



## FICHE DE RECUEIL DE BESOIN MULTIRISQUE CABINET

- **Nom** : .....
- **Prénom** : .....
- **Date et lieu de naissance** : .....
- **Adresse** : .....
- **Code Postal** : ..... **Ville** : .....
- **Tél** : ..... **Mail** : .....
- **Spécialité** : .....
- **Adresse de la Société** : .....
- **Code Postal** : ..... **Ville** : .....
- **Date de création** : ..... **N°SIRET** : .....
- **Statut de la Société** :  Individuelle  SCP  SEL  Société de Faits  SCI
- **Effectifs** : ..... **Chiffre D'affaires** : .....
- **Vous êtes** :  Locataire  Propriétaire occupant  Propriétaire non occupant
- **Surface du local professionnel** : ..... **Etage** : .....
- **Moyens de Protection** :  Volets  Alarme  Télésurveillance  Gardien
- **L'immeuble dans lequel est situé le risque n'est pas un immeuble dont la hauteur excède 28 mètres** :  oui  non
- **Le risque est conforme à toutes les normes de sécurité en vigueur, selon la législation des Etablissements destinés à recevoir du public** :  oui  non
- **Un seul professionnel exerce dans les locaux** :  oui  non
- **Plusieurs professionnels exercent dans les locaux** :  oui  non
- **Vous n'avez pas été titulaire auprès d'un précédent assureur, d'un contrat de même nature garantissant tout ou partie du risque, résilié pour sinistre ou non-paiement de prime ou ayant fait l'objet d'une procédure de nullité** :  oui  non
- **Antécédents sinistres (en montant)** : .....
- **Date d'effet souhaitée** : .....

A ....., Le ...../...../.....      Cachet & Signature :