

PROPOSITION D'ASSURANCE MULTIRISQUES PROFESSIONNELLE
ETABLIE EN APPLICATION DE L'ARTICLE 13 DU CODE DES ASSURANCES

1) IDENTIFICATION DU SOUSCRIPTEUR ET DE L'ASSURE :

a) DESIGNATION DU SOUSCRIPTEUR :

RAISON SOCIALE : _____

N° IMPOT/ RCCM : _____

DATE DE CREATION DE LA SOCIETE : _____

ACTIVITE : _____

ADRESSE : _____

REPRESENTANT : _____

AGIT EN QUALITE DE : _____

N° TELEPHONE : _____

ADRESSE EMAIL : _____

Date d'effet du contrat : _____

b) QUALITE DE L'ASSURE :

Propriétaire Occupant

Propriétaire Non-Occupant

Locataire

Propriétaire Occupant Partiel

c) TYPE :

Affaire nouvelle

Avenant

2) AUTRES INFORMATIONS SUR LES RISQUES A COUVRIR :

a. Identification des bâtiments

Numéro & Adresse du bâtiment	Affectation du Bâtiment
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

b. Type de construction

<p>1. Tout en béton 2. +50% béton et tôle ondulée 3. -50% béton et tôle ondulée 4. +50% béton et extension en bois 5. -50% béton et extension en bois 6. Tout en tôle ondulée 7. Tôle ondulée et bois 8. Tout en bois 9. Construction mixte</p>	
Numéro du Bâtiment	Type de construction (Choisissez entre le numéro 1 à 9) et ajoutez d'autres détails que vous jugez utiles.
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

c. Valeurs à assurer

Numéro du bâtiment	Valeur du bâtiment	Valeur des équipements incluant les machines	Valeur des marchandises et des matières premières	Valeur du contenu incluant le mobilier
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Les bâtiments doivent être assurés au minimum pour la valeur de reconstruction, vétusté déduite ; le matériel et le mobilier pour la valeur de remplacement ; les marchandises pour leurs prix de revient au cours du jour.

d. Niveau de protection et prévention incendie

<i>1. Agent de sécurité + instincteur + tuyau d'incendie 2. Agent de sécurité + tuyau d'incendie 3. Agent de sécurité + instincteur 4. Instincteur + tuyau d'incendie 5. Instincteur 6. Tuyau d'incendie 7. Aucun système de prévention</i>	
Numéro du Bâtiment	Type de construction (Choisissez entre le numéro 1 à 7) et ajoutez d'autres détails que vous jugez utiles.
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

e. Installations Electriques

Numéro du Bâtiment	Description des installations électriques, incluant des contrôles effectués, date à laquelle la dernière révision des installations a été effectuée, détails de certification de contrôle et détails des équipements utilisés pour se protéger contre la fluctuation de l'électricité.
1	
2	
3	
4	
5	

f. Contiguïté / Proximité

Numéro du Bâtiment	Description des bâtiments exploitant dans un rayon de 10m et de leur stockage				
	Bâtiment N°1	Bâtiment N°2	Bâtiment N°3	Bâtiment N°4	Bâtiment N°5
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Combien de fois est ce que le bâtiment a été inondé pendant les dix dernières années ? _____

3) GARANTIES OBLIGATOIRES :

GARANTIES	OBLIGATOIRE
Incendie, Implosions, explosions et chute de foudre	✓
Dommages directes en Dégâts des Eaux	✓
Recours des Voisins et Tiers	✓
Tempêtes (Ouragans, Cyclone, Trombes)	✓
Chute d'un aéronef	✓
Choc de Véhicule Terrestre identifié	✓
Frais de déblais et démolition	✓
Autres Frais	✓
Hautes Eau et Inondation	✓
Défense et Recours	✓

4) GARANTIES COMPLEMENTAIRES :

Les garanties ci-dessous peuvent être choisies en complément des garanties obligatoires.

Veillez cocher les garanties désirées et remplissez les sections applicables aux garanties choisies.

	A COCHER	DETAILS A FOURNIR
Tous Dommages en Vol	<input type="checkbox"/>	Veillez compléter la section 4(a) du formulaire
Perte de Loyer / Privation de jouissance	<input type="checkbox"/>	Veillez compléter la section 4(b) du formulaire
Dommages aux matériels informatiques	<input type="checkbox"/>	Veillez compléter la section 4(c) du formulaire
Dommages Directs en Bris de Glace	<input type="checkbox"/>	Veillez compléter la section 4(d) du formulaire
Dommages électriques	<input type="checkbox"/>	Veillez compléter la section 4(e) du formulaire
Bris de Machine	<input type="checkbox"/>	Veillez compléter la section 4(f) du formulaire
Perte D'exploitation	<input type="checkbox"/>	Veillez compléter la section 4(g) du formulaire
Marchandises en chambres froides	<input type="checkbox"/>	Veillez compléter la section 4(h) du formulaire

4 (a) Tous Dommages en vol : (Limité à USD 20.000)

Somme Assurée (USD) : _____

Objet de valeur et Bijoux (limité à 30%) Somme Assurée pour Objets de valeur et bijoux (USD) : _____

Sécurité

Gardiennage 24/7

OUI

NON

Système d'alarme relié à une société d'intervention

Antivols

Coffre-fort pour objet de valeur et bijoux

Objets de valeur	Marque/Description	Année d'achat	Nombre	valeur à neuf (USD)

4 (b) Perte de Loyer / Privation de jouissance :

Valeur locative mensuelle de la propriété (USD) : _____

Somme Assurée annuelle (USD) : _____

(*) Pour un locataire désirant souscrire à cette garantie, il devra fournir le contrat de bail.

