

QUESTIONNAIRE 100% PRO

IDENTIFICATION

Nom : Statut de l'entreprise:.....
Siret : Date de création :.....
Adresse : Téléphone :.....
Code Postal : Ville : Email :.....
Activité principale : Code APE :.....
Activité secondaire :
Chiffre d'affaire annuel : Effectif (y compris le chef d'entreprise) :

Vous souhaitez assurer : ☐ Responsabilité Civile + Local professionnel ☐ Uniquement la Responsabilité Civile ☐ Uniquement un Local professionnel

LOCALISATION

Adresse du siège social : Code Postal : Ville :
Point GPS (Google Maps) : 17.....-62.....
Adresse (s) du (des) sites à assurer si différente(s)..... Code Postal : Ville :

VOTRE LOCAL PROFESSIONNEL

A compléter uniquement si votre demande concerne la RC + Local ou uniquement l'assurance d'un local professionnel

Qualité de l'occupant : ☐ Propriétaire ☐ Locataire ☐ Autres (précisez) :
Si locataire clause de renonciation à recours dans le bail ? : ☐ Oui ☐ Non
Superficie en M2 :
Nombre de niveaux occupés : ☐ Rez de chaussée ☐ Avec vitrine ☐ Dernier étage
Année de construction :
Valeur du contenu :

Le local professionnel est-il conforme aux déclarations suivantes : ☐ OUI ☐ NON (*Si « non », veuillez cocher les déclarations conformes à votre local*)

Situé dans : ☐ Un bâtiment construit et couvert en matériaux durs pour plus de 75%
☐ Non situé dans :
☐ Un ensemble à caractère industriel
☐ Un château, manoir, risque classé ou répertorié
☐ Une galerie marchande d'un supermarché ou hypermarché
☐ Un centre commercial de plus de 3000 m²
☐ Un bâtiment ou groupe de bâtiments en communication d'une surface supérieure à 20 000 m²
☐ Un bâtiment d'une hauteur supérieure à 28 mètres

PROTECTION CONTRE LE VOL

☐ Clos et couvert ☐ Protection mécanique ☐ Alarme NFA2P
☐ Alarme R81+P3 ☐ Protection mécanique et alarme NFA2P ☐ Protection mécanique et alarme R1+P3

PREVENTION INCENDIE

Installation électrique vérifiée : ☐ Oui ☐ Non par un vérificateur certifié : ☐ Oui ☐ Non
Extincteurs vérifiés : ☐ Oui ☐ Non par un vérificateur certifié : ☐ Oui ☐ Non

INFORMATIONS SUR LES GARANTIES DU SITE

Veillez sélectionner une formule :

- ☐ Incendie 100% - Dégât des eaux 100% - Vol 50%
☐ Incendie 100% - Dégât des eaux 50% - Vol 25%
☐ Libre : Incendie 100%

Veillez indiquer les capitaux à assurer :

GARANTIES	MONTANTS INCLUS	MONTANTS SOUHAITES
Bris de glaces et enseignes (max. 50 000 €)	5 000€	
Documents professionnels informatiques et frais de reconstitution (max.40 000 €)	20 000€	
Biens, effets personnels et d'exposant (max. 3 700 €)	2 700€	
Espèces, fonds et valeurs en meuble (max. 10 000 €)	4 500€	
Manipulation et transport de fonds et valeurs (max. 10 000 €)	2 300€	
Vol en devanture (max. 3 000 €)	1 500€	

Veillez indiquer les capitaux assurés des garanties optionnelles suivantes :

	GARANTIES OPTIONNELLES	MONTANTS SOUHAITES
☐	Bris et dommages électriques (max. 20 000 €)	
☐	Objets d'art et d'ornement (max. 40 000 €)	
☐	Autres événements accidentels	
☐	Autres frais justifiés	
☐	Pertes de denrées en congélateurs et chambres froides(max.10 000 €)	
☐	Cave à vin (max. 5 000 €)	
☐	Matériels de production d'énergies renouvelables (max. 25 000 €)	

INFORMATIONS SUR LES GARANTIES DE L'ACTIVITE

A compléter uniquement si votre demande concerne uniquement la RC seule ou la RC+ local professionnel

Responsabilité Civile :

	GARANTIES
☐	Protection Juridique 100% PRO
☐	Responsabilité civile
☐	Recours élargi et assistance judiciaire (incluse avec la RC)
☐	Défense pénale recours suite à accident garanti (incluse avec la RC)

Domage aux Biens :

