

DEPLACEMENTS PROFESSIONNELS QUESTIONNAIRE

Vous souhaitez souscrire une assurance garantissant vos salariés lors de leurs déplacements professionnels.

Nous vous remercions de bien vouloir compléter ce document afin que nous puissions vous proposer la meilleure offre d'assurance.

Le Souscripteur

Raison sociale : _____

Forme juridique : _____

Adresse du Siège social

Adresse : _____

Ville : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Email de contact : _____@_____

Effectifs du souscripteur au 1^{er} janvier de l'année : _____ (A)

Nombre de personnes amenées à se déplacer, au cours d'une année civile, pour le compte du souscripteur : _____ (B)

Date de prise d'effet souhaitée : ____/____/____

Le souscripteur :

- | | |
|---|-----------|
| • A-t-il son siège social en France exclusivement | Oui / Non |
| • Relève-t-il ou réalise-t-il des prestations dans l'un ou plusieurs secteurs d'activités suivants : | |
| ○ Mines | Oui / Non |
| ○ Sécurité, défense et armement ; | Oui / Non |
| ○ Transport, taxis, coursiers ; | Oui / Non |
| ○ Journalisme ; | Oui / Non |
| ○ Aviation et aéronautique ; | Oui / Non |
| ○ Sport professionnel et associations sportives | Oui / Non |
| ○ Plongée sous-marine professionnelle ; | Oui / Non |
| ○ Plateformes maritimes ou navires ; | Oui / Non |
| ○ Organisations non gouvernementales, associations caritatives, humanitaires ou de défense en zone à risque ; | Oui / Non |
| ○ Organisations internationales ; | Oui / Non |
| ○ Productions d'œuvres cinématographiques et audiovisuelles ou de spectacles vivants ; | Oui / Non |
| ○ Toute activité à plus de 5 mètres du sol ; | Oui / Non |
| • Fait-il l'objet d'une procédure de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaire | Oui / Non |

Date : ____ / ____ / ____

Signature du Souscripteur