



CONVERGENCE
ASSURANCE **ASSOCIATIONS**
GESTIONNAIRES ET
ORGANISMES ASSIMILÉS

Questionnaire
sur vos besoins
en assurance

RÉSERVÉ SMACL ASSURANCES

- EAS :
- Dossier suivi par :



Ce questionnaire a pour objet de recueillir vos besoins en assurance et ainsi nous permettre de vous proposer les garanties correspondant au mieux à vos exigences et à vos risques. Vos réponses et la réception des documents à joindre sont à ce titre essentielles.

Si vous êtes assuré SMACL Assurances, indiquez votre numéro d'assuré : _____

Dénomination sociale de la structure :	
Adresse du siège social :	Ville :
Code postal :	Pays :
SIREN :	
Représentant légal : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	
NOM :	Prénom :
Fonction/qualité :	
Contact	
Personne chargée du dossier assurance : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	
NOM :	Prénom :
Téléphone fixe :	Téléphone portable :
E-mail :	
Directeur / Directrice : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	
NOM :	Prénom :
Adresse du site internet officiel de la structure :	

FONCTIONNEMENT

Nombre d'adhérents (année en cours) :								
Nombre d'administrateurs :								
Nombre de salariés effectif temps plein :								
Masse salariale annuelle brute :								
Budget de fonctionnement (année en cours) :								
Filiales : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Dénomination sociale</th> <th>Adresse</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Dénomination sociale	Adresse						
Dénomination sociale	Adresse							
Établissements secondaires : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Dénomination sociale</th> <th>Adresse</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Dénomination sociale	Adresse						
Dénomination sociale	Adresse							

Vos activités vous permettent elles de bénéficier d'une exonération de taxe sur les conventions d'assurances ? (aide sociale, protection de l'enfance, aide médicale, aux personnes âgées ou handicapées...) OUI NON

Si oui : exonération partielle exonération totale

Votre structure pratique-t-elle des activités à l'étranger ? OUI NON

Si oui, préciser : - les activités concernées : _____
 - les pays concernés : _____

Votre structure finance-t-elle des activités à l'étranger ? OUI NON

Si oui, préciser : - les activités concernées : _____
 - les pays concernés : _____

SECTEURS D'ACTIVITÉS

Secteur d'activité principal :

- Santé - Sanitaire / Médico-social
- Éducation / Formation / Enseignement / Recherche
- Loisirs - Vie sociale
- Culte
- Caritatif humanitaire
- Environnement

- Action sociale / Insertion
- Culture
- Sport
- Politique
- Autres : _____

Secteur d'activité secondaire : _____

Descriptif précis des activités au sein de la structure

RESPONSABILITÉ CIVILE

Garantir les conséquences financières de votre responsabilité civile et de celle de vos membres, salariés et bénévoles agissant dans le cadre de vos activités.

Votre structure est-elle actuellement assurée pour ce risque (Responsabilité civile) ? OUI NON

Si oui, auprès de quel assureur ? _____

Êtes-vous organisateur de voyages ? NON PONCTUEL RÉCURRENT

Avez-vous recours à des sous-traitants ou prestataires pour l'exercice de vos activités ? OUI NON

Si oui,

- quelles activités sont concernées ? _____

- quelle est la part de votre budget de fonctionnement dédié au financement de ces prestations (sous-traitants) ? _____

Êtes-vous amenés à effectuer des travaux ou prestations sur des biens confiés par des tiers ? OUI NON

Si oui, quelle est la valeur maximum de ces biens confiés ? _____

Gérez-vous les biens de personnes majeures protégées ? OUI NON

Si oui, précisez le nombre de ces personnes : _____

Organisez-vous des courses, compétitions ou exhibitions soumises à autorisation préalable des pouvoirs publics ? OUI NON

Exercez-vous des activités médicales ? OUI NON

Si oui, précisez les activités : _____

SÉCURITÉ DES SALARIÉS ET BÉNÉVOLES D'ASSOCIATION

Garantir la protection juridique des salariés et bénévoles dans le cadre de l'exercice de leurs activités au sein de votre structure.

Votre structure est-elle actuellement assurée pour ce risque (protection juridique des salariés et bénévoles) ?

OUI NON

Si oui, auprès de quel assureur ? _____

Nombre de salariés (effectif temps plein) : _____

Nombre de bénévoles : _____

RESPONSABILITÉ CIVILE DES DIRIGEANTS

Garantir les conséquences financières et les frais de défense résultant de la mise en cause de la responsabilité personnelle des dirigeants de votre structure ou de ses filiales, à la suite d'une faute commise dans l'exercice de leurs fonctions.

