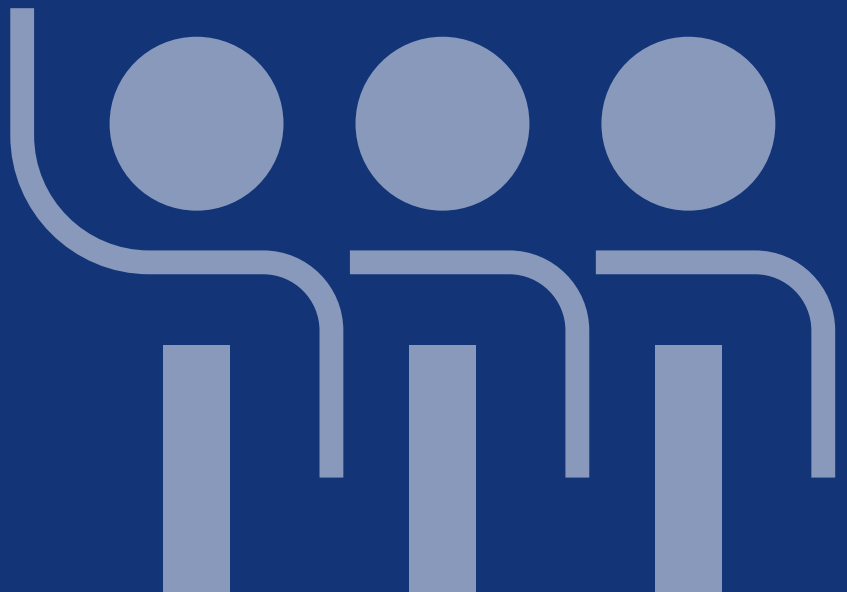


Votre

questionnaire
sur vos besoins en assurance

CONVERGENCE

Assurance associations avec salariés
et organismes assimilés



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.**

IMPORTANT > la liste des pièces à joindre à votre questionnaire est à retrouver en dernière page.

> Si vous êtes déjà assuré chez nous, indiquez votre numéro d'assuré :

DÉNOMINATION SOCIALE DE LA STRUCTURE :	
Adresse du siège social :	Ville :
Code postal :	Pays :
SIREN :	
Représentant légal : Madame Monsieur	
NOM :	Prénom :
Fonction / Qualité :	
CONTACT	
Personne chargée du dossier assurance : Madame Monsieur	
NOM :	Prénom :
Téléphone fixe :	Téléphone portable :
E-mail :	
Fonction :	
Directeur / Directrice : Madame 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 :	OUI NON
Dénomination sociale	Adresse
Établissements secondaires :	OUI NON
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
- **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 :
- **Secteur d'activité principal :**
- | | |
|--|----------------------------|
| Santé - Sanitaire / Médico-social | Action sociale / Insertion |
| Éducation / Formation / Enseignement / Recherche | Culture |
| Loisirs - Vie sociale | Sport |
| Culte | Politique |
| Caritatif humanitaire | Autres : |
| Environnement | |

► **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'organisation de vos activités ?** OUI NON
Si oui, • quelles activités sont concernées ?
• quelle est la part de votre budget de fonctionnement dédiée 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 ?
- **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 :

PROTECTION JURIDIQUE – JURIS ASSO

Garantir la protection juridique relative aux litiges liés à l'existence de la structure, à ses activités et attributions (conseils – transaction amiable – prise en charge des honoraires d'avocats ou d'experts).

- La structure est-elle assurée actuellement ? OUI NON
- Avez-vous connaissance de litiges en cours ? OUI NON
- Si oui, descriptif :

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 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 actifs⁽¹⁾ :

(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 :			
		CP : Ville :			
		CP : Ville :			

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

(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.

