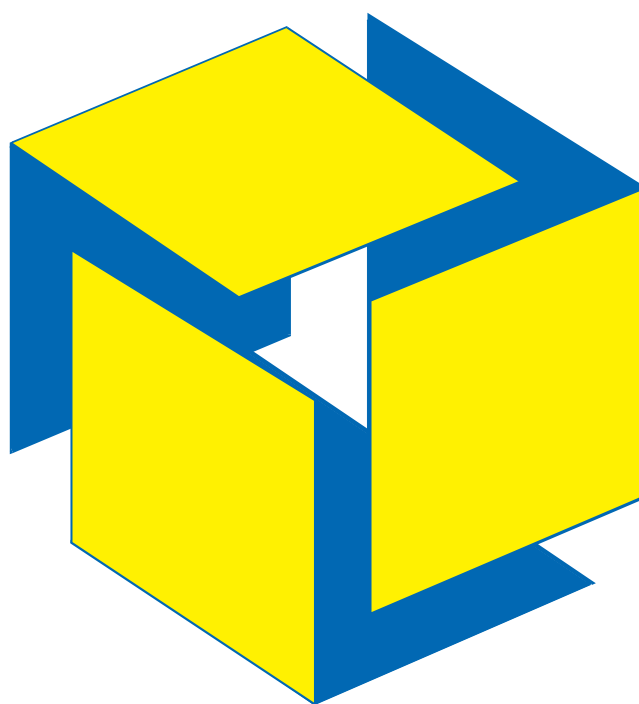


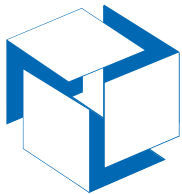
**CONTRAT D'ASSURANCE PROFESSIONNELLE
DES ENTREPRISES DU BÂTIMENT
ET DES TRAVAUX PUBLICS**



CAP 2000

DEMANDE D'ASSURANCE

SMA
COURTAGE



CAP 2000

CONTRAT D'ASSURANCE PROFESSIONNELLE DES ENTREPRISES DU BÂTIMENT ET DES TRAVAUX PUBLICS

DEMANDE D'ASSURANCE

CAP 2000 vous intéresse. Merci de votre confiance. Pour vous en indiquer le tarif, nous vous remercions de répondre aux questions posées. Si vous nous donnez votre accord pour établir le contrat, les garanties vous seront acquises sur ces bases. La notice d'information jointe les décrit et fournit tous les renseignements susceptibles de vous aider.

1 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Si vous êtes déjà assuré de SMA SA, veuillez indiquer votre n° de souscripteur _____ et passez à la page suivante.

Toutefois si des modifications sont intervenues, veuillez nous les signaler en remplissant les rubriques concernées.

- Raison sociale ou vos nom et prénom _____
 - Adresse du siège social ou domicile commercial : n° _____ rue _____
code postal |_|_|_|_| ville _____
 - Nom du Responsable _____
N° téléphone _____ N° télécopie _____
Votre e-mail : _____
 - Date de création de l'entreprise _____ Son effectif total _____
 - Forme Juridique _____
- Si vous exercez sous forme d'entreprise individuelle, répondez-vous au statut d'auto-entrepreneur ? OUI NON
- N° SIREN : _____
 - N° inscription au Répertoire des métiers _____ Code NAF |_|_|_|_|
 - Si votre entreprise a des filiales, leurs noms et adresses _____

 - Si elle est filiale d'une autre société, ses nom et adresse _____

2 VOS GARANTIES

■ MONTANTS DES GARANTIES ET DES FRANCHISES PAR SINISTRE

Les montants de garantie et de franchise peuvent être souscrits selon trois formules :
(cf p. 5 à 8 de la notice d'information).

- une formule **FS**
 une formule **FSP**
 une formule **FR**

*Veillez cocher
la case de votre
choix.*

■ GARANTIES OPTIONNELLES

Souhaitez-vous souscrire l'option de garantie : "tous dommages à votre ouvrage avant réception" ?

- OUI NON

3 DOMAINES DANS LESQUELS VOUS EXERCEZ VOS ACTIVITES

Vous exercez vos activités dans le domaine :

	Domaines	% de votre activité totale
	Bâtiment	%
	Travaux Publics	%

4 LOCALISATION GEOGRAPHIQUE DE VOS ACTIVITES

Où exercez-vous vos activités ? Quelle est la répartition en % de votre activité totale ?

Territoire national Périmètre géographique : <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Régional <input type="checkbox"/> National	%
États limitrophes à la France métropolitaine (Espagne, Italie, Luxembourg, Belgique, Allemagne ainsi qu'en Suisse et dans les principautés d'Andorre et de Monaco).	%
Autres pays : lesquels _____	%

5 MONTANTS DE VOS ENCAISSEMENTS ANNUELS HORS TAXES

Veillez indiquer dans le tableau ci-dessous pour le dernier exercice connu :

- le montant de vos encaissements annuels tels que déclarés à l'administration fiscale pour le calcul de la TVA, en distinguant ceux relatifs aux travaux que vous avez confiés en sous-traitance ;
- le montant total hors taxes des sommes versées directement par les maîtres d'ouvrage à vos sous-traitants.