Votre structure est-elle actuellement assurée pour ce risque (responsabilité civile des dirigeants) ?

OUI NON

Si oui, auprès de quel assureur ? _____

Vos dirigeants exercent-ils un mandat de direction pour votre compte dans d'autres structures affiliées ?

OUI NON

Si oui, nombre de filiales et dénomination sociale de ces filiales : _____

.....
.....
.....
.....
.....

Votre structure ou l'une de vos filiales fait-elle l'objet de l'une des procédures suivantes :

- mandat ad hoc, sauvegarde, conciliation
- redressement judiciaire, liquidation judiciaire

Si oui, depuis quelle date ?

Les dirigeants ont-ils déjà fait l'objet de réclamations passées ou en cours, amiables ou judiciaires ? OUI NON

Votre structure a-t-elle fait l'objet d'une résiliation au titre d'un contrat couvrant la responsabilité personnelle des dirigeants ?

OUI NON

Si oui, pour quelle raison :

Indiquez le nom de l'assureur :

INDIVIDUELLE ACCIDENTS CORPORELS

Garantir le préjudice que pourraient subir les personnes assurées en cas d'accidents corporels dont elles seraient victimes à l'occasion des activités organisées par votre structure.

Votre structure est-elle actuellement assurée pour ce risque (individuelle accidents corporels) ? OUI NON

Si oui, auprès de quel assureur ? _____

Les bénéficiaires de cette assurance sont (indiquer le nombre, ne pas comptabiliser les salariés) :

- Dirigeants :
- Membres du bureau : Ou tous les membres de la structure :
- Bénévoles actifs¹ :

¹ Personnes agissant à titre bénévole de manière active au sein de l'association, sans avoir nécessairement la qualité d'adhérent (paiement d'une cotisation).

DOMMAGES AUX BIENS

Garantir les dommages au patrimoine de votre structure suite à un événement garanti.

Votre structure est-elle actuellement assurée pour ce risque (dommages aux biens) ?

OUI NON

Si oui, auprès de quel assureur ? _____

Joindre la liste ou compléter le tableau ci-dessous

Intitulé du bâtiment	Usage du bâtiment ⁽¹⁾	Adresse postale des bâtiments	Qualité d'occupation ⁽²⁾	Superficie développée (m ²)	Assurance pour compte ⁽³⁾ (OUI / NON)
		..... CP : Ville :			
		..... CP : Ville :			
		..... CP : Ville :			
		..... CP : Ville :			
		..... CP : Ville :			
		..... CP : Ville :			
		..... CP : Ville :			
		..... CP : Ville :			
		..... CP : Ville :			
		..... CP : Ville :			

(1) Exemples : bureau, siège social, entrepôt/stockage, logement...

(2) Propriétaire occupant / Propriétaire non-occupant / Locataire / Occupant à titre gratuit

(3) Si oui, la structure demande que la garantie de SMACL Assurances soit étendue au bénéfice de l'occupant (personne physique ou morale à but non lucratif) du bâtiment ou ensemble de bâtiments désigné au contrat, pour le contenu lui appartenant.

RISQUES SPÉCIFIQUES DOMMAGES AUX BIENS

Risques spécifiques	Biens à assurer
Avez-vous du matériel informatique ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (hors téléphonie mobile)	- Matériel à garantir : (joindre la liste) - Valeur du parc informatique : _____ € - Qualité : <input type="checkbox"/> propriétaire <input type="checkbox"/> locataire - Avez-vous du matériel nomade à garantir en tous lieux ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Vos locaux abritent-ils des machines ou du matériel nécessaires à votre activité ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	- Matériel à garantir : (joindre la liste) - Valeur globale : _____ € - Qualité : <input type="checkbox"/> propriétaire <input type="checkbox"/> locataire
Avez-vous d'autres matériels/objets que vous souhaiteriez garantir en tous lieux ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	- Matériel à garantir : (joindre la liste) - Valeur globale : _____ € - Qualité : <input type="checkbox"/> propriétaire <input type="checkbox"/> locataire

Souhaitez-vous une assistance pour les véhicules de plus de 3,5 tonnes ? OUI NON

Possédez-vous des véhicules ou engins agricoles ? OUI NON

Transportez-vous des objets, matériels ou marchandises, propriété de la structure ? OUI NON

Si oui, précisez la nature et la valeur desdits objets : _____

.....
.....
.....

Certains de vos véhicules ont-ils des aménagements spécifiques ? OUI NON

(frigorifique, transport de personnes handicapées, etc.)

