

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

1 IDENTIFICATION DU SOUSCRIPTEUR ET DE L'ASSURÉ

a DESIGNATION DU SOUSCRIPTEUR

Raison sociale			
N° impot			
Date de creation ste			
Activité			
Civilité	M.	Mme.	Mlle.
Nom			
Post-nom			
Prénom			
Date de Naissance			

Profession			
Situation familiale			
Sexe			
Adresse			
Commune			
Province			
N° téléphone			
REVENUS MENSUELS (USD)			
0-500	501- 1000	1001- 2000	2000- 3001
plus de 3000			

b DÉTAILS DE L'ASSURÉ (SI DIFFÉRENT DU SOUSCRIPTEUR)

Civilité	M.	Mme.	Mlle.
Nom			
Post-nom			
Prénom			
Date de Naissance			
Profession			
Situation familiale			
Date d'effet du contrat			

Sexe	
Adresse	
Commune	
Province	
Numéro de téléphone	
REVENUS MENSUELS (USD)	
0-500 501-1000 1001-2000 2001-3000	
plus de 3000	

C QUALITE DE L'ASSURE

Propriétaire Occupant	
Propriétaire Non-occupant	
Locataire	
Propriétaire Non-occupant partiel	

C BIENS A ETRE ASSURES

Propriétaire Occupant	Bâtiment	Bâtiment et contenu	Contenu

2 AUTRES INFORMATIONS SUR LE RISQUE A COUVRIR :

Adresse du risque	
Commune	
Province	
Superficie totale (m2) (inclue cours et jardin)	
Année de construction	
Superficie couverte (m 2)	
Nombre des pièces	
Nombre des niveaux	

Qualité des installations électriques	
Excellent <input type="checkbox"/>	Bon <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> De mauvaise qualité <input type="checkbox"/>
Système Prévention Incendie	
Extincteur <input type="checkbox"/>	Détecteur de fumée <input type="checkbox"/> Gardiennage <input type="checkbox"/>
Pas de prévention <input type="checkbox"/>	Plusieurs préventions <input type="checkbox"/>
Système prévention des équipements électriques	
Onduleurs <input type="checkbox"/>	Stabilisateur <input type="checkbox"/> Pas d'onduleurs <input type="checkbox"/>
Stabilisateurs <input type="checkbox"/>	
Matériaux De Construction	
Mur et toit en Béton <input type="checkbox"/>	Mur en béton et toits autres matériaux <input type="checkbox"/>
Mur en bois et toit autres matériaux <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Type d'habitation
Maison isolée <input type="checkbox"/> Maison jumelée
Appartement <input type="checkbox"/> Maison en rangée <input type="checkbox"/>
Valeur batiment/habitation(usd)
Valeur du contenu (usd)

(*1) La valeur du bâtiment doit être assuré au minimum d'après la leur valeur réelle, au prix de construction au jour du sinistre, vétusté déduite.

(*2) La valeur du contenu doit au minimum être, d'après leur valeur de remplacement au jour du sinistre, vétusté déduite s'il y a lieu.

Détails du contenu (usd)

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

3 GARANTIES OBLIGATOIRES :

Garanties	Obligatoire
Incendie , implosions, explosions et chute de foudre	✓
Dommmages directs 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	✓

(*1) Veuillez noter que la limite pour le recours des voisins et des tiers est limitée à 30% de la somme Assuré du bâtiment et du contenu si l'assuré désire avoir une limite plus importante, une demande spéciale devra être faite au département de souscription.

