

PROBAT CRÉATION

Référence devis d'assurance : 19123863314 - 2

Référence client : **W2027739**

Date d'effet souhaitée : **05/01/2020**

Ce devis est composé des Conditions Générales référencées ERGO CTCG01-19A et de la nomenclature des activités référencées Nom Ergo 2018. Devis d'assurance établi le 10/12/2019 et valable 90 jours

LE SOUSCRIPTEUR

Entrepreneur individuel auto-entrepreneur
la touche

18500 ALLOUIS

SIREN : **523058246**

Date de création : **03/10/2019**

Chiffre d'affaires HT : **40 000,00 €**

Effectif : **1 personne(s)**

L'ASSUREUR
PRINCIPAL

ERGO

VOS ACTIVITÉS À ASSURER

Vous trouverez le détail des activités et leurs définitions dans la nomenclature des activités référencée Nom Ergo 2018.

ACTIVITÉS GARANTIES	Part de l'activité
4.2 Plâtrerie-Staff-Stuc-Gypserie	80 %
4.5 Peinture hors imperméabilisation et étanchéité de façades	10 %
2.2 Maçonnerie et béton armé sauf précontraint in situ à l'exclusion des enduits hydrauliques	10 %

Les garanties du contrat s'appliquent exclusivement aux activités définies ci-dessus et pour des travaux portant sur :

- des ouvrages ayant fait l'objet d'une ouverture de chantier pendant la période de validité du contrat. L'ouverture du chantier est définie à l'annexe I de l'article A. 243-1 du Code des Assurances. Des ouvrages réalisés en France métropolitaine et dans les départements d'Outre-Mer.
- des ouvrages dont le coût total de construction HT tous corps d'état et y compris honoraires, déclaré par le maître d'ouvrage n'est pas supérieur à la somme de 15 000 000 €.
- des ouvrages, produits et procédés de construction suivants :
 - * pour les ouvrages soumis à l'obligation d'assurance : de techniques courantes, et à l'exclusion des ouvrages à caractère exceptionnel et/ou inusuel
 - * pour les ouvrages non soumis à obligation d'assurance : à l'exclusion des ouvrages de caractère exceptionnel et/ou inusuel

VOS GARANTIES CHOISIES

Vous trouverez le détail des activités et leurs définitions dans la nomenclature des activités référencée Nom Ergo 2018.

GARANTIES PRINCIPALES	FRANCHISES	
Responsabilité civile	500 €	1 000 €
Responsabilité décennale	500 €	1 000 €
Domage à l'ouvrage en cours de travaux (exclue en Corse)	500 €	1 000 €
Catastrophes Naturelles	-	-
Attentat	-	-
Fond de garantie	-	-
GARANTIES ANNEXES	FRANCHISES	CHOISIES
Protection Juridique		Non

Sous réserve des justificatifs d'exp pro

VOTRE
CONSEILLER

ACS ASSURANCE
ON LINE

Téléphone
09 72 58 25 76

Adresse
**22 RUE Rue de
Dunkerque
11400
CASTELNAUDARY**
Orias N° 18001486
Consultable sur www.orias.fr
(30214)

VOTRE
SOUSCRIPTION
EN 2 ÉTAPES

À retrouver
dans les dernières pages



PROBAT CRÉATION

Référence devis d'assurance : 19123863314 - 2

Date d'effet souhaitée : **05/01/2020**

VOS TARIFS

TARIF TTC en euros		
	Franchise 1000 €	Franchise 500 €
Mensuel	75,00	81,83
Comptant du 05/01/2020 au 01/03/2020	147,47	160,52
Trimestriel	225,01	245,54
Comptant du 05/01/2020 au 01/04/2020	222,42	242,19
Semestriel	450,03	491,06
Comptant du 05/01/2020 au 01/07/2020	447,41	487,77
Annuel	905,89	988,01
Comptant du 05/01/2020 au 01/01/2021	897,48	978,84
Cotisation révisable sur le chiffre d'affaires au taux de (hors taxes, cat nat, frais).	1,8 %	2 %

Tarif sous réserve des statistiques sinistres des compagnies précédentes sur 5 ans (si antécédents d'assurances déclarés)

Les cotisations TTC comprennent les primes de la compagnie et les frais annexes de courtage acceptés par le proposant.

