

PROPOSITION D'ASSURANCE

RESPONSABILITE CIVILE ENTREPRISE

Numéro d'autorisation :

<p>INFORMATIONS SUR LE CONTRAT : POLICE N° : DUREE : DATE DE PRISE D'EFFET : ECHEANCE : RISQUE :</p>	<p>RENSEIGNEMENTS SUR LE SOUSCRIPTEUR : Dénomination (personne morale*) ou Nom et Prénom (personne physique) : Adresse : Profession ou domaine d'activité : Activité(s) assurée(s) : (*) Joindre les documents d'entreprise</p>
--	--

1- Informations sur le Proposant

1. Nom : _____ Prénom : _____
 Raison sociale : _____
 Adresse : _____

 Code postal : _____ Commune : _____
 Téléphone : _____ Email : _____

 Nature : _____ Valeur (USD) : _____
 Nature : _____ Valeur (USD) : _____
 Nature : _____ Valeur (USD) : _____

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

2- Renseignements Relatifs au Cabinet :

Catégorie Juridique (EI, SARL, SAS, SA...): _____

N° RCCM : _____

N° Id Nationale : _____

N° Impôt : _____

Nom du représentant légal : _____

Date de création du cabinet : __/__/__

CAHT (y compris rétrocessions faites au mandataires, honoraires et autre rémunérations) :

- IARD : _____ EUR - Vie : _____ EUR

Liste des Mandataires : Nombre de mandataires dont le cabinet peut avoir à répondre :

Identité + Adresse complète

1. -
2. -
3. -
4. -
5. -
6. -

Depuis quelle date exercez-vous cette activité ? __/__/__

Avez-vous des succursales ou des bureaux Annexes ? OUI / NON*

Le cabinet de courtage fait-il partie d'un groupe de société ou détient-ils ainsi que ses dirigeants ou principaux actionnaires, des participations dans d'autres sociétés ? OUI / NON*

Etes-vous adhérent d'un syndicat Professionnel ? OUI / NON* Si oui, lequel et depuis quelle date :

Placez-vous certains risques auprès d'assureurs étrangers en LPS ? OUI / NON* Si oui pour quel type de risque : _____

Part de votre CA pour chaque type de risque : _____

Assureurs avec lesquels vous collaborez pour ces risques avec pays dans lesquels ils sont installés :

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

3- Activités Exercées à titre accessoire

- Activité Accessoire d'agent d'assurance OUI / NON*

Si OUI : Compagnie Représentée : _____ Commissions HT encaissées : _____

Existence d'un mandat d'agent général d'assurance écrit ? OUI / NON*

- Autres Activités Accessoires : (cocher les cases correspondantes aux activités exercées)

Succursales et implantations permanentes hors de RDC ?

Intermédiaire en opérations de Banque Rémunération encaissée : _____ EUR et services de paiement (OBSP)³ : % du CA Total : _____%

4 – Garanties Souhaitées

- Responsabilité Civile Exploitation - Défense Pénale et Recours Suite à Accident Oui Non*
- Responsabilité Civile Professionnelle..... Oui Non*
- Garantie Financière..... Oui Non*

Si Oui, remplir le questionnaire proposition complémentaire « Garantie Financière »

Etes-vous titulaire d'un ou plusieurs contrats actuellement en cours, souscrits auprès d'un autre Assureur couvrant tout ou partie des garanties demandées ? Oui Non*

Si Oui, précisez :

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

5 – Antécédents du risque proposé

- Assureur Précédent : • Le risque proposé a-t-il été assuré au cours des 24 derniers mois ?
 Oui Non*

Si Oui, nom de la société : _____ N° du contrat _____

• Avez-vous fait l'objet d'une résiliation à l'initiative d'un précédent assureur ?..... Oui Non* Si Oui, nom de la société, n° du contrat, motif : _____

- Sinistres :

• Avez-vous fait l'objet de réclamations au cours des cinq dernières années (que vous ayez été assuré ou non) ? Oui Non*

Si Oui, donnez toutes précisions, éventuellement par note annexe, sur les dates, causes, circonstances et suites financières de ces réclamations : _____

• Avez-vous connaissance d'un fait vous permettant de penser que votre responsabilité professionnelle puisse être ultérieurement recherchée par un assuré, une Compagnie ou un tiers ?..... Oui Non*

Si Oui, précisez : _____

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

DISPOSITIONS FINALES :

Le souscripteur reconnaît que tout autre document complémentaire aux présentes conditions particulières peut lui être remis ultérieurement.

A la signature des présentes conditions particulières, il reconnaît avoir reçu également :

- Un exemplaire des conditions générales,
- Un formulaire de déclaration du risque,
- Un formulaire de déclaration de sinistre.

Fait à, le ___/___/___

(POUR) LE SOUSCRIPTEUR

Nom, postnom et Prénom :

Agissant en qualité de :

Signature

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