



## PROPOSITION RESPONSABILITE CIVILE ENTREPRISE

### COURTIER

---

Nom: ..... N°: .....  
Commune: ..... N° OCA: ..... Votre référence: .....  
Téléphone: ..... E-mail: .....

### PRENEUR D'ASSURANCE

---

Nom et prénom ou raison sociale: .....  
Forme juridique:  SA  SPRL  ASBL  SIREL  Autres : .....  
Rue: ..... N°: ..... Boîte: .....  
Code Postal: ..... Commune: ..... Pays: .....  
Téléphone: ..... Fax: ..... Langue:  F  N  
N° compte financier: ..... Assujetti à la TVA:  O  N  
N° TVA: ..... N° national: .....  
Branche de commerce: ..... NACE-code: .....  
N° registre de commerce: ..... E-mail: .....  
Personne à contacter: ..... Website: .....  
Fonction: ..... Date de naissance : .....

### SECRETARIAT SOCIAL

---

Nom: .....  
Rue: ..... N°: ..... Boîte: .....  
Code Postal: ..... Commune: ..... Pays: .....  
Référence ou votre n° d'affiliation: .....

### SITUATION ET DENOMINATION DU RISQUE A ASSURER

---

Rue: ..... N°: ..... Boîte: .....  
Code postal: ..... Commune: ..... Pays: .....  
Rue: ..... N°: ..... Boîte: .....  
Code postal: ..... Commune: ..... Pays: .....  
Le risque à assurer se situe-t-il dans un bâtiment de plus de 25 étages,  
dans une gare, un métro ou un aéroport?  O  N  
Si oui, où? .....



**INFORMATIONS GENERALES**

Nombre de travailleurs (gérant inclus): .....

Rémunérations ouvriers : ..... €

Rémunérations employés: ..... €

Chiffre d'affaires (TVA inclus): ..... €

**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES**

Est-ce que des travaux sont effectués chez les clients?  O  N  
 Si oui, de quel type de travaux s'agit-il (p.e. travaux de placement, de montage, d'entretien ou de réparation)?

.....

.....

Les travaux sont-ils effectués à feu ouvert, au chalumeau ou au soudage électrique? Si oui, lesquels?  O  N

.....

.....

Y a-t-il du travail donné en sous-traitance?  O  N  
 Si oui, genre de travail et factures en sous-traitance?

.....

.....

Quel est le type des marchandises livrées ou des travaux exécutés (veuillez joindre des cataloges, des brochures, des prospectus et des dépliants décrivant les produits ou services)?

.....

.....

Les produits fabriqués et/ou livrés contiennent-ils des explosifs, des produits dangereux chimiques, toxiques ou corrosifs? Si oui, lesquels?  O  N

.....

.....

Si vous agissez en tant que fabricant:

Les produits sont-ils livrés entièrement par vos soins?  O  N

Les produits sont-ils fabriqués partiellement par des tiers?  O  N  
 Si oui, spécifiez:

.....

.....

La qualité des produits est-elle contrôlée par un organisme externe?  O  N  
 Si oui, par quel organisme?

.....

.....

Si vous agissez en tant que représentant du fabricant, en qualité de grossiste ou de détaillant :

Vendez-vous les marchandises dans l'état où vous les achetez?  O  N  
Si non, quelles modifications y apportez-vous?

.....

.....

Avez-vous renoncé à tout recours contre votre fournisseur?  O  N

Importez-vous des produits de l'étranger?  O  N  
Si oui, lesquels et de quels pays?

.....

Livrez-vous des produits et/ou des services à l'étranger?  O  N

Vos produits sont-ils livrés à l'étranger par des tiers?  O  N  
Si oui, à quels pays?

.....