Les frais de dossiers du courtier sont à régler séparément à ACS ASSURANCE ON LINE à la souscription, soit : 0.00 €.

Les comptants mensuels comprennent au minimum 30 jours + le cas échéant le prorata du mois en cours + la cotisation Fonds de garantie de 5,90 €. Le premier prélèvement automatique sera réalisé au mois de mars.

PROBAT CRÉATION

Référence devis d'assurance : 19123863314 - 2

Date d'effet souhaitée : **05/01/2020**

VOS DÉCLARATIONS

L'assuré déclare :

- Que sa société est créée depuis le : **03/10/2019**
- Que l'effectif de la société est de : **1 personnes(s)**
- Avoir une expérience professionnelle de : **5 an(s)**
- Que le chiffre d'affaires de sa société (HT) est de : **40 000,00 €**
- Réaliser **00 %** de son chiffre d'affaires en tant que sous-traitant
- Confier **00 %** de son chiffre d'affaires en sous-traitance
- Ne pas avoir d'activité connexe de négoce ou fabrication de matériaux non suivie de pose
- Avoir déclaré **0** sinistre(s)
- Ne jamais avoir été assuré
- Ne pas intervenir en tant que Constructeur de Maisons Individuelles
- Ne pas intervenir en tant que Contractant Général
- Ne pas intervenir en tant qu'Entreprise Générale

sous peine des sanctions prévues aux Conditions Générales référencées ERGO CTCG01-19A:

- Effectuer ses missions sur :
 - Des ouvrages de techniques courantes, à l'exclusion des Ouvrages de caractère exceptionnel et/ou inusuel
 - Des ouvrages dont le coût de construction est inférieur à 15 000 000 € HT
- Demander, à chacun de ses sous-traitants participant à la construction, une attestation d'assurance décennale valable à la date de la DOC (Date d'Ouverture de Chantier) et précisant que la garanties s'applique lorsque le souscripteur agit en qualité de sous-traitant

NOS ENGAGEMENTS CLIENTS

①

**Une solution spécifique
et adaptée** à vos besoins

②

**Une équipe de gestion
dédiée** pour vous
accompagner au quotidien

③

**Une réactivité &
une qualité de service
reconnues**
depuis **1988**



VOTRE DEVIS D'ASSURANCE RC ET DÉCENNALE

PROBAT CRÉATION

Référence devis d'assurance : 19123863314 - 2

Date d'effet souhaitée : 05/01/2020

LES COMPAGNIES

LES GARANTIES PRINCIPALES des Conditions Générales référencées ERGO CTCG01-19A, sont souscrites auprès de :

ERGO France – ERGO Versicherung AG succursale France, 21 Rue des Pyramides 75001 Paris, RCS Paris 819 062 548, régie par le Code des Assurances pour les contrats souscrits ou exécutés en France. Siège social : ERGO Versicherung Aktiengesellschaft, Ergoplatz 2, 40477 Düsseldorf Allemagne. SA de droit allemand, au capital de 78 673 606 €, enregistrée sous le n° HRB 36466, filiale de ERGO Group. Agréée par la BaFin pour ses opérations en France (www.bafin.de).

GARANTIES DÉFENSE PÉNALE ET RECOURS des Conditions Générales référencées ERGO CTCG01-19A, sont souscrites auprès de :

CFDP Assurances est une entreprise d'assurances régie par le Code des Assurances. CFDP Assurances est une société anonyme au capital de 1 600 000 euros. Son siège social est immeuble l'Europe – 62 Rue de Bonnel – 69003 Lyon. Elle est immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Lyon sous le numéro 958 506 156 B.

