



BATIMENT

NOM du Souscripteur + Adresse :

► ACTIVITES EXACTES :

Chiffre affaire :
Effectif :

Date de création :
N° SIRET :

► Superficie développée du bâtiment :

risque aggravé : OUI NON

PROPRIETAIRE

LOCATAIRE

Si renonciation à recours, préciser :

Compagnie actuelle :
Sinistres sur 36 mois :

Echéance :

Dates

Type de sinistre et circonstances

Coût

Dates	Type de sinistre et circonstances	Coût

Pas de résiliation compagnie sur 36 mois

* obligations d'installations électriques + extincteurs avec vérification annuelle (certificats à fournir si garantie)

PROTECTIONS VOL :

* sur portes :

: Nbrs de portes :

* sur devanture :

* sur fenêtres :

Présence d'une alarme : oui non agréé APSAD
 Télésurveillance Gardiennage

GARANTIES

CAPITAUX

GARANTIES

CAPITAUX

INCENDIE		Bris de glaces	
Pertes d'Exploitation		Enseignes	
Valeur Vénale		Resp. Civile Exploitation	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Dégâts des Eaux		Resp. Civile Professionnelle	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Vol		Bris de Machine bureautique	
Pertes de Marchandises en Frigo		Bris de machine autre	

Vos coordonnées pour le retour du TARIF :

NOM :	TEL :	FAX :	MAIL :
-------	-------	-------	--------