

QUESTIONNAIRE

Bijouterie et Commerces

TOUS RISQUES ACHAT D'OR, BUREAU DE CHANGE, NUMISMATIQUE

CACHET COURTIER

Affaire Nouvelle

Remplacement du contrat n° :

Effet du : __/__/____

Echéance : __/__(JJ/MM)

COURTIER

Nom du cabinet : Code MS Amlin :

Nom de l'interlocuteur :

Email :

Téléphone :

N° ORIAS :

Etes-vous tenant de cette affaire ? Oui Non

Si oui, depuis combien de temps ?

I. Description du risque

1. Dénomination

Nom et prénom du proposant ou Raison Sociale :

Avez-vous des intérêts particuliers dans d'autres Sociétés et/ou magasins ayant les mêmes activités ?

OUI NON

Faites-vous partie d'un Groupement ? OUI NON

Si OUI, lequel ?.....

Chiffre d'affaires Hors Taxes :

Adresse des locaux où la garantie doit s'appliquer :

Code Postal :Commune :

SIRET :

2. Locaux

A quel étage(s) se trouvent-ils?.....

Localisation centre commercial centre-ville rue piétonnière rue à grande circulation ZAC

Nature de votre commerce : Achat d'or _____ % Bureau de change _____ % Numismatique _____ %

Depuis combien de temps exercez-vous ce commerce ? dans ces locaux : ailleurs :

Nombre de personnes travaillant dans l'entreprise y compris l'exploitant :

Quel est le nombre minimum de salariés présents pendant les heures d'exploitation ?

- dans la partie vente : - pendant les heures de déjeuner :

II. Heures de fermeture

Pendant les heures de fermeture, y compris déjeuner, les locaux sont-ils :

a) gardiennés ? OUI NON

b) occupés par au moins une personne ? OUI NON

III. Protections

1. Système d'alarme avec dispositif sonore (OBLIGATOIRE)

Marque : Date de mise en service :

Installateur : Société d'entretien :

Périodicité des visites d'entretien semestrielle trimestrielle

Liaison téléphonique

Votre installation d'alarme est-elle reliée téléphoniquement :

- en téléalarme (domicile, tiers, etc....) OUI NON
- auprès d'une société de télésurveillance (nom à préciser :) OUI NON
- directement aux forces de police OUI NON

La ligne de télésurveillance est-elle :

- testée toutes les 3 heures (minimum) OUI NON
- autoprotégée (type GSM) OUI NON

La liaison est-elle également possible en cas d'agression par boutons poussoirs ou pédales anti-hold-up :

- fixes OUI NON
- mobiles OUI NON

Y a-t-il un code sous contrainte : OUI NON

Le risque est-il équipé de fumigènes : OUI NON

Nombre d'extincteurs (selon Arrêté du 22 Juin 1990) avec Entretien Annuel Obligatoire.....

2. Coffre-fort (OBLIGATOIRE)

Marque-Type / Référence / Année de fabrication	Serrure horaire	Pondérateur d'ouverture (15 mn)	Scellé	Autre(s) dispositif(s)
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

3. Devanture

De combien de vitrines de devanture disposez-vous ?

- | | | | |
|--|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Caractéristique du produit verrier | Verre securit SP (épaisseur en mm) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| | Verre feuilleté double épaisseur | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| | Verre feuilleté triple épaisseur | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Les vitrines sont-elles reliées à l'alarme ? | | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Descriptif des rideaux ou grilles (ex. : Rideau métallique à lames pleines, à mailles agrafées, mixte).....

- | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|
| Comment sont-ils placés par rapport à la devanture? | <input type="checkbox"/> extérieur | <input type="checkbox"/> intérieur |
| Le rideau est-il relié à l'alarme ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

4. Autres accès

Y-a-t'il d'autres accès (portes/fenêtres/baies vitrées) OUI NON

Si OUI, préciser le mode de fermeture et de protection :

- pour les portes : blindages, nombre de serrures et de points de fermeture.....

- pour les fenêtres et baies vitrées : présence de volets, barreaux, rideaux métalliques

Sont-ils reliés à l'alarme ? OUI NON

5. Autres mesures de protection

La porte d'accès est-elle munie d'une gâche électrique? OUI NON

Y a-t'il un sas d'entrée? (si oui, précisez la nature du produit verrier :) OUI NON

Le guichet est-il blindé ? (si oui, précisez la nature du produit verrier :) OUI NON

Le guichet est-il barreaudé ? OUI NON

Y a-t'il un système de fumigènes ? OUI NON

Y-a-t-il une protection anti véhicule bélier (plots, barrières, mobilier urbain, surélévation ...) ?

Précisez :

Systeme vidéo

- avec moniteur de contrôle OUI NON

- avec enregistrement OUI NON

si oui, le stockage se fait-il sur disque dur ? OUI NON

Ouverture et fermeture des locaux par une société de gardiennage OUI NON

Si non, quelles sont les mesures prises :

IV. Stock (valeur calculée sur la base du Prix Coûtant Hors Taxes)

Quelle a été la valeur moyenne des marchandises détenues dans vos locaux au cours des 12 derniers mois ? :
.....
Dont : - devises :.....€ - Or :€ - numismatie :€
Quel montant souhaitez-vous assurer ? (Minimum 75 % du stock total y compris confiés) :€

V. Antécédents

Avez-vous, au cours des 5 dernières années subi des pertes, dommages ou vols ? OUI NON
Si OUI, préciser pour chacun d'eux :

Date	Montant en euros	Nature

Mesures préventives prises depuis pour éviter une éventuelle récidive.....
.....
.....

VI. Assurances cumulatives

Si vos marchandises sont assurées contre certains risques par des polices en cours, précisez :
a) le nom de l'Assureur.....
b) le numéro de police.....
c) le montant de la garantie.....

VII. Assurances antérieures

Des Assureurs ont-ils déjà refusé de vous assurer, de continuer une assurance avec vous ou ont-ils déjà résilié une assurance avec vous au cours des cinq dernières années ? OUI NON
Avez-vous été assuré précédemment ? OUI NON
- auprès de quelle compagnie ?.....
- quel numéro de police ?.....
- pour quels capitaux
- par qui ce contrat a-t-il été résilié ?
- pour quel motif ?.....
En dehors des renseignements fournis ci-dessus, existe-t-il d'autres faits relatifs à la présente proposition, qui devraient être communiqués aux Assureurs pour leur appréciation du risque ?.....
.....

DATE D'EFFET / DATE DE REPRISE de la garantie :

IMPORTANT

En signant ce document, vous n'êtes pas tenu de contracter l'assurance (Art. L.112-2 du Code des Assurances), mais si une police définitive est établie, les renseignements indiqués dans le présent questionnaire serviront de base à l'établissement du contrat et seront considérés comme en faisant partie intégrante.

Je, soussigné, certifie que toutes les déclarations ou réponses faites au présent questionnaire pour servir de base au contrat à intervenir, qu'elles aient été écrites par moi ou par un tiers, sont sincères et, à ma connaissance, véritables.

Je déclare ne pas ignorer que les articles L.113-8 et L.113-9 du Code des Assurances sont applicables si, dans l'appréciation du risque, l'Assureur a été induit en erreur par suite de fausses déclarations intentionnelles ou non intentionnelles de ma part.

Cachet commercial
et signature du Commerçant
(OBLIGATOIRE)

Fait à
Le