	GARANTIES OPTIONNELLES	MONTANTS SOUHAITES
☐	Marchés, salons, foires et manifestations	☐ 5 000€ ☐ 10 000€
	Transport et livraison de matériel et de marchandise	☐ 5 000€ ☐ 10 000€
☐	Matériels professionnels hors locaux	☐ 5 000€ ☐ 10 000€
☐	Pertes d'exploitation après dommages (en nombre de mois)	☐ 12 ☐ 18 ☐ 24
	Pertes d'exploitation après tempête ouragan cyclone (inclus)	
☐	Pertes d'exploitation après accident corporel (nombre d'assuré)*	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
☐	Valeur vénale du fonds de commerce (max. 1 000 000 €)	€
☐	Assistance 100% PRO	
☐	Attentats actes de terrorisme (inclus avec la PE)	
☐	Catastrophes naturelles (inclus avec la PE)	

*Choisir le nombre d'assurés, et remplir l'annexe 2

Modalités d'indemnisation :

Franchise	☐ 0.00€ ☐ 250€ ☐ 350€ ☐ 500€ ☐ 750€ ☐ 1 000€
Type d'indemnisation	☐ Vétusté déduite ☐ VAN** 3 ans ☐ Van 5 ans ☐ Van 10 ans

** VAN : Valeur à Neuf

ANNEXE 1

FAMILLE D'ACTIVITE	DECLARATIONS COMPLEMENTAIRES	
Alimentaire / Bricolage	Emballages > 50 m3	☐
	Stockage produits dangereux	☐
Bois / Plastique / Verre	Aspiration des copeaux sur les machines	☐
	Evacuation des poussières et déchets combustibles en dehors des locaux professionnels	☐
	Travail accessoire de matières plastiques	☐
	Opération d'application de peinture et vernis	☐
	Par pistolet ou dans cabine conforme	☐
Commerces et services divers	Chambre froide > 25% superficie occupée	☐
Hébergement	Nombre de chambres :	☐
	• - 50 Chambres	☐
	• + 50 Chambres	
	Coiffure / Esthétique	☐
	Parking	☐
Bar Restaurant	Piscine / Spa	☐
	Ventes voyages / séjours < 25% CA	☐
	Etablissement étoilé	☐
	Nettoyage quotidien	☐
	Etablissement conforme aux règles de sécurité ERP	☐
Services au particulier et/ou professionnel et entreprise	Présence d'une couverture anti-feu	☐
	Ramonage des conduits de fumées et d'aération au moins annuel	☐
	Hottes d'aspiration	☐
	Expérience de plus de trois ans ou formation de plus de 300 heures dans l'activité principale	☐

ANNEXE 2

Pertes d'exploitation après accident corporel * (nombre d'assurés)

ASSURE 1	NOM :	PRENOM :
	Date de naissance :	Contribution au CA : %
ASSURE 2	NOM :	PRENOM :
	Date de naissance :	Contribution au CA : %
ASSURE 3	NOM :	PRENOM :
	Date de naissance :	Contribution au CA : %
ASSURE 4	NOM :	PRENOM :
	Date de naissance :	Contribution au CA : %

VOUS SOUHAITEZ REGLER VOTRE PRIME

☐ En 1 fois en annuel ☐ En 2 fois au semestre ☐ En 3 fois au trimestre ☐ En mensuel par prélèvement

PIECE A TRANSMETTRE POUR L'ETUDE

☐	Bail (si souscripteur locataire)
☐	Questionnaire entièrement complété et signé
☐	Extrait K'BIS de moins de 3 mois
☐	Formulaire des bénéficiaires effectifs signé ou extrait du registre des bénéficiaires effectifs et représentant légal de moins de 3 mois signé + pièce d'identité des bénéficiaires effectifs et représentant légal.
☐	Pièce d'identité du gérant / représentant légal en cours de validité
☐	Antécédents sinistres si le bien était déjà assuré par vos soins
☐	Attestation de moyen de prévention incendie si requis (N4 (extincteurs mobiles), Q18 (vérification électrique), Q19 (thermographie infrarouge))

Je soussigné (e), certifie que les réponses faites à la présente proposition sont à ma connaissance exactes et propose qu'elles servent de base pour l'établissement du contrat que je désire souscrire.

« Les réponses aux questions étant obligatoires : les conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration sont celles prévues par le Code des Assurances (Article L.113-8 nullité du contrat et Article L.113-9 réduction des indemnités).

J'autorise votre société à communiquer ces informations à ses mandataires, réassureurs et organismes professionnels habilités.

Je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès du Siège de votre Société conformément à la loi du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ».

Fait à Le

Signature du proposant :