

RAISON SOCIALE : _____

Adresse du siège social : _____

GERANT : _____

Adresse du risque : (si différent) _____

ACTIVITE : _____

Superficie : _____ M² CA : _____ € Effectif : _____ Contenu à garantir : _____ €

GARANTIES SOUHAITES:

- | | | |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> incendie- évènements climatiques | <input type="checkbox"/> bris de machines / informatique | <input type="checkbox"/> perte valeur vénale |
| <input type="checkbox"/> dégâts des eaux | <input type="checkbox"/> bris de glace | <input type="checkbox"/> responsabilité civile |
| <input type="checkbox"/> vol – détérioration | <input type="checkbox"/> perte exploitation | <input type="checkbox"/> protection juridique |

SI GARANTIE VOL DEMANDE:

PORTES D'ACCES	Nb	FENETRES	Nb	BAIES VITREES	Nb
<input type="checkbox"/> renforcées / blindées	<input type="checkbox"/> avec vitrage anti-effraction	<input type="checkbox"/> avec vitrage anti-effraction
<input type="checkbox"/> avec serrure de sûreté	<input type="checkbox"/> avec barreaux	<input type="checkbox"/> avec barreaux
<input type="checkbox"/> avec rideaux métalliques	<input type="checkbox"/> avec volets	<input type="checkbox"/> avec rideaux métalliques
<input type="checkbox"/> non protégées	<input type="checkbox"/> non protégées	<input type="checkbox"/> non protégées
<input type="checkbox"/> AUTRE		<input type="checkbox"/> AUTRE		<input type="checkbox"/> AUTRE	
.....		

L'établissement est-il équipé d'un système d'alarme anti-intrusion ? OUI NON

ANTECEDENT :

Avez-vous été assuré ces derniers 24 mois ? OUI NON

Si oui,

Quelle compagnie ?

Résiliation non-paiement : OUI NON

Date de résiliation ? / /

Résilié pour sinistre : OUI NON

Sinistralité sur les 24 derniers mois ? OUI NON

Autre :

Le proposant certifie que les déclarations figurant sur le présent questionnaire d'étude sont conformes à la vérité et qu'elles doivent servir de base à l'établissement du contrat d'assurance qu'il désire souscrire.

NOUS ATTIRONS VOTRE ATTENTION SUR LE FAIT QUE CE QUESTIONNAIRE EST UN DOCUMENT CONTRACTUEL, ET QUE TOUTE OMISSION, TOUTE DECLARATION FAUSSE OU INEXACTE, POURRAIT ENTRAINER LA NULLITE DU CONTRAT OU EXPOSER LE PROPOSANT SIGNATAIRE A SUPPORTER LES SANCTIONS PREVUES AUX ARTICLES L 113-8 OU L 113-9 DU CODE DES ASSURANCE.

Cachet de l'intermédiaire

Votre conseiller



Signature du proposant

Fait à : _____
Le : _____

Faire précéder la signature de la mention manuscrite « lu et approuvé »