LES GARANTIES ANNEXES

Garanties Protection Juridique

La garantie Protection Juridique n'est pas acquise au titre du présent contrat

VOTRE SOUSCRIPTION EN 2 ÉTAPES

Transmettez à votre conseiller les pièces dont la liste figure ci-après.

•
Veuillez adresser le règlement du comptant pour valider votre souscription

LE TABLEAU DES GARANTIES

VOS GARANTIES		
	Montant	Franchises fixes par sinistre (selon l'option choisie)
RESPONSABILITÉ CIVILE GÉNÉRALE L'engagement de l'assureur ne peut dépasser, tous dommages confondus au titre de l'ensemble des garanties de Responsabilité Civile Générale, 7 500 000 € pour l'ensemble de l'année d'assurance.		
RC EXPLOITATION / PENDANT TRAVAUX* Tous dommages corporels, matériels et immatériels confondus Dont : <ol style="list-style-type: none"> 1. Dommages matériels et immatériels consécutifs confondus 2. Dommages immatériels non consécutifs 3. Faute inexcusable 4. Dommages aux biens confiés 5. Vol par préposés 6. Dommages résultants d'une atteinte accidentelle à l'environnement 	7 500 000 € par Année d'assurance 1 600 000 € par Sinistre 200 000 € par Année d'assurance 1 000 000 € par Année d'assurance 30 000 € par Année d'assurance 30 000 € par Sinistre 200 000 € par Année d'assurance	500 ou 1 000 € 500 ou 1 000 € 500 ou 1 000 € 500 ou 1 000 € 500 ou 1 000 € 500 ou 1 000 €
RC APRÈS RÉCEPTION OU LIVRAISON Tous dommages corporels, matériels et immatériels confondus Dont : <ol style="list-style-type: none"> 1. Dommages corporels 2. Dommages matériels et immatériels consécutifs 3. Dommages immatériels non consécutifs 	1 600 000 € par Année d'assurance 1 600 000 € par Année d'assurance 1 600 000 € par Année d'assurance 200 000 € par Année d'assurance	Néant 500 ou 1 000 € 500 ou 1 000 €
ASSURANCE DÉFENSE PÉNALE ET RECOURS	30 500 € par Litige	Seuil d'intervention 760 € par sinistre
RESPONSABILITÉ CIVILE DÉCENNALE Responsabilité Civile Décennale obligatoire (ouvrage soumis) Responsabilité du sous traitant en cas de dommages de nature décennale Responsabilité décennale pour les ouvrages non soumis en cas d'atteinte à la solidité Garanties complémentaires à la responsabilité civile décennale Bon fonctionnement des éléments d'équipement dissociables Dommages intermédiaires Dommages aux existants par répercussion Dommages immatériels consécutifs	À hauteur du coût des travaux de réparation de l'ouvrage, y compris les travaux de démolition, déblaiement et dépose, pour les ouvrages à usage d'habitation. À hauteur du coût total de la construction déclaré par le Maître d'ouvrage pour les ouvrages hors habitation. 6 000 000 € par Sinistre 500 000 € par Année d'assurance 500 000 € par Année d'assurance 100 000 € par Année d'assurance 200 000 € par Année d'assurance 100 000 € par Année d'assurance	500 ou 1 000 € 500 ou 1 000 € 500 ou 1 000 € 500 ou 1 000 € 500 ou 1 000 € 500 ou 1 000 €
DOMMAGES MATÉRIELS À VOTRE OUVRAGE ET AUX BIENS SUR CHANTIER	500 000 € par Année d'assurance	500 ou 1 000 €

PROBAT CRÉATION

Référence devis d'assurance : 19123863314 - 2

Référence client : **W2027739**

Date d'effet souhaitée : **05/01/2020**

LES INFORMATIONS AU SOUSCRIPTEUR

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle par tacite reconduction chaque année à sa date d'échéance principale le 01/01 sauf dénonciation par l'une des parties dans les conditions et cas prévus aux Conditions Générales.

