

FORMULAIRE DE DECLARATION DU RISQUE MULTIRISQUES PME/PMI

Nom, Prénom Adresse du proposant :

(sera le preneur d'assurances si le contrat est souscrit)-----

 Affaire Nouvelle Avenant Remplacement No Contrat :
Date d'effet : Echéance annuelle : Périodicité : Annuelle Semestrielle
No SIRET :
Code NAF :
Adresse des locaux :

Activités professionnelles :

Situation de risque : Unique Multiple

En cas de multiple situation de risques, merci de compléter un formulaire par situation de risque.

Qualité des murs : Propriétaire copropriétaire Locataire

Qualité du fonds : Propriétaire copropriétaire Locataire

Renonciation à recours

Proposant locataire a t-il renoncé à recours contre le propriétaire OUI NON

Renonciation à recours réciproque OUI NON

Locataire agissant pour le compte du propriétaire OUI NON

Renonciation à recours du propriétaire contre le locataire OUI NON

Situation des locaux

Centre ville OUI NON Bâtiment + 28 m de haut OUI NON

Zone industrielle/artisanale OUI NON Bâtiment classé OUI NON

Centre commercial OUI NON Autre :

Date de création de l'entreprise : Mode de chauffage :

Matériaux de construction : Couverture :

Le proposant peut-il avoir des marchandises dans
d'autres lieux que ceux ci dessus ? OUI NON

Si Oui, précisez

Dépendances sans communication Distance séparant les locaux principaux :-----m

Si les locaux comportant de chambres froides, quelle est leur capacité ? -----m³

ANTECEDENTS

Le proposant a t-il été au cours des 3 dernières années, en liquidation ou en

redressement judiciaire OUI NON

A-t-il été assuré pour ce risque ? OUI NON

Si oui à quelle société ? No de police :

A-t-il déclaré des sinistres ?(y compris catastrophes naturelles) OUI NON

Dans l'affirmative, nous en préciser la nature, le nombre, la date et l'importance :-----

Le contrat précédent a t-il été résilié ? OUI NON Motif :

GARANTIE DE BASE (à compléter par vos soins)

INCENDIE –DEGAT DES EAUX-RISQUES ANNEXES

Superficie : m²

Contenu incendie : €

Contenu dégâts des eaux : €

Voisinage : Quelles sont les &activités exercées à moins de 50 m des locaux assurés ? -----

ASSISTANCE

GARANTIES OPTIONNELLES

CONTIGUITE PROXIMITE

VOL Contenu : €

PARTIES A PROTEGER	DESCRIPTION DES PROTECTIONS MECANIQUES
Porte d'accès principal	(préciser la nature de la porte, des serrures et le type d grille ou de rideau)
Devantures	(préciser notamment : rideau métallique, grille, type et épaisseur du verre)
Porte(s) d'accès secondaire	(préciser la nature de la porte et des serrures)
Autres ouvertures (fenêtres, lucarnes, vasistas, soupiraux)	

Description des protections électroniques

Volumétrique OUI NON

Périmétrique OUI NON

Périphérique OUI NON

Installation d'alarme OUI NON

Installateur qualifié APSAD OUI NON

Télésurveillance OUI NON Nom société :

Gardiennage OUI NON Nature :

Coffre fort OUI NON

BRIS DE GLACE

Valeur des glaces €

BRIS DE MACHINES (garantie soumise à la règle proportionnelle de capitaux)

Valeur réelle et totale du matériel €

PERTE DE MARCHANDISE EN CHAMBRE FROIDE (La garantie Bris de machines doit avoir été souscrite)

Valeur de la marchandise €

MATERIEL INFORMATIQUE et BUREAUTIQUE

Valeur réelle et totale du matériel €

Frais supplémentaire : €

Frais de reconstitution : €

TOUS RISQUES SAUF

Capital €

FRAIS SUPPLEMENTAIRES D'EXPLOITATION

CA annuel Hors taxes €

LCI €

PERTES D'EXPLOITATION (forfaitaires)

CA annuel Hors taxes €

Marge brute €

VALEUR VENALE DU FOND DE COMMERCE

Valeur assurée

RC EXPLOITATION SEULE

Effectif y compris le chef d'entreprise :

RC EXPLOITATION et RC APRES TRAVAUX OU LIVRAISON (réservée à certaines activités)

Effectif y compris le chef d'entreprise :

Le proposant fait-il appel à des sous traitants ? OUI NON

Exerce-t-il ses activités hors de France ? OUI NON

Si Oui, dans quel pays ?

Désignation et nature des produits / matériels vendus ou installés :-----

OBSERVATIONS

Toute réticence, omission, déclaration inexacte ou intentionnellement fautive, est soumise, selon le cas, aux sanctions prévues aux articles L.113.8 et L.113.9 du Code des Assurances. Le proposant certifie sincères les déclarations qui précèdent et demande à être assuré dans les conditions ci-dessus.

Le Soussigné peut demander communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la Compagnie, de ses mandataires, des réassureurs ou des organismes professionnels

Fait à :

Le :

Le proposant

Le courtier

Merci de nous renvoyer le questionnaire complété et signé ainsi que les documents demandés ci dessus à

SMART Courtage Assurances par fax au : **09.58.68.28.21** par mail à contact@smartcourtage.com