EXERCICE	MONTANT TOTAL DES ENCAISSEMENTS	DONT MONTANT DES ENCAISSEMENTS RELATIFS AUX TRAVAUX CONFIES EN SOUS-TRAITANCE	MONTANT TOTAL DES SOMMES VERSEES DIRECTEMENT PAR LES MAITRES D'OUVRAGE A VOS SOUS-TRAITANTS
	€	€	€

6 VOS ACTIVITES DANS LE DOMAINE DU BATIMENT

QUELLES SONT VOS ACTIVITES ?

Activités	LIBELLÉ DE VOTRE (VOS) ACTIVITÉ(S)	N° de QUALIFICATION QUALIBAT OU QUALIFELEC	
		que vous détenez	devant être rachetée
1			
2			
3			
4			
5			

Si vous exercez plusieurs activités, tenez-vous une comptabilité distincte des encaissements de chacune d'entre elles ?

Dans l'affirmative, veuillez indiquer dans le tableau ci-dessous, pour chaque activité les encaissements correspondants.

Activités	Montant total des encaissements	Dont montant des encaissements relatifs aux travaux confiés en sous-traitance	Montant total des sommes versées directement par les maîtres d'ouvrage à vos sous-traitants
1	€	€	€
2	€	€	€
3	€	€	€
4	€	€	€
5	€	€	€

RÉALISEZ-VOUS DES TRAVAUX OU CONFIEZ-VOUS EN SOUS-TRAITANCE DES TRAVAUX DE TECHNIQUE NON COURANTE ? (VOIR LA DÉFINITION PAGE 10 DE LA NOTICE D'INFORMATION)

Activités concernés	NOM DU (DES) PROCÉDE(S) OU (DES) PRODUIT(S)	REFERENCE du/des CAHIERS DES CHARGES	Montant HT des encaissements annuels
1			€
2			€
3			€
4			€
5			€

7 VOS ACTIVITES DANS LE DOMAINE DES TRAVAUX PUBLICS

QUELLES SONT VOS ACTIVITES ?

Activités	LIBELLÉ DE VOTRE (VOS) ACTIVITÉ(S)	IDENTIFICATION PROFESSIONNELLE FNTP
1		
2		
3		
4		
5		

Si vous exercez plusieurs activités, tenez-vous une comptabilité distincte des encaissements de chacune d'entre elles ?

Dans l'affirmative, veuillez indiquer dans le tableau ci-dessous, pour chaque activité les encaissements correspondants.

Activités	Montant total des encaissements	Dont montant des encaissements relatifs aux travaux confiés en sous-traitance	Montant total des sommes versées directement par les maîtres d'ouvrage à vos sous-traitants
1	€	€	€
2	€	€	€
3	€	€	€
4	€	€	€
5	€	€	€

RÉALISEZ-VOUS DES TRAVAUX OU CONFIEZ-VOUS EN SOUS-TRAITANCE DES TRAVAUX DE TECHNIQUE NON COURANTE ? (VOIR LA DÉFINITION PAGE 10 DE LA NOTICE D'INFORMATION)

Activités concernés	NOM DU (DES) PROCÉDE(S) OU (DES) PRODUIT(S)	REFERENCE du/des CAHIERS DES CHARGES	Montant HT des encaissements annuels
1			€
2			€
3			€
4			€
5			€

8 VOS AUTRES ACTIVITES

EXERCEZ-VOUS LES ACTIVITES SUIVANTES ?

Activités concernées	oui	non	Montant ht des encaissements annuels
Coordonnateur SPS Dans l'affirmative, - veuillez joindre les coordonnées de vos collaborateurs titulaires de l'agrément en précisant le niveau de l'agrément et l'organisme l'ayant délivré.			€
Retrait de matériaux contenant de l'amiante Dans l'affirmative, - êtes-vous titulaires de la qualification : 1512 – 1513 ou bien de la certification AFAQ AFNOR International ? (joindre le justificatif) - merci de compléter l'imprimé SGB7177B.			€
Vente de produits de construction, petit outillage, appareils électroménagers et autres biens, en connexité avec vos activités d'entrepreneur.			€
Exercez-vous d'autres activités non listées ci-dessus et/ou ne relevant pas des métiers du BTP ? Si oui, lesquelles :			€

- Exploitez-vous une installation classée soumise à déclaration ou à autorisation préfectorale visée par la loi n° 76-663 du 19 juillet 1976 modifiée ou une installation soumise à enregistrement selon l'ordonnance n° 2009-663 du 11 juin 2009 prise en application de la loi n°2009-179 du 17 février 2009 ?
 OUI NON

Si OUI, merci de compléter la demande d'assurance spécifique pour l'assurance des risques d'atteinte à l'environnement (ref SGB0080).

