

Questionnaire à transmettre : marisol@groupe-astarion.fr

PROPOSANT

Raison sociale (fournir un extrait de KBIS):

Forme juridique :

Nom et prénom du représentant :

Adresse:

Code Postal

Ville :

Code NAF :

Siret :

Activités exercées :

Date de création de l'entreprise :

Chiffre d'affaires :

ACTIVITES RELLES DE L'ENTREPRISE :

En % du Chiffre d'affaires

1. _____ : _____ %

2. _____ : _____ %

3. _____ : _____ %

Précisions sur les activités exercées que le proposant souhaite porter à notre connaissance pour une meilleur analyse de ses besoins : _____

Procédure de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaire en cours ou dans les 3 dernières années :

Oui Non

Votre entreprise fait partie d'une franchise : Oui Non

Si oui, laquelle :

TYPE DE MATERIEL OU MACHINE À ASSURER :

Informatique

Matériel de production

Engin de chantier

www.groupe-astarion.fr

Diffusion Santé service Avekvo: 470 rue des Grillères 01580 Matafelon-Granges ,

Tel 06-80-56-11-43- marisol@groupe-astarion.fr -

Assurance de responsabilité civile professionnelle conforme aux articles L-530-1 et 530-2 du code des Assurances

RCS Lyon 808 479 869, Orias sous le n° 15000842

INVENTAIRE DES MACHINES :

MARQUE	USAGE	ANNEE	VALEUR A NEUF HT

- Le souscripteur est il propriétaire des machines : Oui Non

Si NON, indiquer si ces machines sont en Location Leasing Autre :

- Les machines sont elles périodiquement révisées : Oui Non

Par qui :

Garantie constructeur : Oui Non

Contrat d'entretien : Oui Non

- Durée quotidienne en heure d'utilisation des machines :

La durée d'exploitation des machines est elle ininterrompue : Oui Non

- Garanties limitées au bris de machine : Oui Non

Si NON

Formule tous risques sauf : Oui Non

- S'agit-il d'engins ou matériels mobiles : Oui Non

Si OUI

- Région : _____
- Pays : _____

- Extension transport : Oui Non

- Le matériel est -il équipé de traqueur : Oui Non

- Si le risque à assurer porte sur de l'informatique :

- frais supplémentaires d'exploitation, montant en euros : _____
- frais de reconstitution des données, montant en euros : _____

ANTECEDENTS DU RISQUE :

Le risque est-il déjà assuré ? Oui Non

Si OUI, nom de l'assureur actuel :

Date anniversaire du contrat actuel :

Si NON : résiliation compagnie résiliation assuré jamais assuré

Date de la résiliation :

Sinistres dans les 3 dernières années		
Date	Nature du sinistre	Montant du sinistre

Dans les 36 derniers mois la police précédente a-t-elle été résiliée pour un des motifs suivants :

Fausse déclaration : Oui Non

Défaut de conformité : Oui Non

Non-paiement : Oui Non

Sinistralité : Oui Non

DATE D'EFFET SOUHAITEE :

MODE DE PAIEMENT : Annuel Semestriel Trimestriel Mensuel

TYPE DE PAIEMENT : Chèque bancaire Prélèvement

INFORMATIONS :

Prospect qui vous a contacté prospect que vous avez démarché

Client de votre cabinet

Quel est le meilleur tarif obtenu ?

Auprès de quelle compagnie ?

Montant de franchise maximum accepté :

Prime actuelle :

Date d'effet du contrat :

Liste des compagnies déjà interrogées :

DEMANDES PARTICULIERES FORMULEES PAR LE CLIENT :

www.groupe-astarion.fr

Diffusion Santé service Avekvo: 470 rue des Grillères 01580 Matafelon-Granges ,

Tel 06-80-56-11-43- marisol@groupe-astarion.fr -

Assurance de responsabilité civile professionnelle conforme aux articles L-530-1 et 530-2 du code des Assurances

RCS Lyon 808 479 869, Orias sous le n° 15000842

DIFFUSION SANTÉ & ASSURANCES

Le proposant certifie que les déclarations figurant sur le présent questionnaire d'étude sont conformes à la vérité et qu'elles doivent servir de base à l'établissement du contrat d'assurance qu'il désire souscrire.

Nous attirons votre attention sur le fait que ce questionnaire est un document contractuel, et que toute omission, toute déclaration fautive ou inexacte, pourrait entraîner la nullité du contrat ou poser le proposant signataire à supporter les sanctions prévues aux articles L113-08 ou L113-9 du code des assurances.

Délivrance du devis par notre Agence de souscription : il sera délivré pour une durée de validité à 1mois

Nous vous remercions de ne pas nous interroger sans avoir un dossier complet

Fait à _____ le _____

Cachet de l'intermédiaire	Cachet du courtier conseil mandaté par son client
DIFFUSION SANTE Service Avekvo 470 rue des Grillères 01580 Matafelon-Granges	Faire précéder la signature de la mention manuscrite « lu et approuvé » Signature du proposant :

www.groupe-astarion.fr

Diffusion Santé service Avekvo: 470 rue des Grillères 01580 Matafelon-Granges ,

Tel 06-80-56-11-43- marisol@groupe-astarion.fr -

Assurance de responsabilité civile professionnelle conforme aux articles L-530-1 et 530-2 du code des Assurances

RCS Lyon 808 479 869, Orias sous le n° 15000842

www.groupe-astarion.fr

Avekvo adresse de correspondance :470 rue des Grillères 01580 Matafelon-Granges ,
Tel 06-80-56-11-43- marisol@groupe-astarion.fr -

Assurance de responsabilité civile professionnelle conforme aux articles L-530-1 et 530-2 du code des Assurances
SARL au capital de 1000 euros RCS Lyon 808 479 869, Orias sous le n° 15000842