> **Possédez-vous des installations photovoltaïques intégrées à la toiture ou posées sur la toiture ?** OUI NON

Si oui, merci de compléter le tableau ci-dessous :

Nom du site	Adresse	Superficie de l'installation (m ²)	Puissance (kWc ou kVa)	Valeur de l'installation	Année	Mode de pose
						Posées Intégrées
						Posées Intégrées
						Posées Intégrées
						Posées Intégrées
						Posées Intégrées

> **Avez-vous signé une (des) clause(s) ou convention(s) d'assurance pour compte du propriétaire ?** OUI NON

Si oui, merci de nous joindre copie du document concerné.

> **Avez-vous signé une (des) convention(s) comportant une clause de renonciation à recours ?** OUI NON

Si oui, merci de nous joindre copie de la (des) convention(s) concernée(s).

> **Si vous possédez des bâtiments inoccupés, merci de nous transmettre les informations suivantes :**

Adresse :

Superficie :

Usage :

Si vous avez des précisions à nous apporter concernant les bâtiments, vous pouvez nous les indiquer ci-après :

SÉCURITÉ INCENDIE :

> **Vos bâtiments sont-ils équipés d'un système de vidéosurveillance ?** OUI NON

> **Vos installations électriques sont-elles vérifiées annuellement ?** OUI NON

> **Le parc d'extincteurs mobiles est-il vérifié annuellement ?** OUI NON

> **Les bâtiments sont-ils équipés :**

de robinets d'incendie armés ? OUI NON

de détecteurs automatiques d'incendie ? OUI NON

d'exutoire de fumée et de chaleur ? OUI NON

> **Quelle est la date de la dernière visite de la commission de sécurité ?**

Avis de la commission : FAVORABLE NON FAVORABLE

RISQUES SPÉCIFIQUES DOMMAGES AUX BIENS

Risques spécifiques	Biens à assurer			
<p>► Avez-vous du matériel informatique ? (hors téléphonie mobile)</p>	OUI	NON	<ul style="list-style-type: none"> - Matériel à garantir (joindre la liste) - Valeur du parc informatique : € - Qualité : propriétaire locataire - Avez-vous du matériel nomade à garantir en tous lieux ? OUI NON 	
<p>► Vos locaux abritent-ils des machines ou du matériel nécessaires à votre activité ?</p>	OUI	NON	<ul style="list-style-type: none"> - Matériel à garantir (joindre la liste) - Valeur globale : € - Qualité : propriétaire locataire 	
<p>► Avez-vous d'autres matériels/objets que vous souhaiteriez garantir en tous lieux ?</p>	OUI	NON	<ul style="list-style-type: none"> - Matériel à garantir (joindre la liste) - Valeur globale : € - Qualité : propriétaire locataire 	
<p>► Organisez-vous des expositions ?</p>	OUI	NON	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'exposition par année civile (joindre la liste) - Valeur maximale à assurer par exposition : € - Les biens exposés sont : votre propriété loués prêtés/confiés à titre gratuit - Recours à une société de gardiennage : OUI NON - Exposition en intérieur - Exposition en extérieur 	
<p>► Possédez-vous des valeurs en coffre ?</p>	OUI	NON	<ul style="list-style-type: none"> - Valeur du contenu : € 	
<p>► Pratiquez-vous du transport de fonds ?</p>	OUI	NON	<ul style="list-style-type: none"> - Trajet à garantir (lieu et distance en km) - Fréquence du trajet par an : - Valeur globale : € 	
<p>► Avez-vous des instruments de musique ?</p>	OUI	NON	<ul style="list-style-type: none"> - Matériel à garantir (joindre la liste) - Valeur globale : € - Les instruments sont : votre propriété loués prêtés/confiés à titre gratuit 	
<p>► La structure est-elle propriétaire d'animaux ?</p>			OUI	NON
Pertes d'exploitation				
<p>► Souhaitez-vous bénéficier d'une assurance pertes d'exploitation ?</p>			OUI	NON
<p>► Quel est le montant de votre marge brute ?</p>				€
<p>► Durée d'indemnisation souhaitée ?</p>	12 mois	18 mois	24 mois	

FLOTTE VÉHICULES À MOTEUR

Garantir les dommages causés ou subis par les véhicules de votre structure suite à un événement garanti.

