous leurs détails, même si elles ne sont pas écrites de sa main, les déclarations figurant dans la présente proposition et les annexes éventuelles devant servir de base au contrat d'assurance.
- d) Les données communiquées peuvent être traitées par la compagnie d'assurances en vue du service à la clientèle, de l'acceptation des risques, de la gestion des contrats et des sinistres ainsi que du règlement des prestations.  
En vue d'offrir les services les plus appropriés, ces données pourront être communiquées aux entreprises de notre groupe ou aux entreprises en relation avec celles-ci.  
Les personnes concernées donnent leur consentement pour le traitement des données relatives à leur santé lorsqu'elles sont nécessaires à l'acceptation, la gestion et l'exécution du contrat par les gestionnaires intervenant dans le cadre de ce contrat. Ce traitement est prévu par la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée.  
Toutes les informations seront traitées avec la plus grande discrétion.  
Les personnes concernées peuvent connaître ces données et les faire rectifier et s'opposer gratuitement à leur traitement à des fins de direct marketing au moyen d'une demande datée et signée accompagnée d'une photocopie recto verso de la carte d'identité, adressée au service clientèle de la compagnie.
- Il y a lieu de cocher cette case, si les personnes concernées ne veulent pas être informées des actions de direct marketing de la compagnie.
- De plus amples informations peuvent être obtenues auprès du service clientèle de la compagnie.
- La compagnie d'assurances pourra, le cas échéant, communiquer au GIE Datassur des données à caractère personnel pertinentes dans le cadre exclusif de l'appréciation des risques et de la gestion des contrats et des sinistres y relatifs. Toute personne a le droit d'obtenir communication et, le cas échéant, rectification des données la concernant auprès de Datassur par une demande datée et signée accompagnée d'une copie de sa carte d'identité adressée à Datassur, 29, Square de Meeûs, 1000 Bruxelles.
- e) Date de prise d'effet du contrat à établir : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Le proposant,

**(02) 678 61 11**  
**www.axa.be**

4800812 - 01.2011