INFORMATION SUR LES TRAITEMENTS DE VOS DONNÉES PERSONNELLES RÉALISÉS PAR APRIL Partenaires

Les informations ci-dessous sont relatives aux traitements de vos données personnelles réalisés par APRIL Partenaires. Pour avoir des informations sur les traitements réalisés par les assureurs de vos garanties, merci de vous reporter aux Conditions Générales.

À QUOI SERVENT VOS DONNÉES ?

À différentes étapes de votre contrat, nous collectons vos données auprès de vous ou par l'intermédiaire de votre conseiller en assurance.

À la souscription et en cours de vie du contrat :

> **Pour étudier vos besoins en assurances**, lorsque vous demandez un devis ou souhaitez souscrire un contrat d'assurance et ainsi vous apporter la meilleure réponse.

> **Pour procéder à la gestion et la bonne exécution de votre contrat**, comme établir un avenant, calculer et recouvrer vos cotisations, gérer vos sinistres, traiter vos éventuelles réclamations.

Tout au long de notre relation :

> **Pour vous proposer des produits et services à la hauteur de vos exigences.**

Dans notre intérêt commun, nous mesurons et améliorons continuellement la qualité de nos services. Pour cela, vos courriers, e-mails et échanges téléphoniques sont susceptibles d'être enregistrés et analysés et nous pouvons également être amenés à vous contacter par téléphone, e-mail ou sms pour des enquêtes de satisfaction.

Il en est de même pour nos produits, pour que nous puissions les améliorer et en construire de nouveaux et vous les proposer aux tarifs les plus justes. Pour cela, nous utilisons vos données à des fins statistiques et actuarielles.

> **Pour aller plus loin ensemble.**

Dans notre intérêt, nous pourrions être amenés à vous contacter par e-mail, téléphone ou courrier pour vous proposer des offres APRIL Partenaires. Vous pouvez à tout moment faire valoir vos choix et, le cas échéant, votre opposition à la prospection selon les modalités décrites ci-après.

> **Pour nous permettre de lutter contre la fraude à l'assurance.**

Il est de notre intérêt que les tentatives de fraude puissent être détectées afin d'éviter la prise en charge de demandes injustifiées. Cela permet de maintenir des cotisations adaptées aux risques et d'engager des poursuites le cas échéant.

> **Pour participer à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.**

Pour répondre aux obligations prévues par le Code monétaire et financier, nous mettons en œuvre une vigilance pour lutter contre le blanchiment de capitaux, le financement du terrorisme et permettre l'application des sanctions financières. Pour cela, nous pourrions être amenés à solliciter notamment une copie de votre pièce d'identité.

QUI ACCÈDE À VOS DONNÉES ?

> **Nous, société APRIL Partenaires**, 15 rue Jules Ferry 35300 FOUGERES, collectons et traitons vos données pour les finalités et selon les modalités décrites dans ce document. Au sein de nos services, seules les personnes ayant besoin de connaître de vos données dans le cadre de leurs missions y ont accès.

> **Selon les finalités, nous transmettons vos données aux organismes suivants :**

- Les assureurs et réassureurs pour l'étude de vos besoins, la souscription et la gestion de votre contrat, la lutte contre la fraude ou l'amélioration de nos produits.
- Le médiateur saisi et les autorités légalement autorisés pour le traitement de vos réclamations.
- Les assureurs, réassureurs, votre conseiller et Tracfin pour la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.
- Nos partenaires pour recevoir leurs offres.
- Nos prestataires intervenant dans le traitement de vos données, dans le strict cadre de leurs missions

OÙ SONT TRAITÉES VOS DONNÉES ?

Vos données sont traitées par nos soins et par nos prestataires sur le territoire de l'Union Européenne. Elles peuvent toutefois faire l'objet, sous contrôle, de transferts hors de ce territoire. Ces règles de transferts peuvent vous être transmises sur demande par notre Délégué à la Protection des données.

COMBIEN DE TEMPS SONT UTILISÉES VOS DONNÉES ?

