

RAPPORT DE VERIFICATION

Référence de votre cabinet → Code ORIAS N° :

Cachet de votre cabinet :

Date de visite	→	
Affaire	→	
Personne(s) rencontrée(s)	→	
Nature de l'activité	→	
Site internet	→	

Présentation de l'entreprise

ELEMENTS GENERAUX	
Caractéristiques	
Raison sociale :	
Responsable :	
Forme juridique :	
Capital social :	
Date de création :	
N° Siret :	
Code NAF :	
Adresse du siège social :	
Adresse(s) du (des) risque(s) :	
Effectif	
Occupation des locaux	
Effectif global :	
Activité du lundi au vendredi	

Personnel en 3x8	
Weekend	
Gardiennage :	
Nombre de jours de fermeture par an	

ELEMENTS FINANCIERS			
Chiffres d'affaires			
Dernier exercice :			
Prévision exercice en cours :			
Clôture exercice :			
Répartition du chiffre d'affaire			
Fabrication :		%	€
Négoce :		%	€
Prestation de service :		%	€
Activité saisonnière :	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
Marge brute / LCI :	€		
Période d'indemnisation :	<input type="checkbox"/> 12 mois	<input type="checkbox"/> 18 mois	<input type="checkbox"/> 24 mois
Tendance prochain exercice :	N	%	N + 1 %

QUALITE JURIDIQUE	
<input type="checkbox"/> Locataire	<input type="checkbox"/> Propriétaire
Assurance pour compte (clause 305 insérable) :	
Renonciation à recours propriétaire (clause 300 insérable) :	
Renonciation à recours locataire (clause 304 insérable) :	
Exonération des risques locatifs (clause 308 insérable) :	

INSTALLATION CLASSÉE POUR LA PROTECTION DE L'ENVIRONNEMENT (ICPE)		
Soumis à déclaration	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Sous quelle rubrique :		
Soumis à autorisation	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Sous quelle rubrique :		

IMPORTANCE DU RISQUE		
Capitaux à assurer		
Risques locatifs :		
Contenu :		
Frais annexes :		
Recours des voisins et tiers :		
Pertes d'exploitation :		
Total :		
Expertise des valeurs	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Nom de l'intervenant :		
Date :		

BIENS CONFÉS	
Nature des biens et valeur :	

ANTÉCÉDENTS	
Date, cause, importance :	sinistre

ANALYSE DES ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS DU RISQUE

NATURE DU RISQUE		
Activité/Rubrique(s) MRE		
Process/Parc machines		
Voisinage / Environnement		
Occupant total	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Communauté	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Contiguïté	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Proximité	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Construction/couverture		
Ossature :	<input type="checkbox"/> Acier non protégés	
Murs extérieur : Eléments verticaux qui assurent le clos du bâtiment	<input type="checkbox"/> Bardage simple peau	
Planchers, communication entre niveaux :	<input type="checkbox"/> Bâtiment à plusieurs niveaux	Nombre de niveaux :
Usage étage :		
Surface excède 10% celle du RDC	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Communication :	<input type="checkbox"/> Directes	<input type="checkbox"/> Encagées
Couverture		
Bardage	<input type="checkbox"/> Simple peau	<input type="checkbox"/> Double peau
Aménagements intérieurs tel que sous-toiture, faux plafond, sous plafond, cloisons...	<input type="checkbox"/> Avec	<input type="checkbox"/> Sans
Code construction		
Clause 403 insérable	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Clause 404 insérable	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Surface développée		
Compartimentage	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Bâtiment(s) totalement clos	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Type de bâtiment		
<input type="checkbox"/> Construction traditionnelle (clause 400 insérable)	<input type="checkbox"/> Construction moderne (clause 401 insérable)	<input type="checkbox"/> Construction économique (clause 402 insérable)

CHAUFFAGE				
Usage :	<input type="checkbox"/> Process		<input type="checkbox"/> Chauffage locaux	
Energie :	<input type="checkbox"/> Fioul	<input type="checkbox"/> Gaz	<input type="checkbox"/> Electricité	<input type="checkbox"/> Néant
Procédé :	<input type="checkbox"/> Eau/vapeur	<input type="checkbox"/> Air chaud pulsé	<input type="checkbox"/> Autres	
Type d'appareils :	<input type="checkbox"/> Radiateurs	<input type="checkbox"/> Aérothermes	<input type="checkbox"/> Convecteurs	
	<input type="checkbox"/> Panneaux radiants		<input type="checkbox"/> Climatisation réversible	
Situation du générateur :	<input type="checkbox"/> Local CF 1 heure	<input type="checkbox"/> Intégré	<input type="checkbox"/> Séparé de + de 10 m	
<input type="checkbox"/> Clause 513 insérable (générateur isolé)				
<input type="checkbox"/> Clause 514 insérable (générateur intégré)				

INSTALLATIONS ÉLECTRIQUES			
Vérification annuelle	<input type="checkbox"/> Protection des travailleurs		
	<input type="checkbox"/> Q18	<input type="checkbox"/> Sans réserve	<input type="checkbox"/> Avec réserve
Organisme vérificateur :			
Date :			
Coupure électrique la nuit :	<input type="checkbox"/> Oui sur machines	<input type="checkbox"/> Non	
Si oui :	<input type="checkbox"/> Partielle	<input type="checkbox"/> Totale	
Etat des installations	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Correct	<input type="checkbox"/> Mauvais
Clause 510 insérable	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Thermographie infrarouge Q19	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Organisme vérificateur :			
Date :			

Clause 520 insérable	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Tableau général basse tension :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Transformateurs	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Protection contre la foudre :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

