**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 devis doit être envoyé
 |  |
| 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 assurer conjointement
 |
| Nom et adresse | Activité principale |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
| 1. Nombre de administrateurs/directeurs/associés
 |       | Nombre total d’employés |       |
| 1. Noms, titres, qualifications professionnelles et nombre d’annees d’experience de vos directeurs/administrateurs /associes et cadre supérieurs.
 |
| Noms | Titres | Qualifications professionnelles | Nombre d’années d’expérience |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
| 1. Êtes-vous membre d'une association professionnelle? *Si oui, laquelle?*
 |
|       |

**Formulaire d’identification des Bénéficiaires Effectifs**

Il est nécessaire que les assureurs, et autres intervenants dans le domaine des assurances, respectent différentes règlementations et législations financières (y compris celles qui concernent le blanchiment des fonds et les sanctions internationales). Nous sommes obligés d’appliquer des procédures de vigilance à l’égard de la clientèle, et ce formulaire d’identification des Bénéficiaires Effectifs fait donc partie de notre processus.

**Dénomination sociale:** *Veuillez indiquer la dénomination sociale de la compagnie ici*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Le demandeur (la dénomination sociale précisée ci-dessus) confirme **qu’il n’existe aucune personne, ou groupe de personnes** agissant de concert, qui détient ou contrôle un intérêt économique de 25% ou plus dans le demandeur ? *Si cette déclaration est vrai, veuillez procéder à signer ce document au bas de la page.*
 | Vrai [ ]  | Faux [ ]  |
| 1. Le demandeur (la dénomination sociale précisée ci-dessus) confirme que les personnes, ou le groupe de personnes ci-dessous, **détiennent ou contrôlent** un intérêt économique de 25% ou plus dans le demandeur ? *Si cette déclaration est vrai, veuillez compléter le tableau ci-dessous et procéder à signer ce document au bas de la page.*
 | Vrai [ ]  | Faux [ ]  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom de famille (et prénom) | Nationalité | Année de naissance\* |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

Veuillez ajouter des noms / lignes le cas échéant. \*A ce stade, nous ne demandons que l’année de naissance pour réduire le risque de détenir des données d’identification personnelles superflues.

Si aucune information par rapport aux Bénéficiaires Effectives est déclarée, on considérera que vous attestez qu’il n’en existe pas, conformément à l’option 1.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Signé: | Nom et Poste dans la compagnie : | Date : |
|       |       |       |

**SECTION 2 – Revenu Annuel Brut (honoraires et commissions)***Veuillez indiquer 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
 |       |
| 1. Dont revenue estimé provenant d’opérations basées en France
 |       |
| 1. Pourcentage de votre revenu annuel brut à assurer pour les activités suivantes
 |
|  Agent consignataire de navire |       % | Agent de ligne |       % |
|  Courtier de soutage |       % | Gérant de navires \* |       % |
|  Architecte naval |       % | Consultant maritime |       % |
|  Courtier en achat et vente de navires |       % | Courtier d'affrètement maritime |       % |
|  Expert maritime \* |       % |  |  |
|  Autre activité |       % | (Veuillez préciser)       |

*\*(Veuillez remplir un formulaire complémentaire)*

**SECTION 3 – Mandants**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Nom des Sociétés pour lesquelles vous intervenez régulièrement
 |       |
| 1. Avez-vous des intérêts financiers dans l'une de vos sociétés de direction?
 | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| 1. Vos directeurs ont-ils des intérêts financiers dans votre entreprise?
 | Oui [ ]  | Non [ ]  |

**SECTION 4 – Conditions Contractuelles**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Opérez-vous selon des conditions nationales ou selon des « contrats types » qui vous sont propres?
 | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| 1. Optez-vous pour un « contrat de service de base »?
 | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| 1. Si "Oui" à l'un des éléments ci-dessus, conseillez-vous toujours à vos clients que vos conditions contractuelles standard s'appliquent?

*Veuillez fournir des copies de toutes les conditions contractuelles en vertu desquelles vous opérez. Si "Oui" à a) ou b), veuillez donner des précisions:* | Oui [ ]  | Non [ ]  |
|       |

**SECTION 5 – Historique de vos demandes d’indemnisations**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Avez-vous reçu notification de réclamations ou y-a-t-il eu des circonstances susceptibles de donner lieu à une réclamation contre vous au cours des cinq dernières années?

*Si oui, veuillez fournir des détails:* | Oui [ ]  | Non [ ]  |
|       |
| 1. Un assureur a-t-il
 |  |  |
| 1. Déjà refusé de vous assurer
 | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| 1. Annulé votre assurance
 | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| 1. Refuse de renouveler votre assurance
 | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| 1. Imposé des pénalités ou de termes coercitifs?*Si oui, veuillez fournir des détails:*
 | Oui [ ]  | Non [ ]  |
|       |
| 1. Êtes-vous actuellement assuré contre les risques couverts par ITIC? Si oui, répondez à ce qui suit. *(Si “non” veuillez donner de plus amples details sur votre dernière assurance)*
 | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| 1. Nom de l’assureur
 |       |
| 1. Montant de garantie
 |       |
| 1. Franchise
 |       |
| 1. Prime
 |       |
| 1. Date d’expiration
 |       |
| 1. Date retroactive
 |       |

**SECTION 6 – Limites 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 sur les envois d’espèces
 | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| 1. Le service de recouvrement des créances
 | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| 1. L’Assurance RC des directeurs/administrateurs et dirigeants
 | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| 1. L’Assurance perte de commissions
 | 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