#### **DATE DE PRISE D'EFFET ET DUREE**

---

Date de prise d'effet : ..... Date d'échéance: 01/01 Durée: résiliable annuellement

Paiement de la prime  Annuel  Semestriel  Trimestriel  Mensuel  
+ 3% surprime + 5% surprime uniquement par domiciliation

N° de domiciliation: .....

Prime minimum par échéance: 50 €

#### **ASSURANCES ANTERIEURES**

---

Etiez-vous déjà assuré pour les mêmes risques?  O  N  
Si oui, nom de la compagnie, numéro de police et date d'échéance finale:

.....

.....

A-t-on mis fin à cette police?  O  N  
Si oui, à quelle date et pour quelle(s) raison(s)?

.....

.....

A-t-on majoré la prime de cette police ou proposé un assainissement?  O  N  
Si oui, à quelle date et pour quelle(s) raison(s):

.....

.....

**SINISTRES**

Avez-vous déjà été rendu responsable des risques proposés?  O  N

Si oui, veuillez indiquer:

Date: ..... Montant: ..... € Type de dégâts: .....

Date: ..... Montant: ..... € Type de dégâts: .....

Date: ..... Montant: ..... € Type de dégâts: .....

**DECLARATIONS****Loi relative au contrôle des entreprises d'assurances**

La loi belge est applicable au contrat. Sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice, toute plainte au sujet de ce contrat peut être adressée à l'ASBL Service Ombudsman Assurances, De Meeûssquare 35 à B 1000 Bruxelles. B.D.M. SA agit comme agent général pour les assureurs mentionnés. Il n'existe pas de solidarité réciproque entre ces assureurs.

**Loi sur le contrat d'assurance**

La signature de la présente proposition n'engage ni le proposant ni l'assureur et ne fait pas courir la couverture. B.D.M. SA s'oblige à conclure le contrat, sous peine de dommages et intérêts si, dans les 30 jours de la réception, elle n'a pas notifié au proposant, soit une offre d'assurance, soit la subordination de l'assurance à une demande d'enquête ou d'expertise du bien à assurer, soit son refus d'assurer. Dans la texte suivante, nous entendons par 'vous' tant le preneur d'assurance que l'assuré. Toutefois, vous déclarez par la présente que vous avez mentionné sur cette proposition toutes les données que vous pouvez considérer comme étant nécessaires ou utiles lors de notre appréciation du risque. Vous vous engagez à nous communiquer immédiatement toute modifications à ces données

**Loi sur la protection de la vie privée**

Les données à caractère personnel seront enregistrées dans les fichiers des assureurs. Elles pourront être utilisées à des fins commerciales et à toute gestion relative aux contrats d'assurance IARD. Les assurés bénéficient d'un droit d'accès et de rectification des données ainsi que la possibilité de consulter le registre public tenu auprès de la Commission de la Protection de la Vie Privée. Dans un but de gestion rapide du contrat (du dossier sinistre), les assurés donnent par la présente leur consentement spécial quant au traitement des documents médicaux les concernant. Les données judiciaires feront l'objet d'un traitement immédiat. Les assurés renoncent en effet à en être informés préalablement.

**Datassur**

L'assuré donne par la présente son consentement à la communication au GIE Datassur des données à caractère personnel pertinentes dans le cadre exclusif de l'appréciation des risques et de la gestion des contrats et des sinistres y relatifs. Toute personne justifiant de son identité a le droit d'obtenir auprès de Datassur communication et, le cas échéant, rectification des données le concernant. Pour exercer ce droit, la personne concernée adresse une demande datée et signée accompagnée d'une copie de sa carte d'identité à l'adresse suivante: Datassur, service fichiers, 29 square de Meeûs à 1000 Bruxelles

**Avertissement**

Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers B.D.M. SA entraîne non seulement la résiliation de la police, mais aussi des poursuites pénales sur base de l'article 496 du Code pénal, mais aussi des poursuites pénales sur base de l'article 496 du Code pénal.

Faite à ....., le .....

Le preneur d'assurance,

Le courtier,