

Vos coordonnées

Société :
Nom :
Prénom :
Représenté par :
Adresse :
Email :

Les coordonnées de votre courtier ou de votre assureur conseil

Société :
Nom :
Prénom :
Adresse :
Email :

Vos locaux

Adresse des locaux abritant le stock :
Activité exercée :

Depuis combien de temps exercez-vous cette activité ?

Nature et description des biens à garantir :

Valeur globale du stock : Valeur unitaire maximum :

Répartissez cette valeur entre d'une part :

- le stock vous appartenant :
- les biens loués :

et d'autre part :

- le matériel d'éclairage et de sonorisation :
- les structures de scènes, les gradins, tentes :
- les décors et costumes :
- les instruments électriques et électronique :
- l'informatique portable :
- le matériel de communication, photo, vidéo, cinéma :
- le matériel de sport et de loisir :
- les armes de chasse :
- autres(précisez) :

Prestations

Quel type de prestation effectuez-vous le plus souvent ? :

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - Concert | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Spectacle | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Evènement familiaux | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Location | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Autres (précisez) : | | |

Vos prestations sont-elles effectuées le plus souvent :

- | | | |
|------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - en intérieur : | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - en extérieur : | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

si plus souvent en intérieur, préciser sous quel type de structure :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - structure mobile (tentes, chapiteaux) : | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - structure en dur (salle de spectacle, de concert,.....) : | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Autres (précisez) : | | |

Transports, montages/démontages

Les transports sont-ils effectués par vous-même ou par vos préposés ? ☐ OUI ☐ NON
Par quel moyen de transport ?
Ces transports peuvent-ils être effectués par des transporteurs professionnels ? ☐ OUI ☐ NON
Lesquels ?
Pour quel montant ?
Dans quelles limites territoriales ?

Protections

Vos locaux sont-ils équipés d'un système d'alarme ? ☐ OUI ☐ NON
Si oui, nom et adresse de l'installateur :
Date de la mise en service :
A-t-il délivré un certificat de conformité (joindre la copie) ? ☐ OUI ☐ NON
A défaut d'un certificat de conformité, existe-t-il :
- un contrôleur - enregistreur ? ☐ OUI ☐ NON
- un contrat d'entretien ? ☐ OUI ☐ NON
- une détection volumétrique ? ☐ OUI ☐ NON
- une détection périmétrique ? ☐ OUI ☐ NON
Existe-t-il un transmetteur d'alarme ? ☐ OUI ☐ NON
Relié à un central de télésurveillance ? ☐ OUI ☐ NON
Lequel ?
Relié à un particulier ? ☐ OUI ☐ NON
Relié à la police ou à la gendarmerie ? ☐ OUI ☐ NON

Description des protections mécaniques et des fermetures

Veuillez mentionner ci-après toutes les issues et ouvertures (portes, fenêtres, devantures, lucarnes, vasistas....) en précisant pour chacune d'elle les modes de protection et de fermeture (blindage, qualité des serrures, nombre de points d'ancrage, volets, barreaux, verre anti-effraction...) ou bien l'absence éventuelle de protection :

Indiquez le nombre et la durée des inoccupations des locaux, notamment durant les vacances annuelles (3 jours consécutifs de fermeture sont considérés comme période d'inoccupation) :

Quelles mesures particulières de protection ou de prévention sont-elles prises durant ces périodes ?

Avez-vous subi durant les cinq dernières années des sinistres qui auraient été couverts par des garanties faisant l'objet du présent questionnaire ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez-en la nature et le montant :

Quelles mesures ont été prises consécutivement à ces sinistres ?

Avez-vous déjà été assuré pour votre activité ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, pour quels capitaux ?

Avez-vous été résilié après sinistre ? ☐ OUI ☐ NON

Vous déclarez qu'à votre connaissance, tous les renseignements donnés dans ce questionnaire préalable 'assurance, qu'il soit rempli de votre main ou non, sont exacts.

En signant cette déclaration, vous n'êtes pas tenu(e) d'accepter les termes de la proposition faite par les assureurs, mais vous reconnaissez que dans le cas où un contrat d'assurance serait accepté, les déclarations faites dans ce questionnaire feraient partie et serviraient de base à ce contrat.

Votre signature :

Date :