

## Bâtiments Non Sprinklés – Commercial-Industriel-Stockage- Incendie-Dommages



Référence de votre cabinet → Code ORIAS N° :

Cachet de votre cabinet :

### Le souscripteur

Société	
Forme juridique	
Code Siret	
Adresse	
Code postal	
Ville	
Téléphone	
Fax	
Le Gérant	
Nom	
Prénom	
Email	

## Informations sur le souscripteur

Activité exacte du souscripteur	
Date de création de l'entreprise	
Est-ce que le souscripteur est en état de redressement judiciaire ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Est-ce que le souscripteur est en état de liquidation	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

## Informations sur le risque à assurer

Adresse et situation du/des risques à assurer éventuellement	
Adresse	
Code postal	
Ville	
Date d'effet souhaitée	
Date d'échéance proposée	
Ce qui est assuré :	
Le souscripteur est-il actuellement assuré ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Une compagnie a-t-elle :	
Refusé d'assurer le proposant	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Résilié la police du proposant	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si oui, à quelle date :

Veillez remplir ci-après le tableau récapitulatif des montants, évènements et risques garantis, demandées par le souscripteur avec des montants uniquement ou la mention « exclu »

RISQUES GARANTIS	CAPITAUX ASSURÉS
Risques directs BATIMENTS (garantis en valeur à neuf, dans les limites posées par l'article 4B des conventions spéciales) et/ou RISQUES LOCATIFS	EUROS
MATERIELS (hors marchandises) (garantis en valeur à neuf, dans les limites posées par l'article 4 B des conventions spéciales)	EUROS
MARCHANDISES (garantie fixe)	EUROS
RECOURS DES VOISINS, DES TIERS, DES LOCATAIRES	EUROS
FRAIS ET PERTES	EUROS
HONORAIRES D'EXPERTS	EUROS
PERTES INDIRECTES	EUROS
ENGAGEMENT SUR INVESTISSEMENTS	EUROS
ASSURANCE EVENTUELLE SUR MARCHANDISES	EUROS
<b>RISQUES INDIRECTS</b>  VALEUR VENALE DU FONDS DE COMMERCE, uniquement en cas de perte totale, c'est à dire d'impossibilité absolue et définitive de poursuite de l'activité professionnelle, conformément aux conventions spéciales	EUROS

<b>ou</b>	
PERTES D'EXPLOITATION MARGE BRUTE (Période d'indemnisation 12 mois)	EUROS
HONORAIRES D'EXPERTS	EUROS
TOTAL DES CAPITAUX GARANTIS	EUROS

Il est expressément convenu qu'en cas de sinistre, les indemnités versées par les assureurs au titre de l'ensemble des risques ci- dessus ne pourront dépasser le plafond spécifique prévu au titre de l'évènement ayant donné lieu au sinistre :	
ÉVÈNEMENTS GARANTIS	LIMITES DE GARANTIE
Incendie	EUROS
Explosions	EUROS
Chute de la foudre	EUROS
Grêle	EUROS
Tempêtes, Grêle et Neige sur les toitures	EUROS
Catastrophes Naturelles	EUROS
Fumées et Vapeurs	EUROS
Choc d'un véhicule terrestre	EUROS
Chute d'appareils de navigation aérienne et d'engins spatiaux – mur du son	EUROS
Dégâts des eaux, Gel	EUROS

Grèves, émeutes, mouvements populaires, vandalisme, terrorisme, sabotage, attentats	EUROS
Bris de glace	EUROS
Bris de glace	EUROS
Pouvoirs publics	EUROS
Mesures de sauvetage	EUROS
Vol sur contenu et/ou marchandises	EUROS
Vol sur les valeurs et/ou espèces	EUROS
Vol sur la personne	EUROS
D'un commun accord entre les parties, il est convenu que l'indemnité maximum ne pourra excéder, à l'occasion d'un seul et même sinistre, la somme ci-contre tous préjudices confondus (Limitation Contractuelle d'Indemnité). L'assuré conservera en toute hypothèse la charge de la franchise contractuelle, (laquelle viendra en déduction de la Limitation Contractuelle d'Indemnité).	EUROS

#### Sinistralité sur les 5 dernières années

Date	Montant	Circonstances et origines


Sinistre Maximum Possible (SMP)	
Dommages directs	
Pertes d'exploitation	
TOTAL	
Sinistre Raisonnablement Escomptable (SRE)	
Dommages directs	
Pertes d'exploitation	
TOTAL	
Existe-t-il une/des renonciation(s) à recours	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, entre quelles parties :

