

**Documents à renvoyer chez Solidas**

par email sur [info@solidas.be](mailto:info@solidas.be)

ou

par courrier à SOLIDAS Assurances, Avenue Hanlet 44B - 4800 VERVIERS

**TOTAL EVENT PROTECTION PROPOSITION D'ASSURANCE**

**1. Données du demandeur**

Monsieur     Madame     Mademoiselle

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bte N° \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Localité \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Site web \_\_\_\_\_

**2. L'événement**

Nom de l'événement \_\_\_\_\_

Type d'événement \_\_\_\_\_

Où a lieu l'événement \_\_\_\_\_

Date(s) de l'événement? Du \_\_\_\_\_ Jusqu'à \_\_\_\_\_

A l'intérieur  Oui  Non

Totalement ou partiellement en plein air  Oui  Non

Dans une tente ou Construction temporaire  Oui  Non

Podium ouvert (non couvert)  Oui  Non

Podium couvert (toit à 3 flancs)  Oui  Non

L'événement a-t-il eu lieu précédemment  Oui  Non

Si oui, précisez \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quelle est la fonction du demandeur dans l'événement ou la représentation et combien d'années d'expérience a-t-il dans cette fonction?

Organisateur     Promoteur     Manager     Artiste     Sponsor     Autre

Si autre, précisez \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Années d'expérience \_\_\_\_\_

L'événement ou la représentation fait-il partie d'une plus grande production, promotion, série ou tournée?  Oui  Non

Si oui, précisez \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Date(s) et lieu(x) ou l'événement ou représentation a lieu.**

Date (jj/mm/aaaa)	Lieu	Ville / Pays
_____	_____	_____
Evénement	Dates d'option	
_____	_____	
Date (jj/mm/aaaa)	Lieu	Ville / Pays
_____	_____	_____
Evénement	Dates d'option	
_____	_____	
Date (jj/mm/aaaa)	Lieu	Ville / Pays
_____	_____	_____
Evénement	Dates d'option	
_____	_____	
Date (jj/mm/aaaa)	Lieu	Ville / Pays
_____	_____	_____
Evénement	Dates d'option	
_____	_____	

Des contrats écrits ont-ils été signés pour la location des lieux mentionnés ci-dessus?  Oui  Non

Toutes les autres démarches contractuelles (licences, visas, autorisations et permis) nécessaires au bon déroulement de l'événement ou de la représentation sont-elles été entreprises et confirmées par écrit?  Oui  Non

Si non, spécifiez \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Couvertures d'assurance souhaitées**

Quels risques doivent être couverts?

- 1) Annulation Simple  Oui  Non
- 2) Annulation suite à l'indisponibilité de personnes  Oui  Non
- 3) Annulation suite aux intempéries  Oui  Non
- 4) Annulation suite à la pénurie forcée du public  Oui  Non

Nombre de visiteurs attendus \_\_\_\_\_

- 5) Annulation suite au terrorisme  Oui  Non
- 6) RC Organisateur  Oui  Non

Nombre de visiteurs attendus \_\_\_\_\_

- 7) Accidents corporels pour volontaires / aidants  Oui  Non

Nombre de personnes à couvrir (+ liste avec les noms à ajouter) \_\_\_\_\_

**4. Détails personnes à assurer (uniquement si vous souhaitez la couverture indisponibilité)**

En vue de fournir une Assurance quelconque par cette demande, la couverture ne sera octroyée qu'aux individus qui sont mentionnés ci-dessous ainsi qu'au tableau annexé à la police. Les souscripteurs peuvent exiger de chacun de ces individus une enquête médicale indépendante.

Personne à assurer	Date de naissance	Tâche / Rôle
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si vous souhaitez souscrire la couverture "Accidents corporels pour volontaires / aidants", veuillez ajouter une liste semblable  
L'indisponibilité d'une de ces personnes pourrait-elle entraîner l'annulation de l'événement?  Oui  Non

Si oui, spécifiez \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Note: le demandeur doit consulter la/les personne(s) à assurer avant de répondre aux questions ci-dessous.**

a) Une des personnes à assurer souffre-t-elle d'une maladie physique, mentale ou médicale?  Oui  Non

Si oui, spécifiez \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Une des personnes à assurer suit-elle un traitement quelconque, de nature médicale ou autre?  Oui  Non

Si oui, spécifiez \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

c) Une des personnes à assurer suit-elle une thérapie prescrite, de nature médicale ou médicale ou autre?  Oui  Non

Si oui, spécifiez \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

d) Une des personnes à assurer est-elle au courant d'un fait quelconque existant ou menaçant, circonstance ou événement qui serait susceptible d'influencer l'événement ou la représentation et entraîner

une perte sous l'assurance proposée?  Oui  Non

Si oui, spécifiez \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e) Une des personnes à assurer n'est-elle pas apparue par le passé?  Oui  Non

Si oui, spécifiez \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

f) Quel moyen de transport sera utilisé Par la/les personne(s) à assurer?

