

Personne à assurer :	Né(e) le
----------------------	----------

INFORMATIONS SUR LA PERSONNE A ASSURER

- Entreprise(s) dans laquelle (lesquelles) vous exercez votre activité et/ou vous êtes actionnaire
 - Nom
 - Adresse
 - N° RCS (SIREN)
 - Pourcentage détenu% Valeur correspondante.....€
- Êtes-vous ou avez-vous été mis en cause dans une procédure administrative ou judiciaire (à l'exception des infractions au code de la route) ? OUI NON
 - Si oui, à quelle date, à quel titre et pour quelles raisons ?
- Bénéficiez-vous de mesures de protection rapprochée (port d'arme, garde du corps...) ? OUI NON
 - Si oui, lesquelles et pour quelles raisons ?

RISQUES SPECIAUX : SPORTS & TRANSPORTS

- Utilisez-vous un cycle à moteur ? OUI NON
 - En tant que moyen de transport uniquement ? OUI NON
 - Si oui, précisez type d'engin, cylindrée et Kilométrage annuel
- Utilisez-vous en tant que pilote ou passager des engins aériens (hors lignes commerciales régulières) ? OUI NON
- Pratiquez-vous des sports OUI NON
 - Si oui, précisez lesquels et si vous pratiquez en compétition

EN CAS DE PRATIQUE DES ACTIVITES SUIVANTES, IL Y A LIEU DE REMPLIR UN QUESTIONNAIRES SPECIFIQUE SELON L'ACTIVITE :

- Activités **aériennes** (Aérostation, Aviation, Deltaplane, Parachutisme, Parapente, ULM), Activités **nautiques** (Motonautisme, Plongée, Yachting avec navigation au-delà de 20 milles des côtes), **Alpinisme** (Escalade et Trekking inclus), **Équitation** (si pratique autre que randonnée équestre, manège), **Sports mécaniques** (Automobile, Motocyclisme), **Sports de neige** (si ski ou randonnée à une altitude ³ à 3.000 mètres, surf, raid, expédition à ski)

RISQUES SPECIAUX : SEJOURS A L'ETRANGER

- Effectuez-vous des séjours hors de l'Espace Économique Européen, l'Australie, le Canada, les Etats-Unis, le Japon, la Nouvelle Zélande, Singapour et la Suisse ? OUI NON
 - Si oui, précisez quels pays, le nombre de séjour par an, la durée moyenne, le motif et si vous résidez dans les grands centres urbains principalement ?
 - 1.....
 - 2.....
 - 3.....
 - 4.....

Annexe A – Emprunt

ASSURANCES DETENUES A CE JOUR

- Indiquez les différentes assurances DECES-INCAPACITE-INVALIDITE (capital ou rente) pour lesquels vous êtes déjà assuré

	I	II	III	Négociation en cours
• Société d'assurances
• Objet de l'assurance
• Contractant
• Bénéficiaires
• Montant garanti (capital/rente)
• Décès toutes causes
• Décès par accident
• Incapacité
• Invalidité
• Date d'effet
• Date d'échéance
• La présente demande est-elle destinée à remplacer un ou des contrats en vigueur ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
• Si oui, laquelle (I, II ou III) ?			

BUT DE L'ASSURANCE DEMANDEE

- Si le contrat demandé comporte plusieurs buts d'assurance, indiquer impérativement chaque but ainsi que le montant assuré correspondant. **Quel que soit le but d'assurance, des documents sont à fournir : voir tableau**

<input type="checkbox"/> Revenu de remplacement	Montant assuré à ce titre
<input type="checkbox"/> Droits de succession (voir définition ci-dessous)	Montant assuré à ce titre
<input type="checkbox"/> Emprunt personnel (complétez annexe A)	Montant assuré à ce titre
<input type="checkbox"/> Emprunt société (complétez annexe A)	Montant assuré à ce titre
<input type="checkbox"/> Homme-clé <u>non</u> lié à un prêt (complétez annexe B)	Montant assuré à ce titre
<input type="checkbox"/> Homme-clé <u>lié</u> à un prêt (complétez annexes A & B)	Montant assuré à ce titre
<input type="checkbox"/> Couverture Associés	Montant assuré à ce titre
<input type="checkbox"/> Couverture Investisseur (voir définition ci-dessous)	Montant assuré à ce titre

COUVERTURE DROITS DE SUCCESSION

L'objet de cette couverture est de permettre, en cas de décès de l'assuré, le règlement des droits de succession par le bénéficiaire. Par conséquent, toute autre garantie que la garantie Décès toutes causes ou Décès par accident n'est pas justifiée (notamment la garantie PTIA). Toutefois, une garantie complémentaire (invalidité, incapacité...) peut être souscrite si l'assuré en est le bénéficiaire.

