



## **ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE**

### **RECOUVREMENT DE CREANCES**

(Conforme au décret n° 96-1112 du 18.12.96)

#### **1°) PROPOSANT**

Société :

Représentée par :

Adresse:

Code Postal :

Ville :

E-Mail :

N° de téléphone :

N° de télécopie :

Forme juridique :

N° de SIRET :

Code NAF (APE) :

Date de création : **(joindre une copie du K-Bis et CV du dirigeant)**

Organisation professionnelle à laquelle vous adhérez et année d'adhésion :

#### **2°) ACTIVITES**

Votre activité porte-t-elle exclusivement sur le recouvrement de créances ?	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Si non sur quelle (s) autre(s) activité(s) porte-t-elle ?		
Exercez-vous une activité de renseignements commerciaux ?	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Si oui, celle-ci est-elle supérieure à 20 % du CA global ?	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Effectuez-vous des visites domiciliaires ?	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Pratiquez-vous la mise sous séquestre de mobilier ?	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Si oui, y a-t-il prise en charge des biens par un garde meuble ?	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Le garde meuble dispose-t-il d'une assurance pour ces biens ?	<b>OUI</b>	<b>NON</b>

Chiffre d'affaires	Recouvrement	Sous-traitance	Renseignements Commerciaux	Autres	Total
Prévisionnel de l'année en cours					
Année précédente					

Vos sous traitants sont-ils assurés ?

#### **3°) EFFECTIFS**

Effectif total de l'entreprise :

#### **4°) ANTECEDENTS**

(lorsque la réponse est "OUI", donner des précisions au verso)

Avez-vous fait l'objet de réclamations ou mises en cause au cours des 3 dernières années ?

Avez-vous déjà été assuré ?

Si oui, n° de contrat et nom de la Compagnie :

Je n'ai aucune raison de présumer qu'un sinistre me serait imputable.

*Le proposant certifie exactes à sa connaissance, les déclarations de la présente proposition qui constitueront la base du contrat d'assurance, toute déclaration fautive ou inexacte étant sanctionnée conformément aux articles L 113.8 et L 113.9 du Code des Assurances. Il est convenu que cette proposition n'engage en aucune manière l'acceptation de garantie par l'assureur.*

Date d'effet souhaitée :

Date :

**SIGNATURE :**