Pour l'équipement ou pièces essentiels pour l'événement ou la représentation?  Oui  Non

## 6. Budget

Donnez-nous s.v.p. des détails concernant le budget pour l'événement ou la représentation ou ajoutez un budget détaillé:

### Dépenses (€)

a) Salle / tente \_\_\_\_\_

b) Cachet artiste \_\_\_\_\_

c) Frais d'hôtel \_\_\_\_\_

d) Matériel / decor \_\_\_\_\_

e) Obligations \_\_\_\_\_

f) Garanties \_\_\_\_\_

g) Honoraires \_\_\_\_\_

h) Commissions \_\_\_\_\_

i) Sponsoring \_\_\_\_\_

j) Publicité \_\_\_\_\_

Autre, veuillez spécifier \_\_\_\_\_

Autre, veuillez spécifier \_\_\_\_\_

**Total** \_\_\_\_\_

### Revenu (€)

a) Vente tickets \_\_\_\_\_

b) Programmes \_\_\_\_\_

c) Merchandising \_\_\_\_\_

d) Honoraires \_\_\_\_\_

e) Commissions \_\_\_\_\_

f) Sponsoring \_\_\_\_\_

g) Publicité \_\_\_\_\_

h) Concessions \_\_\_\_\_

i) Emission/media \_\_\_\_\_

j) Publicité \_\_\_\_\_

**Total Revenue** \_\_\_\_\_

Ces sommes représentent-elles toutes vos responsabilités financières?  Oui  Non

Si non, spécifiez \_\_\_\_\_

Y a-t-il une autre partie qui a des intérêts dans les dépenses et revenus bruts pour l'événement ou la représentation?  Oui  Non

Si oui, spécifiez \_\_\_\_\_

Le budget contient-il des revenus garantis quelconques ou d'autres postes fixes qui ne doivent pas être calculés dans le montant à assurer?  Oui  Non

Si oui, donnez la limite de l'indemnisation souhaitée et spécifiez \_\_\_\_\_

### 7. Matériel (uniquement si vous désirez la garantie "dommages matériels)

Veillez ci-après détailler et valoriser le matériel à couvrir (ou ajoutez une liste).

(Attention: valeur à neuf ou valeur réelle, et non le prix de location)

Objet	Valeur en EUR
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

### 8. Antécédents

L'événement ou la représentation (sous la direction d'entreprise actuelle ou quelconque) a-t-il eu un incident pouvant entraîner ou ayant entraîné une perte financière qui serait couverte par l'assurance proposée?  Oui  Non

Si oui, spécifiez \_\_\_\_\_

L'événement ou la représentation, dans la gestion duquel le demandeur était impliqué, a-t-il eu un incident pouvant entraîner ou ayant entraîné une perte financière qui serait couverte par l'assurance proposée?  Oui  Non

Si oui, spécifiez \_\_\_\_\_

Etes-vous au courant de quelque fait existant ou menaçant, circonstances ou événement susceptible d'influencer l'événement ou la représentation et entraîner une perte sous l'assurance proposée?  Oui  Non

Si oui, spécifiez \_\_\_\_\_

Le demandeur, ou autre personne pour qui cette assurance serait valable, s'est-il vu refusé ou annulé une assurance, refusé une prolongation ou imposé des conditions spéciales par le passé?  Oui  Non

Si oui, spécifiez \_\_\_\_\_

**LIRE ATTENTIVEMENT CE QUI EST STIPULÉ CI-DESSOUS ET SIGNER**

La signature de ce formulaire de demande n'engage pas le demandeur et l'assureur à conclure l'assurance, mais il est convenu que cette demande sera reprise et fera partie d'une police éventuelle publiée en rapport avec l'événement spécifié.

1. Je déclare que les déclarations et évaluations faites ci-dessus, après questionnement approprié, sont à mes connaissances correctes et complètes.

**Nom** \_\_\_\_\_ **Signature** \_\_\_\_\_  
(en tant que personne compétente pour et au nom de l'assuré)

**Titre** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_  
Ou signer ce qui suit si l'événement est organisé au nom de l'assuré par un organisateur indépendant

2. Organisateur (si autre que l'assuré)  
Je déclare que les déclarations et évaluations faites ci-dessus, après questionnement approprié à mon client, sont à mes connaissances correctes et complètes.

**Nom organisateur** \_\_\_\_\_ **Contact** \_\_\_\_\_

**Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

**Merci de retourner ce document dûment rempli a:**

**AVENUE DES NERVIENS 85 B2  
1040 BRUXELLES  
BELGIQUE**

**Avertissement - clause anti-fraude**

Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers l'entreprise d'assurances entraîne non seulement la résiliation du contrat d'assurance, mais fait également l'objet de poursuites pénales sur la base de l'article 496 du Code pénal.  
L'entreprise d'assurances Vander Haeghen & C° (pour le compte de Starstone 100%), pourra, le cas échéant communiquer au GIE Datassur des données à caractère personnel pertinentes dans le cadre exclusif de l'appréciation des risques et de la gestion des contrats et des sinistres y relatifs.

Toute personne justifiant de son identité a le droit d'obtenir communication et, le cas échéant, rectification des données la concernant auprès de Datassur. Pour exercer ce droit, la personne concernée adresse une demande datée et signée accompagnée d'une copie de sa carte d'identité à l'adresse suivante : Datassur, 29 Square de Meeûs à 1000 Bruxelles.