COUVERTURE INVESTISSEUR

Contrat dont le but est de compenser les effets pécuniaires pour l'entreprise, donc pour les investisseurs, de la disparition de l'homme-clé, garant de l'innovation à l'origine de l'investissement.

Les réponses à ce questionnaire sont obligatoires. Les conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration sont celles prévues par le Code des Assurances (Art. L113-8 : nullité du contrat et Art. L113-9 : réduction des indemnités).

L'assureur et le réassureur se réservent le droit de demander les informations complémentaires qu'ils jugeraient nécessaires.

Les soussignés peuvent demander la communication et la rectification de toute information les concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la Compagnie d'Assurance, du Réassureur. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé au siège de la Compagnie d'assurance (loi 78-17 du 6 janvier 1978)

Pour approbation des informations fournies

SIGNATURE OU CACHET DU CONTRACTANT
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

SIGNATURE DE LA PERSONNE A ASSURER
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

DATE

DATE

Mentions légales

SSN, S.A.S de courtage en assurances au capital social de 100 000 € - Siège social : 118, rue Roger Mathurin - CS 60021 -13395 Marseille Cedex 10 – 434 165 551 RCS Marseille – Immatriculée à l'ORIAS sous le numéro 07 002 208 (www.orient.fr) – Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes aux articles L 512-6 et L 512-7 du Code des assurances – sous le contrôle de l'ACPR, - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 (www.acpr.banque-france.fr) – Tél. 04.88.676.676 – SSN exerce son activité en application des dispositions de l'article L 521-2 II b du Code des assurances. Réclamations : SSN/Service Réclamations, 118 rue Roger Mathurin - CS 60021 - 13395 Marseille Cedex 10 – Médiation (uniquement après échec de la réclamation) : La Médiation de l'Assurance, Pole CSCA, TSA 50110 75441 Paris Cedex 09 ou le.mediateur@mediation-assurance.org

Annexe A – Emprunt

Personne à assurer :

Né(e) le

BUT DE L'ASSURANCE DEMANDEE

- Emprunt personnel avec remboursements prélevés sur les revenus de l'assuré ? OUI NON
- Emprunt société avec remboursements prélevés dans les comptes de la société OUI NON
 - La présente demande est-elle destinée à remplacer un ou des contrats en vigueur ? *Si non, communication de l'accord de l'organisme prêteur sur la délégation du bénéfice au profit du (des) bénéficiaire(s) désigné(s)* OUI NON

• Type de prêts

- Prêt amortissable à remboursements Mensuels Trimestriels Semestriels Annuels
- Prêt in fine : le remboursement du capital au terme se fera par
 - Sortie en capital de contrat(s) d'épargne – Type de produit et versements OUI NON
 - Revente du bien acquis grâce au crédit – Estimation de la valeur du bien au terme OUI NON
 - Revente d'un autre bien – Nature du bien et valeur au terme OUI NON
 - Autre, précisez.....
- Crédit-Bail OUI NON
- Crédit Revolving OUI NON
- Autre, précisez

• Les remboursements du prêt

- Sont-ils effectués par perception de loyers ? OUI NON
 - Si oui, précisez : montant et périodicité des loyers
 - Société et/ou la personne qui les verse

• Objet de l'emprunt

- L'emprunt est-il destiné à l'acquisition d'une entreprise? OUI NON
 - Si oui, Les remboursements liés aux prêts octroyés pour le rachat de la société sont-ils couverts par la remontée des résultats bénéficiaires de la société achetée vers la société acheteuse OUI NON
 - Quel est le prix d'acquisition de la nouvelle entreprise
- Avez-vous effectué au préalable une opération de vente d'une entreprise précédente ? OUI NON
 - Si oui, précisez date et prix de vente

• Dans le cadre d'un emprunt personnel

- Avez-vous des remboursements en cours sur d'autres emprunts ? OUI NON
 - Si oui, précisez charge annuelle

Les réponses aux questions sont obligatoires. Les conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration sont celles prévues par le Code des Assurances (Art. L113-8 : nullité du contrat et Art. L113-9 : réduction des indemnités).

L'assureur et le réassureur se réservent le droit de demander les informations complémentaires qu'ils jugeraient nécessaires.

Les soussignés peuvent demander la communication et la rectification de toute information les concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la Compagnie d'Assurance, du Réassureur. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé au siège de la Compagnie d'assurance (loi 78-17 du 6 janvier 1978)

Il reste bien entendu que si, par la suite, vous pratiquez les activités précitées dans d'autres conditions que celles précisées ci-dessus, la garantie ne sera accordée que si vous avez reçu de votre assureur les nouvelles conditions de couverture.

