

NOM du Souscripteur + Adresse :



LOCAL COMMERCIAL

▶ ACTIVITES EXACTES :

Chiffre affaire :
Effectif :

Date de création :
N° Siret :

▶ Superficie développée du bâtiment :

Volume chambres frigorifiques: M3

Le local est situé en : RDC ETAGE

PROPRIETAIRE LOCATAIRE

risque aggravé : OUI NON

Si renonciation à recours, préciser :

Redressement ou liquidation judiciaire depuis moins de 3 ans : oui non

Compagnie actuelle : Echéance :

Date et motif de la résiliation :

Sinistres sur 36 mois :

Dates Type de sinistre et circonstances Coût

Dates	Type de sinistre et circonstances	Coût

* obligations d'installations électriques + extincteurs avec vérification annuelle (certificats à fournir si garantie)

PROTECTIONS VOL : (serrure, type de vitrages, barreaux, portes blindées, grille devant ou derrière devanture, etc...)

* sur portes : Nbrs de portes :

* sur devanture :

* sur fenêtres :

* Présence d'une alarme : oui non agréé APSAD
 Télésurveillance Gardiennage

PROTECTIONS INCENDIE :

* Extincteurs mobiles : oui non Nombre :

* RIA : oui non Nombre :

* Sprinklers : oui non

* Installations électriques vérifiées : oui non

* Présence d'une alarme Incendie : oui non

GARANTIES		CAPITAUX	
INCENDIE		Bris de glaces	
Pertes d'Exploitation		Enseignes	
Valeur Vénale		Resp. Civile Exploitation	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Dégâts des Eaux		Resp. Civile Professionnelle	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Vol		Bris de Machine bureautique	
Pertes de Marchandises en Frigo		Bris de machine autre	

Vos coordonnées pour le retour du TARIF :

NOM :	TEL :	MAIL :
-------	-------	--------