4 GARANTIES COMPLEMENTAIRES :

Garanties	Obligatoire	Détails à fournir
Tous dommages vols	<input type="checkbox"/>	Veillez compléter la section 4(a) du formulaire
RC Chef de famille/ La garantie est limitée à USD 10.000	<input type="checkbox"/>	
Perte de Loyer / Privation de jouissance	<input type="checkbox"/>	Veillez compléter la section 4(a) du formulaire
Dommmages aux matériels informatiques	<input type="checkbox"/>	Veillez compléter la section 4(a) du formulaire
Dommmages Directs en Bris de Glace	<input type="checkbox"/>	Veillez compléter la section 4(a) du formulaire
Dommmages électriques	<input type="checkbox"/>	Veillez compléter la section 4(a) du formulaire
Bris de Machine	<input type="checkbox"/>	Veillez compléter la section 4(a) 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)	
	OUI NON
Gardiennage 24/7	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Système d'alarme relié à une société d'intervention	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Antivols	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Coffre-fort pour Objets de valeurs et Bijoux	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Détails du contenu (usd)

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

4 (b) PERTE DE LOYER / PRIVATION DE JOUISSANCE :

Valeur locative mensuelle de la propriété (USD :). Cette garantie est limitée à 12 fois la valeur locative mensuelle.

(*) Le contrat de bail doit être fourni à la souscription de ces garanties.

4 (c) DOMMAGE AUX MATÉRIELS INFORMATIQUES :

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

(*) Veuillez noter que les appareils de la gamme informatique (PC de Bureau, Scanner, imprimantes) et la gamme tablette et ordinateur portable (Micro-ordinateur portable, Ultra portable, tablette PC, tablette tactile, table graphique et notebook) sont seulement couverts jusqu'au 5e anniversaire de la date d'achat de l'appareil neuf.

4 (d) DOMMAGE DIRECT EN BRIS DE GLACE :

Somme Assurée (USD)	
---------------------	--

(*) Veuillez noter que la somme assurée doit être supérieure à USD 500.

Description	Valeur du bien incluant frais de pose et de transport

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) DOMMAGES ELECTRIQUES :

Désignation	Marque/Description		Nombre	valeur(USD)

4 (f) BRIS DE MACHINE :

Description des installations		
Les installations sont-elles importantes	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si OUI, LE PAYS D'ORIGINE		
Date de mise en service pour la première fois		
Stockage des pièces en remplacement	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Nombres d'heures d'utilisationpar semainepar an	
Operation continue	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Operation saisonnière	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si OUI, DUAU NO. HEURESN B. JOURS/SEMAINES		
Age des installations		
Les machines ou accessoires encore sous garantie fabricant	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si oui, date d'expiration		
Rapport de maintenance	Moins de 3 ans <input type="checkbox"/> pas de rapport <input type="checkbox"/> plus de 3 ans et moins de 5 ans <input type="checkbox"/>	
Système de sécurité	Detecteur de fumée <input type="checkbox"/> Arret automatique <input type="checkbox"/> Système d'extincteurs <input type="checkbox"/>	
Stabilisateur d'électricité	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Présence des produits inflammables dans les locaux	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Service d'entretien interne	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Si oui, fréquence	Journalier <input type="checkbox"/> Hebdo <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Semestriel <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/>	
Autres risques aggravant (phénomènes naturels)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si oui, lesquels		

SINISTRALITE :

Nombre de bris de machine survenus 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 réparations	
La durée des réparations	

DETAILS DES MACHINES (ASCENCEURS ET GROUPE ELECTROGENES)

Description de la machine ou de l'unité	Marque/constructeur	puissance/ nombre de cylindres	Tension/ pression/ température	Nombre	Année de construction	Pièces de rechange (1)	valeur a neuf usd (ht ou ttc)

(1) Pièces de rechange importantes disponibles sur place.

Valeur des machines : usd.....

AUTRES INFORMATIONS

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

Si OUI, indiquez lesquelles avec le nom des compagnies :

Souhaitez-vous nous indiquer toute autre information

concernant votre habitation?:

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

TACITE RECONDUCTION

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

Si oui, 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, exactes et qu'elles servent de base pour l'établissement du contrat qu'il désire souscrire. Toute négligence, fausse déclaration, omission de 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