Pour approbation des informations fournies

SIGNATURE OU CACHET DU CONTRACTANT
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

SIGNATURE DE LA PERSONNE A ASSURER
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

DATE

DATE

Mentions légales

SSN, S.A.S de courtage en assurances au capital social de 100 000 € - Siège social : 118, rue Roger Mathurin - CS 60021 -13395 Marseille Cedex 10 – 434 165 551 RCS Marseille – Immatriculée à l'ORIAS sous le numéro 07 002 208 (www.orias.fr) – Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes aux articles L 512-6 et L 512-7 du Code des assurances – sous le contrôle de l'ACPR, - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 (www.acpr.banque-france.fr) – Tél. 04.88.676.676 – SSN exerce son activité en application des dispositions de l'article L 521-2 II b du Code des assurances. Réclamations : SSN/Service Réclamations, 118 rue Roger Mathurin - CS 60021 - 13395 Marseille Cedex 10 – Médiation (uniquement après échec de la réclamation) : La Médiation de l'Assurance, Pole CSCA, TSA 50110 75441 Paris Cedex 09 ou le.mediateur@mediation-assurance.org

Annexe A – Emprunt

La garantie homme-clé a pour objet de compenser les effets pécuniaires pour l'entreprise de l'indisponibilité définitive ou pas de l'un de ses hommes-clés. Peut être considéré comme homme-clé toute personne jouant un rôle déterminant dans le fonctionnement de l'entreprise.

Personne à assurer :	Né(e) le
• Nom et adresse de l'entreprise
.....
Effectif de l'entreprise	Date de création

INFORMATIONS SUR L'ENTREPRISE SOUSCRIPTRICE - BENEFICIAIRE

- Le conseil d'administration (ou structure équivalente) a donné son accord pour cette souscription OUI NON
- L'entreprise
 - possède des fonds propres négatifs OUI NON
 - a généré des pertes sur les 3 dernières années OUI NON
 - dégage une marge brute négative OUI NON
 - ne publie pas de comptes OUI NON
- L'entreprise contractante est une holding OUI NON
 - Si oui, y a-t-il ou est-il prévu une consolidation des comptes OUI NON
- Existe-t-il ou envisagez-vous de souscrire d'autres polices homme-clé pour vous-même ou une autre personne de l'entreprise OUI NON

Nom	Fonction	Capitaux souscrits ou à souscrire des autres polices
.....
.....

INFORMATIONS SUR L'HOMME CLE

- Le conseil d'administration (ou structure équivalente) a donné son accord pour cette souscription OUI NON
 - Fonction du proposant | | Rémunération annuelle brute
 - Pourcentage de contribution de l'homme clé au chiffre d'affaires Si % > à 50, fournir une justification

Toutes les réponses aux questions sont obligatoires. Les conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration sont celles prévues par le Code des Assurances (Art. L113-8 : nullité du contrat et Art. L113-9 : réduction des indemnités).

L'assureur et le réassureur se réservent le droit de demander les informations complémentaires qu'ils jugeraient nécessaires.

Les soussignés peuvent demander la communication et la rectification de toute information les concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la Compagnie d'Assurance, du Réassureur. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé au siège de la Compagnie d'assurance (loi 78-17 du 6 janvier 1978)

Il reste bien entendu que si, par la suite, vous pratiquez les activités précitées dans d'autres conditions que celles précisées ci-dessus, la garantie ne sera accordée que si vous avez reçu de votre assureur les nouvelles conditions de couverture.

Pour approbation des informations fournies (précédée de la mention « lu et approuvé »)

SIGNATURE OU CACHET DU CONTRACTANT	SIGNATURE DE LA PERSONNE A ASSURER
.....
DATE	DATE

Mentions légales

SSN, S.A.S de courtage en assurances au capital social de 100 000 € - Siège social : 118, rue Roger Mathurin - CS 60021 -13395 Marseille Cedex 10 – 434 165 551 RCS Marseille – Immatriculée à l'ORIAS sous le numéro 07 002 208 (www.orias.fr) – Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes aux articles L 512-6 et L 512-7 du Code des assurances – sous le contrôle de l'ACPR, - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 (www.acpr.banque-france.fr) – Tél. 04.88.676.676 – SSN exerce son activité en application des dispositions de l'article L 521-2 II b du Code des assurances. Réclamations : SSN/Service Réclamations, 118 rue Roger Mathurin - CS 60021 - 13395 Marseille Cedex 10 – Médiation (uniquement après échec de la réclamation) : La Médiation de l'Assurance, Pole CSCA, TSA 50110 75441 Paris Cedex 09 ou le.mediateur@mediation-assurance.org