

QUESTIONNAIRE DOMMAGES AUX BIENS

SOUSCRIPTEUR

Raison sociale :

Adresse du siège social :

Adresse du risque :

Nom et prénom du dirigeant et/ou de l'interlocuteur :

Tel :

Mail :

SIRET :

NAF :

CA HT ou si création CA prévisionnel :

Date de création :

Statut juridique :

Date exercice fiscal :

Effectif :

ACTIVITE PROFESSIONNELLE (DESCRIPTIF)

Activité principale (Activité générant la totalité ou le CA le plus important) :

Activité(s) secondaire(s) (% du CA) :

DESCRIPTIF DU RISQUE

Superficie développée totale..... m²

Précisions : Rdc + ... étages + ... sous-sol (préciser si communiquant oui non) ou préciser l'étage

Qualité de l'assuré :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Propriétaire occupant total | <input type="checkbox"/> Propriétaire occupant partiel |
| <input type="checkbox"/> Locataire total | <input type="checkbox"/> Locataire partiel |
| <input type="checkbox"/> Co-propiétaire | <input type="checkbox"/> Autres, Préciser : |



CAPITAUX

- Incendie : €
- Dégâts des eaux : €
- Vol : €
- Bris de glace : Oui Non Mètres linéaires m. Ou valeur : €
- Enseignes : Oui Non Valeur : €
- Bris de machines : Oui Non Si oui : €
- Matériel informatique : €
- Matériel bureautique : €
- Chambre froide m³
- Marchandises en chambres froide : €
- Espèces en tiroir-caisse : €
- Espèces en coffre-fort : €

PROTECTION

Entrée :

- Nombre de portes (principale/secondaire...):
Blindées Pleines A double battant
Nombre de points de fermeture : Marque :
- Toutes les fenêtres accessibles sont munies de : Volets Persiennes Barreaux
- Rideau métallique : Plein Grille

Sécurité incendie :

- Extincteurs vérifiés par un professionnel qualifié tous les ans : Oui Non
- Installation électrique vérifié par un professionnel qualifié tous les ans : Oui Non

Sécurité vol :

- Système de détection vol : Oui Non Si oui, marque :
Avec contrat d'entretien Relié à une télésurveillance
- Coffre-fort Scellé Précisez : Marque, Modèle et classe :
- Autres moyens de protection (précisez) :



ANTECEDENTS AU COURS DES 36 DERNIERS MOIS

Nom du précédent assureur :

Le contrat a-t-il été résilié par l'assureur : Oui Non Date de résiliation :

Sinistre (s) déclarés sur les 36 derniers mois (toutes garanties) : Oui Non

DATE DES SINISTRES	NATURE DES SINISTRES	MONTANT EN €
		€
		€
		€
		€
		€

Fait à

Le

(Signature)

Pièces à joindre impérativement à ce questionnaire :

- Bail
- KBIS
- Déclaration des bénéficiaires effectifs
- Si déjà assuré Contrat actuel + Dernier avis d'échéance
- Certificat vérification installation électrique (Q18) et extincteurs (Q4)