

Souscripteur

Nom : Raison sociale :
 Adresse :
 Code Postal : |_|_|_|_| Ville :
 N° de tél : |_| |_| |_| |_| | E-mail :

Entreprise

Forme juridique : Date de création : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
 N° Siret / Siren : Code NAF :
 Effectif total : Dont : Responsables Techniques Administratifs Autres
 Chiffre d'affaires HT : Dont CA France : dont CA Europe
 Sous traitance : Oui Non Etes-vous en redressement judiciaire : Oui Non
 L'entreprise possède t-elle des filiales ? Oui Non (Si oui, joindre un organigramme et / ou complétez tableau ci-dessous)

Filiales

Nom / Raison sociale	Adresse

Vous agissez en qualité de :

- Négociant** : il s'agit des produits non importés que vous achetez pour revendre, sans y faire figurer votre nom, marque ou tout autre signe distinctif de votre Société
- Fabricant ou Importateur**

Renseignements relatifs aux matériaux que vous vendez

Sables et graviers	Liants hydrauliques et plâtres
Adjuvants des bétons et mortiers	Blocs, poutrelles de béton, entrevous
Fers à béton, armatures, treillis soudés	Produits moulés en béton
Plaques et carreaux de plâtre	Briques
Plaques fibres – ciment	Tuiles en béton
Tuiles en terre cuite	Produits d'étanchéité (conformes DTU...)
Bardeaux bitumés	Ardoises naturelles
Bois et dérivés	Menuiseries industrialisées
Panneaux et produits d'isolation	Enduits d'imperméabilisation
Produits de peinture	Adhésifs et colles, joints SNJF
Carrelages	Revêtements souples
Vitrages simples - Vitrage isolants	Tubes et canalisations
Appareils sanitaires, robinetterie	Serrurerie, quincaillerie

Autres produits, précisez :

Renseignements relatifs aux matériaux que vous fabriquez / importez

Nature du produit	Appellation commerciale	Références techniques

Antécédents d'assurance

Nombre d'accidents du travail ou maladies professionnelles depuis 5 ans :

Circonstances :

Litiges ou réclamations survenus ou en cours depuis les 5 dernières années

Date	Nature	Circonstances	Coût	Statut (en cours ou clos)

Assureur actuel (compagnie) :

Police N°:

Ce contrat a-t-il été résilié par l'assureur : Oui Non

Si oui, pour quel motif :

Motif du changement d'assureur :

Option protection juridique : Oui Non

Éléments complémentaires d'appréciation du risque :

Date d'effet

Date d'effet souhaitée du contrat : |_|_| | |_|_| | |_|_|_|_|_|

Signature

Vous certifiez exactes les déclarations ci-dessus, qui pourront constituer la base d'un contrat d'assurance, et vous vous engagez à nous déclarer tous éléments susceptibles de modifier le risque et l'appréciation de l'Assureur, et notamment qui surviendraient postérieurement à la remise de ce formulaire.

Signature :

Fait à : Le :