AGGRAVATIONS			
Stockage			
Manutention :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
	<input type="checkbox"/> Electrique	<input type="checkbox"/> Gaz	
Zone de charge :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Local CF 1 heure
Hauteur de stockage <7.20 m	<input type="checkbox"/> Oui clause 416		<input type="checkbox"/> Non clause 422
Emballages			
Nature :			
Valeur :	<input type="checkbox"/> Oui indice clause 416	<input type="checkbox"/> Non indice clause 422	
Emballage			
Nature :			
Valeur :	<input type="checkbox"/> 4 indice clause 406	<input type="checkbox"/> 8 indice clause 407	
Matière pastiques alvéolaires <2m³	<input type="checkbox"/> Oui clause 408		<input type="checkbox"/> Non
Situation	<input type="checkbox"/> Intégrés	<input type="checkbox"/> Local CF 1 heure	<input type="checkbox"/> Isolés plus de 10 m
Liquides et gaz inflammables	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
Nature :			
Quantité :	<input type="checkbox"/> < 500l clause 409	<input type="checkbox"/> < 3000l clause 410	
Situation	<input type="checkbox"/> Local CF 1 heure		<input type="checkbox"/> Isolés plus de 10m
Rétention :			
Chambres froides	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
Application de peinture	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
En cabine ou local spécial	<input type="checkbox"/> Oui clause 503		<input type="checkbox"/> Non
Emploi de fours	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
Opérations effectuées			
Energie	<input type="checkbox"/> Fioul	<input type="checkbox"/> Gaz	<input type="checkbox"/> Electricité
Dispositif de coupure de l'alimentation des brûleurs	<input type="checkbox"/> Oui clause 519		<input type="checkbox"/> Non

Situation du générateur	<input type="checkbox"/> Local CF 1 heure	<input type="checkbox"/> Séparé plus de 10m
-------------------------	---	---

TENUE DU RISQUE			
Etat général			
<i>Encombrement extérieur à moins de 10 mètres des bâtiments</i>			
Présence de palettes, pallox, cagettes, emballages etc.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Bennes et autres containers	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Pourtour des bâtiments débroussaillés dans un rayon de 10mètres	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Etat des bâtiments	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Correct	<input type="checkbox"/> Mauvais
Interdiction de fumer			
Etendue de l'interdiction :			
Signalétique en place :			
Clause 502 insérable	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Nettoyage des locaux			
Balayage	<input type="checkbox"/> Quotidien	<input type="checkbox"/> Hebdomadaire	
Nettoyage des ateliers	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Nettoyage des charpentes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Clause 500 insérable	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Travail par point chaud permis de feu			
Opération de soudage, de découpage par chalumeau, arc électrique ou comportant l'usage de flammes dans l'entreprise	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Permis de feu pour les entreprises externes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Clause 521 insérable	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Atelier à atmosphère chargée en poussières	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Aspiration automatique de déchets sur machines	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Aspiration individuelle sur chaque machine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Au moyen de gaines métalliques	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Stockage à l'aide de sac individuel	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Stockage en silos	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
A plus de 10 mètres	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Clause 506 insérable	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Aspiration des vapeurs inflammables	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Clause 505 insérable	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Evacuation des gaz et vapeurs inflammables	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Clause 507 insérable	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

MOYENS DE SECOURS / PREVENTION GENERALE

ORGANISATION INTERNE DE LA SECURITÉ			
Surveillance et gardiennage			
Existe-t-il un service de gardiennage propre à l'entreprise	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Appartenant à une entreprise spécialisée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Nombre de rondes de nuit			
Fermeture annuelle			
Effectif présent pendant les périodes de fermeture			
Moyens de secours propres à l'établissement			
Service de sécurité conformité R6	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Présence d'un chargé de sécurité agréée INSSI	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Abonnement prévention conseil (clause 511 insérable)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Plan de secours (I C P E)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
P O I (Chef entreprise)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
P P I (autorité préfet)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Formation en sécurité du personnel	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Exercice d'évacuation	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Elaboration d'un plan d'évacuation	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Affichage des consignes d'incendie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Tenue à jour d'un registre de sécurité	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Elaboration du document unique **	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
** Evaluation des risques pour la sécurité et la santé des travailleurs			
MOYENS DE SECOURS PROPRE A L'ÉTABLISSEMENT			
Extincteurs mobiles	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Organisme vérificateur			
Date de la dernière vérification			
N4/Q4 (clause 508 insérable)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Robinetts d'incendies armés (R I A)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Organisme vérificateur			
Date de la dernière vérification			
Nombre de RIA			
Diamètre nominal	<input type="checkbox"/> DN19	<input type="checkbox"/> DN25	<input type="checkbox"/> DN33
Pression au RIA le plus défavorisé			
Q5 (clause 509 insérable)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Exutoires de fumée et de chaleur	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Organisme vérificateur			
Date de la dernière vérification			

N17 (clause 517 insérable)		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Détection automatique		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Organisme vérificateur			
Date de la dernière vérification			
Type de détecteurs			
R7 (clause 516 insérable)		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Extinction automatique à eau		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Extinction automatique à eau (RI)	<input type="checkbox"/> Norme européenne EN 12845	<input type="checkbox"/> Référentiel NFPA13	<input type="checkbox"/> Règles FM
MOYENS DE SECOURS EXTERNES			
Centre de secours			
Centre de secours le plus proche			
Centre de 1 intervention		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Sapeurs-pompiers professionnels		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Distance			
Ressource en eau			
Bouches ou poteaux d'incendie		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Nombre			
Distance			
Autres mesures de prévention			
Clôture		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Eclairage du terrain		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Nous vous contacterons si nécessaire, par la suite.

Merci de nous transmettre votre dossier par mail ou fax :

service.info@jlassure.com ou 09.59.53.91.90