

Responsabilité Civile Professionnelle des Intermédiaires en Opérations de Banque et Services de Paiement (IOBSP)

Code de l'intermédiaire :

Affaire nouvelle

Avenant n° _____ sur contrat n°

Remplacement du contrat n°



1. Proposant

Nom :

Prénom :

Raison sociale :

Sigle ou nom commercial : _____

Adresse : _____

Code postal : Commune : _____

Tél. : _____ Tél. portable : _____ E-mail : _____

2. Renseignements généraux

relatifs à vous-même si vous exercez en profession libérale ou à votre société

2.1 Numéro d'immatriculation ORIAS :

2.2 Numéro de SIRET ou de Registre du Commerce et des Sociétés (RCS) :

2.3 Catégorie juridique : _____

2.4 Code NAF : _____

2.5 Date de création de votre société :

2.6 Appartenez-vous à un réseau d'IOBSP ? Oui Non*

Si oui, lequel ? _____

3. Vos prestations

• Effectuez-vous des opérations de crédit ? Oui Non*

... avec exécution d'opérations de paiement associées à une ouverture de crédit ? Oui Non*

• Recevez-vous des fonds du public ? Oui Non*

... • Proposez-vous des services bancaires de paiement ? Oui Non*

avec exécution d'opérations de paiement associées à un compte de paiement ? Oui Non*

• Proposez-vous ou avez-vous proposé des prêts libellés en devises étrangères et remboursables en euros ? Oui Non*

* L'absence de réponse dans une case équivaut à Non.

4. Informations complémentaires relatives à votre activité d'IOBSP

4.1 Bénéficiez-vous d'un mandat de :

- démarchage bancaire ? Oui Non*
- autre(s) mandat(s), précisez lequel(lesquels) : _____

4.2 Encaissez-vous des fonds ? Oui Non*

5. Votre statut dans l'exercice de vos prestations d'IOBSP

Activité d'IOBSP exercée en tant que* :	Chiffre d'affaires de l'activité (prévisionnel si vous débutez votre activité)
Catégorie 1 Courtier en OBSP sous mandat client <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*	?
Catégorie 2 Mandataire exclusif en OBSP d'un établissement de crédit ou de paiement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*	?
Catégorie 3 Mandataire non exclusif d'un établissement de crédit ou de paiement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*	?
Mandataire d'un IOBSP Catégorie 1 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*	?
Mandataire d'un IOBSP Catégorie 2 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*	?
Mandataire d'un IOBSP Catégorie 3 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*	?

Catégorie 2 : précisez le nom de l'établissement de crédit ou de paiement mandant : _____

Catégorie 3 : précisez le nom des établissements de crédit ou de paiement mandants : _____

6. Profil du portefeuille de votre entreprise

Type de clientèle	Pourcentage de votre chiffre d'affaires
Particuliers	%
Professionnels	%
Entreprises	%
Entreprises cotées	%

7. Antécédents du risque proposé

7.1 Assureur précédent

- Le risque proposé a-t-il été assuré au cours des 24 derniers mois ? Oui Non*
 Si oui, veuillez préciser le nom de l'assureur : _____ numéro de contrat : _____
- Avez-vous fait l'objet d'une résiliation à l'initiative d'un précédent assureur ? Oui Non*
 Si oui, veuillez préciser les nom de l'assureur, n° du contrat et motif de la résiliation : _____

7.2 Sinistres - Avez-vous fait l'objet de réclamations au cours des cinq dernières années (que vous ayez été assuré ou non) ? Oui Non*

Si oui, donnez toutes précisions, éventuellement sur les dates, causes, circonstances et suites financières de ces réclamations : _____

* L'absence de réponse dans une case équivaut à Non.

- Avez-vous connaissance d'un fait quelconque vous permettant de penser que votre responsabilité professionnelle puisse être ultérieurement recherchée par un assuré, un établissement de crédit ou de paiement ou un tiers ? Oui Non*

Si oui, précisez : _____

8. Documents à joindre impérativement⁽¹⁾

Veuillez compléter cette proposition en joignant :



- une feuille de papier à lettre à en-tête de votre cabinet,
- un extrait du Kbis,
- tout document attestant du dépôt de votre dossier d'immatriculation à l'ORIAS si vous n'êtes pas encore immatriculé.

9. Caractéristiques générales du contrat - Signatures

Date d'effet souhaitée : | | | | | | | | | |

Date d'échéance annuelle du contrat : 1^{er} janvier

Date de reconduction des garanties (article R 519-16 du Code Monétaire et Financier) : 1^{er} mars

Durée du contrat : 1 an avec tacite reconduction

Les questions figurant sur le présent document nous permettent d'apprécier le risque. En conséquence, toute réticence, toute omission, toute réponse ou déclaration inexacte du Proposant peut entraîner l'application des sanctions prévues aux articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances. Je soussigné, certifie que les déclarations ou réponses faites aux questions figurant sur le présent document pour servir de base au contrat sont conformes à la réalité. Nous vous informons que les informations recueillies font l'objet de traitements destinés à la gestion de la présente demande et à la relation commerciale. Certains de ces traitements sont susceptibles d'être effectués par nos prestataires dans et hors d'Europe. Sauf opposition de votre part, vos données pourront aussi être utilisées par les différentes sociétés et partenaires du groupe Vallois et leurs réseaux ou par l'intermédiaire d'assurance dont les coordonnées figurent sur le présent document dans un but de prospection pour les produits qu'ils distribuent (assurances, produits bancaires et financiers, services). Conformément à la loi « Informatiques et Libertés » du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données vous concernant, soit en adressant un mail à l'adresse contact@cabinetvallois.fr, soit par un fax au : 01.45.26.58.85, soit en adressant un courrier auprès de : Vallois - Informatiques et Libertés - Service Qualité des Fichiers Clients Allianz – 94 rue Saint Lazare - 75009 Paris.

Dans le cadre de notre politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, nous nous réservons le droit de procéder à tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les Autorités compétentes conformément à la réglementation en vigueur.

Fait à _____, le | | | | | | | | | |

Signature du Proposant :

Signature et cachet de l'Intermédiaire :

* L'absence de réponse dans une case équivaut à Non.

1 Toute proposition non accompagnée des documents ci-dessus ne pourra être prise en considération.