



A S S U R A N C E S
DEPARTEMENT C.E.P

PROPOSITION



RC DES ENTREPRISES DE NETTOYAGE

PROPOSANT

Nom, prénom, ou raison sociale.....
 Adresse des locaux.....
 Code postal.....Ville.....
 Téléphone.....Télécopie.....Email.....
 Code APE.....SIRET.....Site Internet.....
 Date de création :.....
 Superficie des locaux..... Valeur du contenu.....

ACTIVITES

Précisez la nature des activités et le % du CA réalisé :

Nettoyage de façades	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON%
Si OUI, travaux de ravalement et/ou de sablage	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON%
Nettoyage de véhicules citernes	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON%
Nettoyage de véhicules	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON%
Dégazage de cuves	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON%
Récupération et traitement de déchets industriels	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON%
Désamiantage ou déflocage	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON%
Désinfection, désinsectisation, dératisation	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON%
Si OUI, traitement de charpentes, termitage, autre	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON%
Avez-vous obtenu un N° d'agrément spécial ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	Si OUI, précisez.....

Autres activités :.....

Précisez la typologie de votre clientèle et le % du CA réalisé :

Particuliers, locaux administratifs, bureaux	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON%
Etablissements commerciaux, industriels, entrepôts	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON%
IGH	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON%
Etablissements bancaires, financiers, bijouteries	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON%
Chambres froides	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON%
Salles blanches	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON%
Salles informatiques	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON%
Hôpitaux, cliniques	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON%
Laboratoires	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON%
Sites nucléaires	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON%

Autres établissements, précisez.....

36 RUE VERDI – PALAIS PERGOLA – 06000 NICE

☎ 04.93.88.56.99

📁 04.93.88.50.96

build.construction@yahoo.fr

Sarl au Capital de 100 000 €.

RCS NICE 502 149 156.

APE 6622 Z

ORIAS 08043234

Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes aux articles L 530.1 et L 530.2 du Codes des Assurances

Nature des techniques et matériels utilisés :

Echafaudages, nacelle ou travaux acrobatiques OUI NON

Autres moyens, précisez.....

Intervenants, sous-traitants :

Faites-vous appel à d'autres intervenants ? OUI NON

Si OUI, lesquels :.....

Nature de leurs prestations.....

Tous recours sont-ils maintenus contre eux et leurs assureurs ? OUI NON

Le proposant vérifie t'il qu'ils soient bien couverts par une police d'assurance OUI NON

Territorialité :

Etes-vous amené à effectuer des prestations hors de France ? OUI NON

Si OUI, dans quel Pays et le % de votre CA réalisé :.....

Votre Entreprise est-elle certifiée ? OUI NON

Si OUI, précisez la norme, l'organisme certificateur :.....

Votre Entreprise est-elle soumise à déclaration ? OUI NON

(Fournir copie de l'Arrêté Préfectoral)

Personnel, y compris Chef d'entreprise et dirigeant :

Effectif total :.....Qualification du personnel :.....

.....

CHIFFRE D'AFFAIRE

Montant du CA réalisé	En France	En dehors de France
Exercice précédent		
Exercice en cours		
Prévisionnel		

ANTECEDENTS

Avez-vous fait l'objet de sinistres ou de réclamations OUI NON Si OUI,

Année	Nombre	Montant des sinistres réglés	Montant des sinistres en suspens	Circonstances

Des mesures ont-elles été prises pour éviter des sinistres de même nature que ceux déjà survenus ?

Si oui, lesquelles :.....

Le proposant a t'il connaissance d'autres événements pouvant donner lieu à des réclamations ultérieures ?

Si oui, lesquelles.....

Nombre d'accidents du travail ou maladies professionnelles en Cinq ans :.....

SITUATION D'ASSURANCE

Etes-vous actuellement assuré pour les risques dont vous demandez la garantie ? OUI NON

Si NON, pourquoi :.....

Compagnie	N° de police	Montant de la garantie	Date d'échéance	Prime actuelle

Avez-vous fait l'objet d'une résiliation par l'assureur ? Si oui, motif.....

Un contrat de même nature vous à t'il été refusé ? Si oui, motif.....

Les éléments tarifaires seront transmis en fonction de vos déclarations ayant permis d'apprécier le risque, de ce fait, toute omission, réticence, ou renseignements inexacts, peut entrainer l'application des Articles L 113.8 et L 113.9 du Code des Assurances. Je déclare que les réponses apportées au présent questionnaire sont exactes et conformes à la réalité, et qu'elles serviront de base au futur contrat, après examen et accord de la Compagnie.

Fait à.....le.....

Signature du Proposant
 « Lu et approuvé »
 Cachet commercial

Signature du Courtier

36 RUE VERDI – PALAIS PERGOLA – 06000 NICE

☎ 04.93.88.56.99

📁 04.93.88.50.96

build.construction@yahoo.fr

Sarl au Capital de 100 000 €.

RCS NICE 502 149 156.

APE 6622 Z

ORIAS 08043234

Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes aux articles L 530.1 et L 530.2 du Codes des Assurances