**Mel:** itic@thomasmiller.com

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Nom de la société
 |       |
| 1. Adresse
 |       |
| 1. Mel
 |       |
| 1. Site internet
 |       |
| 1. Telephone
 |       |
| 1. Nom et adresse mel de la personne à qui la correspondance doit être adressée au sein de l’entreprise
 |       |
| 1. Courtier d’assurance a qui le courrier doit être adresse
 |  |
| 1. Société
 |       |
| 1. Nom
 |       |
| 1. Mel
 |       |

**SECTION 1 – Information générale**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Date de création de l’entreprise
 |      /     /       |
| 1. Nom et adresse de toute filiale, entreprise affiliée, entreprise associée ou succursale que vous souhaitez inclure dans la police d’assurance
 |
| Nom et adresse | Activité principale |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
| 1. Nombre de administrateurs/directeurs/associés
 |       | Nombre total d’employés |       |
| 1. Noms, titres, qualifications professionnelles et nombre d’experience de vos experts, y compris ceux qui fournissent les activités à ȇtre assurés.
 |
| Noms | Titres | Qualifications professionnelles | nombre d’années d’expérience |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
| 1. Etes-vous membre d’une association professionnel? (*Si « oui » veuillez préciser)*
 |
|       |

**SECTION 2 – Recettes**Veuillez svp estimer vos honoraires annuels brut, et indiquez la devise, par exemple, US$

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Exercice financier passe
 |       |
| 1. Estimation pour l’exercice financier en cours
 |       |
| 1. Estimation pour l’exercice financier à venir
 |       |
| Veuillez svp donner une estimation du pourcentage des honoraires annuels payes par chaque catégorie de clients contre vos services: |
|  Assureur coque nu |       % | Armateur et affreteur de navire ou leur P&I Club |       % |
|  Assureur cargaison |       % | Assureurs CMR (transport routier) |       % |
|  Assureurs/souscripteurs  non-maritime |       % | Controle qualite, surintendance, etc |       % |
|  Autre (brève description) |       % | (Veuillez preciser)       |

|  |
| --- |
| Veuillez communiquer les honoraires bruts payes aux sous-traitants, et indiquer la devise, par exemple US$ |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Exercice financier passe
 |       |
| 1. Exercice financier en cours
 |       |
| 1. Estimation pour l’année à venir
 |       |

**SECTION 3 – Mandants**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Veuillez indiquer le nom des mandants pour le compte desquels vous agissez régulièrement
 |       |
| 1. Approuvez-vous les conditions de remorquages pour navires, plates-formes pétrolières, barges, productions offshore équipements, ou toute autre embarcation ?
 | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| *Si « oui », indiquez quel pourcentage de vos honoraires annuels correspondent aux travaux d’autorisations de remorquage.:* |      % |

**SECTION 4 – Règles et instructions commerciales**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Employez-vous des règles et contrats types ? *(Si “oui” veuillez fournir une copie)*
 | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| 1. Avez-vous d’éventuels contrats ou accords avec des clients spécifiques? *(Si “oui” renseigne le(s) nom(s) de ce(s) client(s) et fournissez une copie du contrat ou de l’accord)*
 | Oui [ ]  | Non [ ]  |
|       |

**SECTION 5 – Historique des demandes d’indemnisations**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Avez-vous fait l’objet d’une demande d’indemnisation ou y a-t-il eu d’éventuelles circonstances susceptibles d’aboutir a une demande d’indemnisation a votre encontre, lors des 5 dernières années?

*Si “oui” veuillez donner des informations complémentaires:* | Oui [ ]  | Non [ ]  |
|       |
| 1. Un assureur a-t-il déjà
 |  |  |
| 1. Refuse de vous assurer
 | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| 1. Annule votre assurance
 | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| 1. Refuse de renouveler votre assurance
 | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| 1. Appliquer des sanctions ou des termes coercitifs, *si “oui” veuillez donner des informations complementaires:*
 | Oui [ ]  | Non [ ]  |
|       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Etes-vous actuellement assure contre les risques couverts par ITIC? *Si « oui », avec quelle compagnie?*
 | Oui [ ]  | Non [ ]  |
|       |

**SECTION 6 – Limites de responsabilité et franchises**

|  |  |
| --- | --- |
| Veuillez indiquer la devise, par exemple US$ |       |
| Veuillez indiquer les montant de garantie et franchises que vous souhaitez inclure dans votre police |
|  | Montant | Franchises |
| 1ere option |       |       |
| 2eme option |       |       |

**SECTION 7 – Assurances additionnelles proposées par ITIC**

Souhaitez-vous de plus amples informations sur:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. L’Assurance RC des directeurs/administrateurs et dirigeants
 | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| 1. L’Assurance RC cyber
 | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| 1. Le service de recouvrement des créances
 | Oui [ ]  | Non [ ]  |

**DÉCLARATION**

Je/Nous déclare/ons qu’à ma/notre connaissance et de mes/nos convictions, les informations fournies dans ce formulaire sont exactes et donnent une image fidèle du risque que je/nous demande/ons à ITIC d’assurer. Je/nous n’ai/avons ni déformé ni omis de fait essential. (Un fait important pourrait influencer l’évaluation d’un assureur, ou qui pourrait l’alerter sur la nécessité de demander de plus amples informations).

Toute assurance offerte sera soumise aux règles d’ITIC qui sont disponible à l’adresse suivante: www.ITIC-insure.com ou sur demande. Nous portons votre attention à la règle 1.1 qui liste/catalogue/répertorie les différentes sections de l’Assurance Act de 2015, qui sont exclues de votre couverture.

ITIC Ltd et Thomas Miller & Co Ltd (en qualité de société mère de la société de gestion) traitent toutes les données à caractère personnelles conformément à la législation en matière de protection des données en vigueur au Royaume-Uni. Si vous souhaitez en savoir plus sur notre politique du traitement des données, s'il vous plaît suivez le link suivant: <https://www.thomasmiller.com/cookie-privacy-policy/>

|  |  |
| --- | --- |
| **Signature:** | **Fonction au sein de l’entreprise:** |
|       |       |
| **Date:** |  |
|       |

*Ce formulaire d’offre doit être rempli et signe par une personne autorisée à engager la société sollicitant cette assurance.*

**Veuillez envoyer ce formulaire dument complete a l’adresse suivante:** itic@thomasmiller.com