- Exercez-vous une activité liée au domaine de l'environnement (ex : identification des risques des installations classées, études d'impact sur l'environnement, contrôle de produits polluants, conception et/ou réalisation de dispositifs de réduction d'émissions polluantes) ?
 OUI NON

Si OUI, merci de compléter la demande d'assurance RC pour atteinte à l'environnement des BET ou entreprises spécialisées (SGB0027C).

9 VOS ANTECEDENTS D'ASSURANCE

■ ASSURANCE DE RESPONSABILITÉ CIVILE

Avez-vous été assuré précédemment en responsabilité civile? OUI NON

Si oui, veuillez nous préciser :

Le nom et l'adresse de votre précédent assureur _____

Votre numéro de contrat _____ Sa date d'effet _____

Sa date de résiliation _____ Motif de la résiliation _____

Si votre contrat n'est pas encore résilié, veuillez indiquer la date de sa prochaine échéance : __ / __ / ____

Avez-vous occasionné des sinistres au cours des 5 dernières années ? OUI NON

Si OUI, indiquez le nombre ____ et compléter le tableau ci-dessous et joignez à votre envoi le relevé d'information émanant de votre précédent assureur.

Année	Nombre de sinistres*	Montant des sinistres*

* Par sinistre, il convient d'entendre les sinistres déclarés, réglés et/ou évalués en excluant les sans suite.

■ ASSURANCE DE RESPONSABILITÉ DECENNALE

Avez-vous été assuré précédemment en responsabilité décennale? OUI NON

Si oui, veuillez nous préciser :

Le nom et l'adresse de votre précédent assureur _____

Votre numéro de contrat _____ Sa date d'effet _____

Sa date de résiliation _____ Motif de la résiliation _____

Si votre contrat n'est pas encore résilié, veuillez indiquer la date de sa prochaine échéance : __ / __ / ____

Avez-vous occasionné des sinistres au cours des 5 dernières années ? OUI NON

Si OUI, indiquez le nombre ____ compléter le tableau ci-dessous et joignez à votre envoi le relevé d'information émanant de votre précédent assureur.

Année	Nombre de sinistres*	Montant des sinistres*

* Par sinistre, il convient d'entendre les sinistres déclarés, réglés et/ou évalués en excluant les sans suite.

10 PRISE D'EFFET DE VOTRE CONTRAT

La date d'effet demandée est le __ / __ / ____ à 0 heure

Si, pour certains risques, vous êtes couvert au-delà de cette date par un autre contrat, vous vous engagez à le résilier à sa prochaine échéance.

11 DISPOSITIF DE LUTTE ANTI-BLANCHIMENT

Dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux, nous vous prions :

- de joindre une copie d'extrait Kbis datant de moins de 3 mois pour les entreprises commerciales ou une copie du justificatif de l'inscription au Registre des Métiers pour les artisans ;
- d'effectuer tout règlement à partir d'un compte ouvert, au nom de l'entreprise, auprès d'un établissement bancaire français.

12 MODALITES DE GESTION

Fréquence d'appel de cotisation

Annuelle Semestrielle Trimestrielle

13 PORTEE DE LA PRESENTE DEMANDE D'ASSURANCE

Ces informations, qui nous sont destinées, ne seront diffusées à l'extérieur que pour les seuls besoins de passation, de gestion et d'exécution du contrat. Le demandeur peut en obtenir la communication ainsi que leur éventuelle rectification auprès de la SMA SA, Service Support, 8 rue Louis Armand CS 71201 - 75738 PARIS CEDEX 15.

Vous déclarez sincères et, à votre connaissance, exacts les renseignements ci avant et certifiez qu'ils ne comportent aucune restriction de nature à nous induire en erreur.

Toute omission, toute déclaration fautive ou inexacte pourrait entraîner la nullité du contrat ou vous exposer à supporter la charge de tout ou partie des indemnités dans les conditions prévues par les articles L. 112-3, L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances.

Vous reconnaissez que la notice d'information du contrat vous a été remise avec la présente demande, en application de l'article L. 112-2 du Code des assurances.

Fait à _____ le _____

Visa du courtier

Signature et cachet du demandeur



**SMA COURTAGE, DÉPARTEMENT COURTAGE DE SMA SA
SMA SA**

Société anonyme à directoire et conseil de surveillance
Entreprise régie par le code des assurances au capital
de 12 000 000 euros, RCS PARIS 332 789 296
8 rue Louis Armand CS 71201 - 75738 PARIS CEDEX 15

www.sma-courtage.com



SCB0074B