

INFORMATIONS

Date d'effet (jour et mois) : |_|_| |_|_|

Date d'échéance (jour et mois) : |_|_| |_|_|

Mode de paiement : Annuel Semestriel

SOUSCRIPTEUR

Nom du souscripteur :

Prénom(s) du souscripteur :

Adresse :

Code Postal : |_|_| |_|_|

Ville :

N° de tél. : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

E-mail :

Représenté par :

En qualité de :

Bureau distributeur :

TYPE D'ETABLISSEMENT

Pour personnes âgées :

Maison de retraite Logement foyer Autres

Pour adultes handicapés :

Maison d'accueil spécialisé Foyer à double tarification Foyer occupationnel Foyer d'hébergement

Etablissement de travail protégé :

Atelier de travail protégé Centre de distribution de travail à domicile Centre d'aide par le travail

Pour les enfants handicapés :

Institut médico-pédagogique Institut médico-éducatif Institut médico-professionnel

Nombre de personnes accueillies :

Personnel médical :

Nombre de chambres :

Nombre de lits :

• Dont unité Alzheimer :

• Dont accueil de jour :

• Dont accueil temporaire :

Nombre de préposés :

Nombre d'administrateurs :

Masse salariale brute annuelle : (en euros)

Budget annuel : (en euros)

QUALITE DU PROPOSANT

Propriétaire du bâtiment : Oui Non

Si non, nom du propriétaire :

Le propriétaire a-t-il renoncé à tout recours contre le souscripteur : Oui Non

Si oui, le propriétaire occupe-t-il le bâtiment dans sa totalité : Oui Non

Si non, quel est l'occupant :

Le proposant renonce-t-il à tout recours contre l'occupant-partiel : Oui Non

Propriétaire du mobilier : Oui Non

Si oui, en désire-t-il la garantie : Oui Non

Locataire : Oui Non

Si oui, le propriétaire a-t-il renoncé à tout recours contre le proposant : Oui Non

Si oui, le proposant renonce-t-il à tout recours contre le propriétaire : Oui Non

SITUATION DU RISQUE

Adresse :

Code Postal : |_|_|_|_|_|

Ville :

NATURE DU RISQUE

Bâtiments				Contenu			
Sites	Surface développée	Valeur à neuf en euros	Valeur vétuste déduite en euros	Mobilier Matériel		Marchandises En euros	Objets de valeur Valeur de remplacement (en euros)
				Valeur à neuf	Valeur vétuste déduite		

Surface totale : m²

Valeur totale du contenu : euros

Matériaux de construction : Durs Légers

Matériaux couverture : Durs Légers

Les bâtiments sont-ils classés ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

GARANTIES DEMANDEES

Garanties demandées

Assurances Responsabilité	GARANTIE : Activités organisées : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Garantie optionnelle
	• Responsabilité après livraison : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Classe des produits :
	Type de travaux :
	Chiffre d'affaires réalisé : euros
	• Responsabilité médicale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	• Ramassage et transport collectif : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Nombre de personnes transportées :
	• Dommmages subis par les objets confiés : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	• Dommmages aux existants : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	• Responsabilité détenteur d'éléments radioactifs : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	• Responsabilité organisateur de voyages : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Budget consacré aux voyages : euros
	• Dommmages causés par les personnes accueillies : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Nombre de personnes accueillies :
	• Responsabilité de la personne accueillante : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Gestion des biens des incapables majeurs : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nombre de personnes sous tutelle :	
• Garantie : Responsabilité atteinte à l'environnement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
• Garantie : Responsabilité propriétaire ou occupant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Assurance Dommmages aux biens	• Incendie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	• Événements naturels : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	• Dégâts des eaux - gel : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	• Bris de glaces : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Bris des vitraux : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Bris des enseignes lumineuses : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Bris des appareils sanitaires : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	• Vol : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Vol des fonds et valeurs : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Vol des objets de valeur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Vol des effets personnels : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	• Dommmages aux appareils électriques : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	• Mobilier appartenant aux personnes accueillies : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Nombre de personnes ayant du mobilier personnel : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	• Marchandises et mobilier transportés : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Classe 1 ⁽¹⁾ : <input type="checkbox"/> Classe 2 ⁽²⁾ : <input type="checkbox"/> Classe 3 ⁽³⁾ : <input type="checkbox"/>
	Valeur par véhicule :
Nombre de véhicule :	
• Dommmages au contenu des installations frigorifiques : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
• Bris des machines et du matériel informatique : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Frais financiers de crédit-bail / leasing : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
• Frais de reconstitution des médias : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
• Frais supplémentaires d'exploitation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