► **Votre structure est-elle actuellement assurée pour ce risque (Véhicule(s) à moteur) ?** OUI NON

Si oui, auprès de quel assureur ?

Quel est le montant de franchise de votre contrat :

Nombre total de véhicules à assurer :

Pour les flottes de moins de 10 véhicules, merci de remplir le tableau ci-dessous.

Pour les flottes de dix véhicules ou plus, merci de nous transmettre la liste des véhicules à assurer indiquant les mêmes éléments d'information (idéalement sous format excel ou cal)

Marque et modèle	N° immatriculation / N° identification	Date 1 ^{ère} mise en circulation	Puissance fiscale / Cylindrée	PTAC ; moins de 3,5T / plus de 3,5T ⁽¹⁾	Nombre de places (bus)	Formule de garanties

(1) N (usage normal = déplacements pour les besoins de la personne morale)
 NP (usage normal et privé = usage N étendu aux déplacements privés)
 TR (usage tournées régulières = usage NP étendu aux tournées régulières effectuées pour le compte de la personne morale)

► **Pour les véhicules de moins de 3,5 tonnes :**
souhaitez-vous bénéficier d'une assistance en cas de panne ou d'accident avec véhicule de remplacement ? OUI NON

► **Pour les véhicules de plus de 3,5 tonnes :**
souhaitez-vous bénéficier d'une assistance en cas de panne ou d'accident ? OUI NON

► **Possédez-vous des véhicules ou engins agricoles ?** OUI NON

► **Transportez-vous des objets, matériels ou marchandises, propriétés de la structure ?** OUI NON
 Si oui, préciser la nature et la valeur desdits objets :

► **Certains de vos véhicules ont-ils des aménagements spécifiques ?** OUI NON
 (frigorifiques, transport de personnes handicapées, etc.)
 Si oui, préciser 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, préciser 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, préciser 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, propriétés de la structure ?** OUI NON
Si oui, préciser 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, :

- quel est le montant de franchise de votre contrat actuel ?
- 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

POUR L'ASSURANCE VÉHICULES À MOTEUR ET AUTO-COLLABORATEURS :

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

POUR L'ASSURANCE DOMMAGES AUX BIENS :

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

DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

SMACL Assurances et SMACL Assurances SA, en qualité de responsables conjoints du traitement, recueillent et utilisent 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 œuvre dans l'intérêt légitime de SMACL Assurances, de SMACL Assurances SA et de leurs assurés. Enfin, vos données personnelles peuvent être utilisées dans l'intérêt légitime de SMACL Assurances et SMACL Assurances SA pour effectuer des opérations relatives à la gestion des prospects. 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

DÉCLARATIONS DE LA STRUCTURE

Déclare que les informations fournies ci-dessus sont complètes et sincères

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° 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.

Fait à _____, le _____

Nom et prénom du signataire :

Qualité du signataire :

Signature et cachet :

smacl.fr



05 49 34 29 30 associations@smacl.fr

Sauf exceptions précisées ci-après, vos contrats sont distribués et assurés par **SMACL ASSURANCES SA** - Société anonyme au capital de 260 071 379,48 euros, entreprise régie par le Code des assurances, RCS Niort n° 833817224. 141, avenue Salvador-Allende - CS 20000 - 79031 NIORT Cedex 9. Les contrats Protection juridique Juris Asso, Responsabilité civile des dirigeants et Sécurité des salariés et bénévoles d'associations sont assurés par **SMACL ASSURANCES** - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes régie par le Code des assurances. RCS Niort n° 301 309 605. Siège social : 141, avenue Salvador-Allende - CS 20000 - 79031 Niort Cedex 9, et distribué par **SMACL ASSURANCES SA**.



01/2023 - Conception : Direction de la marque et de la communication SMACL Assurances.

