CLR ASSURANCES

À compléter par le souscripteur
* coordonnées obligatoires

QUESTIONNAIRE · ASSURANCE MULTIRISQUE PROFESSIONNELLE

Questionnaire multirisque professionnelle

Répondez à ce qui vous concerne : seules vos coordonnées sont obligatoires. Plus vous précisez, plus ma proposition sera juste. Les pièces peuvent me parvenir plus tard.

1. L'ENTREPRISE ET VOUS

L'entreprise qui souscrit, et la personne à rappeler.

Raison sociale : ..... **SIRET :** ..... **Code NAF :** .....

Forme juridique : ☐ Entreprise individuelle / micro ☐ SARL / EURL ☐ SAS / SASU ☐ Autre

Date de création : .....

Prénom * : ..... **Nom * :** ..... **Fonction :** .....

Lieu de naissance : ..... **Nationalité :** ..... **Pays de résidence :** .....

Téléphone * : ..... **E-mail * :** .....

2. VOTRE ACTIVITÉ

Ce que vous faites, tel que les assureurs le classent.

Secteur : ☐ Commerce de détail ☐ Restaurant, café, hôtel ☐ Artisanat / atelier ☐ Bureau / services ☐ Santé / pharmacie ☐ Autre

Activité exercée : ..... **Activités annexes :** .....

Chiffre d'affaires annuel : ..... **Nombre de salariés :** ..... **Nombre de sites :** .....

3. VOS LOCAUX

Le bâtiment, son occupation et sa protection.

Adresse des locaux : ..... **Code postal des locaux :** .....

Locaux situés en France : ☐ Oui ☐ Non ☐ Installation en cours

Vous êtes : ☐ Locataire ☐ Propriétaire

Type de bâtiment : ☐ Local en pied d'immeuble ☐ Bâtiment indépendant ☐ Centre ou galerie commerciale ☐ Zone d'activité

Surface (m²) : ..... **Année de construction :** .....

Construction : ☐ Maçonnerie / béton ☐ Bardage / panneaux ☐ Bois / mixte

Protections : ☐ Alarme télésurveillée ☐ Rideau ou grille métallique ☐ Vitrage anti-effraction ☐ Vidéosurveillance ☐ Extincteurs vérifiés ☐ Coffre-fort

Voisins à risque : .....

4. LES BIENS À GARANTIR

Les montants à assurer, en valeur de remplacement.

Matériel et mobilier : ..... € **Marchandises et stock :** ..... €

Aménagements et embellissements : ..... € **Matériel informatique :** ..... €

Marge brute annuelle : ..... € **Espèces en caisse (maximum) :** ..... €

Denrées en chambre froide : ☐ Non ☐ Oui

Matériel emporté hors des locaux : ☐ Non ☐ Oui

5. VOS ANTÉCÉDENTS

Votre relevé d'informations confirmera ces éléments ; sans lui, j'établis une première estimation.

Assuré(e) actuellement : ☐ Oui ☐ Non

Assureur actuel : ..... **N° de contrat :** .....

Échéance du contrat : ..... **Cotisation actuelle :** ..... € / an **Client depuis :** .....

Sinistres des 36 derniers mois sur les locaux (même non responsables) :

Date	Nature (dégât des eaux, vol, incendie, bris de glace…)	Montant (€)

Résilié(e) par un assureur au cours des 36 derniers mois : ☐ Non ☐ Oui

Si oui, motif : .....

6. VOS BESOINS

Formule souhaitée : ☐ Essentielle ☐ Pro ☐ Sur-mesure ☐ À conseiller

Garanties souhaitées : ☐ Perte d'exploitation ☐ Bris de machine ☐ Bris de glace et enseignes ☐ Marchandises transportées ☐ Tous risques informatiques ☐ Protection juridique ☐ Perte de valeur du fonds

Franchise : ☐ Réduite ☐ Standard ☐ Élevée (cotisation plus basse)

Paiement : ☐ Annuel ☐ Semestriel ☐ Trimestriel ☐ Mensuel

Date d'effet souhaitée : ☐ Dès que possible ☐ Dans le mois ☐ À l'échéance de mon contrat ☐ Plus tard

Budget visé : ..... € / an

Précisions, contraintes ou questions :

.....

.....

7. PIÈCES À JOINDRE

Des photos ou des scans suffisent.

☐ Extrait Kbis ☐ Bail commercial ☐ Conditions particulières du contrat actuel ☐ Relevé de sinistres de l'assureur actuel ☐ Liste du matériel ou factures principales ☐ Photos des locaux ☐ RIB

> Plusieurs établissements ? Remplissez un questionnaire par site, ou détaillez-les dans les précisions : je les réunis dans un contrat unique.

Je certifie l'exactitude des informations ci-dessus, qui servent de base à l'étude et, le cas échéant, au contrat. Toute réticence ou fausse déclaration expose aux sanctions des articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances. Mes données sont traitées par CLR Assurances pour l'étude de mes besoins et la gestion du contrat ; j'accepte d'être recontacté(e).

Fait à, le : .....

Signature : .....

Où renvoyer ce questionnaire ? Par e-mail à ludivine.roux@clr-assurances.com, avec vos pièces en photo ou en PDF. Je reviens vers vous sous 24 heures ouvrées.