|  |
| --- |
| DEMANDE de COTATION R.C  (Hors médical et construction) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SOUSCRIPTEUR**  + Adresse : |  | | |
| N° SIREN : | Code APE obligatoire : | | |
| Forme juridique : | Date de création : | | |
| Zone d’activités : □ régional □ France □ International (préciser les pays et le % du C.A) | | | |
| **ACTIVITES EXACTES DU SOUSCRIPTEUR** | | **% C. A** |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |

Chiffre affaire : Effectif (sans le patron) :

Montant salaires bruts annuels (si effectif > 10) :

Autres éléments d’appréciation :

►Nous adresser tout document commercial type plaquette, dépliant produit ainsi que le KBIS

►Si création : joindre CV du dirigeant, attestation de formation professionnelle et/ou d’anciens employeurs, KBIS

**ANTECEDENTS ASSURANCE :**

Compagnie actuelle : Date d’échéance :

Motif résiliation : Prime concurrence :

Sinistres :

Coordonnées pour le retour du devis

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOM | TEL | MAIL |
|  |  |  |