4 (c) Tous risques Informatiques

4 (c)(i) Dommages aux matériels informatiques :

Objets de valeur	Marque/Description	Année d'achat	Nombre	valeur à neuf (USD)

Les équipements sont rattachés à :

ONDULEUR STABILISATEUR PAS D'ONDULEUR ou STABILISATEUR

(*) Veuillez noter que les appareils de la gamme informatique, la valeur déclarée doit être la valeur à neuf.

4 (c)(ii) Données et programmes :

Logiciels	Marque/Description	Valeur de remplacement	Frais de remplacement

4 (d) Dommage Direct en Bris de Glace :

Somme Assurée (USD) : _____

(*) Veuillez noter que la somme assurée doit être supérieure à USD 1000.

Une prise de photo de ces biens est requise à la souscription afin de confirmer l'état des lieux assurés à la souscription.

4 (e) Dommage Electriques :

Désignation	Marque/Description	Année d'achat	Nombre	Valeur (USD)

Veuillez noter que les appareils cité ci-dessus sont seulement couverts jusqu'au 5^e anniversaire de la date d'achat de l'appareil neuf.

4 (f) Bris de machine :

	Machine 1	Machine 2	Machine 3
Description de la machine ou de l'unité			
Date de fabrication/mis en service la première fois			
Est-ce que le rapport de maintenance date de : 1. Moins de 3 ans 2. Entre 3 ans et 5 ans 3. Plus de 5 ans ou pas de maintenance			
Type de fabrication : 1. Fabrication Locale 2. Fabrication Locale 3. Fabrication Locale			
Service d'entretien ? - Oui - Non			

Toujours sous garanti fabricant -Oui -Non Si Oui, quelle est la date à laquelle elle prend fin ?			
Les pièces de remplacement sont-elles disponibles localement ? -Oui -Non -Pas toujours			
Utilisation de la machine en nombre d'heures par semaine			
Utilisation de la machine en nombre d'heures par semaine			

SINISTRALITE :

Nombre de bris de machine survenu au cours de 24 derniers mois : _____

SI OUI :

NOM DE L'ASSUREUR : _____

LES DATES DE BRIS DE MACHINE : _____

LA(LES) CAUSE(S) : _____

LE COÛT DES REPARATIONS : _____

LA DUREE DES REPARATIONS : _____

4 (g) Perte d'exploitation :

Montant du chiffre d'affaire		
Exercices	Année	Montant
Exercice précédent		
Exercice en cours		
Prévisions pour le prochain exercice		

4 (h) Marchandise en chambres froides:

4 (h) (i)

Description détaillée de la chambre froide, incluant superficie, les machines utilisées, plan de maintenance, protection électrique, puissance du(es) générateur(s) utilisé(s) en cas de coupure d'électricité.

4 (h) (ii) Description du stock à assurer

4 (h) (iii)

Prix de revient du stock en chambre froide (USD) : _____

5) AUTRES INFORMATIONS :

Le risque proposé a-t-il été couvert précédemment : OUI NON

Si OUI, indiquer lesquelles avec le nom des compagnies :

Souhaitez-vous nous indiquer toute autre information concernant votre habitation ?

6) SINISTRALITE :

Nombre d'accidents survenu au cours de 24 derniers mois : _____

Indemnisation reçues au cours de 24 derniers mois : _____

Nom du dernier assureur : _____

Avez-vous fait l'objet d'une résiliation : OUI NON

Si OUI, pour quel motif : _____

A quelle date : _____

TACITE RECONDUCTION :

Est-ce que l'Assuré ou souscripteur souhaite opter pour la Tacite Reconduction sur cette police ?

OUI NON

La prime sera recalculée automatiquement par l'Assureur pour la nouvelle période d'assurance et communiquée au souscripteur par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le souscripteur soussigné certifie que les réponses ci-dessus sont, à sa connaissance, exacte et qu'elles servent de base pour l'établissement du contrat qu'il désire souscrire. Toute négligence, fausse déclaration, omission déclaration inexacte faite par le souscripteur pour le risque ainsi décrit, l'expose aux sanctions prévues par le code des assurances selon les cas.

Fait à _____ Le _____

Le souscripteur

INCENDIE AUTO SANTE VIE COMMERCIALE TRANSPORT VOYAGE HABITATION

Adresse : 90AB Boulevard du 30 juin, immeuble Paradiso local 101, Kinshasa/Gombe
RCCM : CD/ KNG/RCCM/18-B-00821ID.NAT : 01-83-N33660L N° Impôt : A1812529P

Téléphone : +243 821 920 300

Email : contact@assurancesokapi.com - Site Web : www.assurancesokapi.com