Si oui, précisez la nature et la valeur de l'aménagement : _____

.....
.....
.....

Souhaitez-vous bénéficier de la garantie bris de machine pour le matériel attelé aux véhicules assurés ? OUI NON

(prise en charge des frais de réparation ou de remplacement des machines ou matériels attelés, à l'occasion d'opérations de démontage et remontage de ce matériel, lorsque ces opérations sont nécessitées par des travaux d'entretien ou de réparation)

Si oui, précisez la nature et la valeur du matériel : _____

.....
.....
.....

AUTO-COLLABORATEURS

Garantir en complément ou en substitution du contrat personnel les dommages causés ou subis par les véhicules terrestres à moteur appartenant et conduits par les bénéficiaires, lorsqu'ils sont utilisés pour les besoins et dans l'intérêt exclusif de votre structure.

Votre structure est-elle actuellement assurée pour ce risque (auto-collaborateurs) ? OUI NON

Si oui, auprès de quel assureur ? _____

Vos dirigeants, salariés ou bénévoles sont-ils amenés à utiliser leurs véhicules personnels pour les besoins de votre structure ? OUI NON

Si oui, précisez les personnes concernées :

- Ensemble du personnel (préciser le nombre) : _____
- Personnel désigné (fournir la liste)
- Administrateurs/dirigeants (préciser le nombre) : _____

Nombre de km/an (estimation) : _____

Sont-ils amenés à transporter des objets, matériels ou marchandises, propriété de la structure ? OUI NON

Si oui, précisez la nature et la valeur desdits objets : _____

.....
.....
.....

Choix du type de garantie :

Garantie en substitution (en lieu et place du contrat personnel de vos collaborateurs)

Si oui, souhaitez-vous une assistance au véhicule (< 3,5T) ?

OUI NON

Garantie en complément (en complément du contrat personnel de vos collaborateurs)

DOCUMENTS À JOINDRE

- > Statuts de l'association
- > Dernier procès verbal d'assemblée générale pour les associations dont la date de création est > 1 an
- > Plaquette ou liste des activités proposées par l'association
- > Copie des comptes de résultat et compte d'exploitation

Pour l'assurance Responsabilité civile :

- > État de sinistralité Responsabilité civile (notamment si activité sociale, médico-sociale, service à la personne)

Pour l'assurance Véhicules à moteur et Auto-collaborateurs :

- > État de sinistralité Véhicules à moteur
- > Pour les flottes supérieures ou égales à 10 véhicules : liste (immatriculation, date de 1^{re} mise en circulation, puissance fiscale, PTAC, usage)
- > Pour les flottes de moins de 10 véhicules, copie des cartes grises
- > État de sinistralité Auto-collaborateurs

Pour l'assurance Dommages aux biens :

- > État de sinistralité Dommages aux biens pour une superficie supérieure ou égale à 5 000 m²

Je déclare que les réponses faites ci-dessus sont exactes et conformes à la réalité.

Je déclare être informé que les réponses faites :

- sont des éléments permettant d'apprécier les risques ;
- ont un caractère obligatoire (cf. article L.113-2, 2^o du Code des assurances).

En conséquence, je m'expose en cas de réticence, de fausse déclaration intentionnelle, d'omission ou de déclaration inexacte aux sanctions prévues par les articles L.113-8 (nullité du contrat) ou L.113-9 (notamment réductions des indemnités) du Code des assurances.

Vos données personnelles : SMACL Assurances, en qualité de responsable du traitement, recueille et utilise vos données personnelles pour la souscription, la gestion et l'exécution de votre contrat d'assurance. Vos données peuvent également être traitées dans le cadre de nos obligations en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et dans le cadre du dispositif de lutte contre la fraude mis en oeuvre dans l'intérêt légitime de SMACL Assurances et de ses sociétaires.

Pour plus d'informations sur l'utilisation de vos données ou l'exercice de vos droits (accès, rectification, opposition, etc.), consultez notre espace dédié « Données personnelles » sur notre site internet (www.smacl.fr/donnees-personnelles) ou contactez le Délégué à la protection des données : protectiondesdonnees@smacl.fr

Je ne souhaite pas recevoir les offres sur les autres produits et services de SMACL Assurances

J'accepte de recevoir les offres commerciales des membres du groupe VYV

Fait à _____, le _____

Nom du signataire : _____

Prénom du signataire : _____

Qualité du signataire : _____

Signature et cachet : _____

> **Pour plus d'informations :**

05 49 34 29 30

associations@smacl.fr