



**DEMANDE D'ETUDE
PROGRAMME D'ASSURANCE DECENNALE ET R.C PROFESSIONNELLE
ENTREPRISE D'ETANCHEITE**

IDENTITE DU PROPOSANT

S.A.R.L. Ent individuelle Société Anonyme au capital de€

Nom ou dénomination commerciale :

Adresse :

suite

Code Postal : [.....] Ville : Tél. :

N° d'inscription au Registre du Commerce et des Sociétés : [.....] en date du [.....]

N° d'inscription au Répertoire des Métiers : [.....] en date du [.....]

EFFECTIF Total dans l'entreprise au jour de la déclaration [.....] en moyenne sur l'année [.....]

dont dirigeant (s) [.....]

dont personnel administratif [.....]

dont personnel d'exploitation [.....]

dont personnel intérimaire (ou apprentis) [.....]

Date de création [.....]

Certificat de Qualification

Le Proposant a-t-il obtenu son agrément **Qualibat** Oui Non (si oui, joindre impérativement la copie)

Si, NON, envisage-t-il de le faire prochainement [.....]

Année	Chiffre d'affaires
N (prévisionnel)	€
N-1	€
N-2	€

Activités

	C.A. HT total année N :	Dont C.A. donné en sous-traitance :
- Etanchéité : . sur béton . sur acier		
- Couverture sèche		
- Bardage		
- Autres		
- ...		
- ...		

Techniques Non Courantes

Si mise en œuvre de procédés de Technique Non Courante (TNC) sous Cahiers des Clauses Techniques approuvés par un contrôleur technique agréé, nous préciser les noms des procédés et des fournisseurs :

Systemes d'Etanchéité Liquide

Si mise en œuvre de Systemes d'Etanchéité Liquide (SEL), nous préciser les noms des procédés et des fournisseurs :

ANTECEDENTS D'ASSURANCE

Année	Assureur	N° Police RC / DEC	Date d'effet	Date résiliation
N				
N-1				
N-2				

Motif de la demande

Résiliation assuré Oui Non Résiliation Compagnie Oui Non
 Motif de la résiliation : augmentation de prime Oui Non - à l'échéance Oui Non
 Autres :

Motif de résiliation par l'assureur :

RELEVÉ DES SINISTRES

(joindre la statistique de l'assureur précédent)

Année	Désignation	Type RC / DEC	Evaluations / Coûts
N			
N-1			
N-2			
N-3			
N-4			

LISTE DES DOCUMENTS A PRODUIRE OBLIGATOIREMENT

- Copie de l'inscription au Registre des métiers ou RCS Copie du certificat QUALIBAT (s'il y a lieu)
 Entête de lettre au nom du demandeur Relevé de sinistre émanant de l'assureur

Le souscripteur du formulaire de déclaration du risque est obligé de répondre exactement aux questions posées par l'Assureur. Les conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration sont celles prévues par le Code des Assurances(Art L113.8-L113-9).

Je vous autorise à communiquer ces informations à vos mandataires, réassureurs et organismes habilités . Je dispose d'un droit d'accès et de rectification conformément à la loi du 6 janvier 1978.

Fait à

Le

A TRANSMETTRE PAR TELECOPIE AU 01.42.85.33.43