ANNEXE	
Adresse du site à assurer éventuellement	
Adresse	
Code postal	
Ville	
Activité	
Description de l'activité	
Description du procédé	
Hauteur maximum de stockage	

Surface totale développée du site	M <sup>2</sup>
Le personnel travaille-t-il en périodes de relais	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, en périodes de quelle durée ?
<b>Bâtiment</b>	
Usage du bâtiment	
Année de construction	
Surface	M <sup>2</sup>
Qualité et type de construction	
Charpente	
Toiture	
Ossature verticale	
Murs	
Quelle est la nature de l'isolation	
Y a-t-il des cloisons intérieures	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, le nombre :
La construction contient-elle de la mousse polyuréthane	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, veuillez détailler :
Nombre de niveaux	
Sous-sols	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Sous-toiture	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Faux plafond	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
L'établissement est-il classé	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Chauffage	Convection électrique	Air pulsé	Eau chaude
Magasins et bureaux			
Entrepôts			
Ateliers			

Détails de protections contre l'incendie	
Extincteurs mobiles	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, le nombre
Portes coupe-feu	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, le nombre
RIA	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, le nombre
Trappes de désenfumage	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Détection incendie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Extincteurs automatique à eau (sprinklers)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, l'installation de sprinklers est-elle Totale <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/>
L'installation de sprinklers est-elle conformes aux normes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> De l'APSAD avec délivrance du certificat N1 Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si non, pour quelle raison
Les installations électriques sont-elles vérifiées par un organisme agréé	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, à quelle date
Balayage quotidien	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Equipe de 1 <sup>ère</sup> intervention	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Pompiers situé à	km
Gardiennage	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rondes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Permis de feu	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Interdiction de fumer	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres protections	
Détails de protection mécanique des portes et fenêtres	
Présence de protection mécanique des portes et fenêtres	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Présence de protection anti-intrusion	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Présence d'une alarme avec télésurveillance	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Le site est-il clos	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui est-il Entièrement clos <input type="checkbox"/> Partiellement clos <input type="checkbox"/>
<b>Le souscripteur est-il</b>	
Propriétaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Copropriétaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Locataire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Colocataire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Le souscripteur est-il le seul occupant du/des bâtiments à assurer	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si non, quelles sont les activités de tous les voisins :
Y-a-t-il mitoyenneté	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui veuillez détailler :
Les bâtiments sont-ils occupés en permanence	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Y-a-t-il un ou plusieurs risques aggravants	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui lequel, lesquels
Les locaux sont-ils situés à proximité d'une rivière, d'un lac, d'un cours d'eau ou d'une étendue d'eau, en bordure de mer ou dans une région susceptible aux inondations	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, lequel lesquels
Budget actuel	€
Autres renseignements	

## Informations légales

**Afin de valider le questionnaire, merci de cocher les quatre cases suivantes après en avoir fait la lecture au souscripteur.**

- Je reconnais avoir été informé(e) (conformément à l'article 27 de la loi du 6 janvier 1978) du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-avant, ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances. "
- J'autorise l'assureur à communiquer mes réponses à ses correspondants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion et à l'exécution du contrat. Je l'autorise également à utiliser mes réponses dans la mesure où elles sont nécessaires à la gestion et à l'exécution des autres contrats souscrits auprès de lui, ou auprès des autres sociétés du groupe auquel il appartient. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès du Service Clientèle Régional de l'assureur pour toute information me concernant.
- En cochant cette case, je reconnais que je ne suis pas tenu d'accepter les termes de la proposition d'assurance faite par les assureurs, mais dans le cas où un contrat d'assurance serait accepté, cette proposition et les déclarations faites dans ce questionnaire feront partie intégrante du contrat et lui serviront de base.
- Le souscripteur prend note que toute cotation éventuelle donnée par les souscripteurs potentiels sera sous réserve de l'acceptation d'un commun accord écrit entre les deux parties (proposant et assureurs éventuels) avant la mise en vigueur de la garantie.

Nous vous contacterons si nécessaire, par la suite.

Merci de nous transmettre votre dossier par mail ou fax :

[service.info@jlassure.com](mailto:service.info@jlassure.com) ou 09.59.53.91.90

Nous vous donnerons une réponse rapidement avec toutes les informations concernant les compagnies d'assurances, leurs références et le projet de votre client