



DEMANDE de COTATION R.C
(hors médical et construction)

SOUSCRIPTEUR	
+ Adresse :	
N° SIREN :	Code APE obligatoire :
Forme juridique :	Date de création :
Zone d'activités : <input type="checkbox"/> régional <input type="checkbox"/> France <input type="checkbox"/> International (préciser les pays et le % du C.A)	

ACTIVITES EXACTES DU SOUSCRIPTEUR	% C.A

Chiffre affaire : Effectif (sans le patron) :
Montant salaires bruts annuels (si effectif > 10) :

Autres éléments d'appréciation :

► Nous adresser tout document commercial type plaquette , dépliant produit ainsi que le [Kbis](#)

► Si création : joindre CV du dirigeant , attestation de formation professionnelle et/ou d'anciens employeurs , KBIS

ANTECEDENTS ASSURANCE :

Compagnie actuelle : Date d'échéance :
Motif résiliation : Prime concurrence :
Sinistres :

Coordonnées pour le retour du devis

NOM	TEL	MAIL