Vos données sont utilisées pendant :

- La durée de votre contrat pour sa bonne gestion, ainsi que pendant la durée de vos sinistres, puis elles sont conservées durant les délais légaux de prescription.
- 3 ans en cas de devis.
- 12 mois pour l'amélioration continue de nos services (2 mois pour les enregistrements téléphoniques).
- 5 ans en cas de fraude à l'assurance et 5 ans pour la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

PROBAT CRÉATION

Référence devis d'assurance : 19123863314 - 2

Référence client : **W2027739**

Date d'effet souhaitée : **05/01/2020**

QUELS SONT VOS DROITS ?

> Vous pouvez accéder et disposer de vos données.

Conformément aux dispositions du Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, vous bénéficiez d'un **droit d'accès, de rectification, d'effacement** (des données inexactes, incomplètes, équivoques, périmées ou dont le traitement serait illicite), **d'opposition, de limitation du traitement** (dans les cas prévus par la loi) et **de portabilité** (dans les cas prévus par la loi) des données qui vous concernent, ainsi que du droit de définir des directives relatives à la conservation, l'effacement et à la communication de ces données après votre décès.

Vous pouvez exercer ces droits en contactant **notre Délégué à la protection des données** dpo.aprilpartenaires@april-partenaires.fr.

Pensez bien à **joindre une photocopie de votre pièce d'identité** (recto-verso) à votre demande.

Conformément aux dispositions de l'article L561-45 du Code monétaire et financier, s'agissant du traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux, le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS Cedex 07.

> Vous pouvez déposer une réclamation auprès de la **Commission Nationale Informatique et Libertés**, en ligne ou par voie postale, si vous estimez après nous avoir contactés que vos droits ne sont pas respectés.

> Vous pouvez vous opposer au démarchage effectué par nos soins par opposition à tout moment auprès de notre société. Pour la prospection par e-mail vous pouvez également vous opposer en cliquant sur le lien de désabonnement figurant dans l'e-mail reçu. Pour la prospection par téléphone vous pouvez également vous opposer auprès d'Opposetel (www.bloctel.gouv.fr/), en application de l'article L121-34 du Code de la consommation.

EN CAS DE RÉCLAMATION

La qualité de service est au cœur de nos engagements, mais si toutefois vous souhaitez formuler une réclamation relative aux services fournis par notre société, vous pouvez vous adresser à votre interlocuteur habituel. Si la réponse fournie ne vous satisfait pas, vous pouvez vous adresser à notre Service de Traitement des Réclamations, dont les coordonnées sont les suivantes :

APRIL Partenaires - Service Traitement des réclamations

15 rue Jules Ferry - BP 60307 - 35303 Fougères

Tél : 02.23.51.03.07 (appel non surtaxé) - E-mail : service.reclamation@april-partenaires.fr

Nous ferons le maximum pour vous apporter une réponse dans un délai maximal de 10 jours ouvrés et nous engageons à vous tenir informé du déroulement du traitement de votre réclamation dans ce même délai si pour des raisons indépendantes de notre volonté celui-ci devait être prolongé. Si la réponse fournie ne vous donnait toujours pas satisfaction, vous pourrez, le cas échéant, saisir le Médiateur compétent dont le nom et les coordonnées vous seront communiqués par notre Service de traitement des réclamations sur simple demande, sans préjudice des autres voies de recours légales à votre disposition. Vous pouvez également contacter l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75736 PARIS Cedex 09.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Les présentes garanties s'exercent conformément aux Conditions Générales référencées ERGO CTCG01-19A qui sont jointes au présent contrat. Un nouvel exemplaire peut être transmis sur simple demande auprès de votre conseiller ou par demande courrier à APRIL Partenaires 15 rue Jules Ferry BP 60307 35303 Fougères ou par téléphone au 02 99 18 00 00.

FACULTÉ DE RENONCIATION

Démarchage à domicile

Si vous avez été démarché à votre domicile, votre résidence ou sur votre lieu de travail, ces dispositions vous concernent.

Conformément à l'article L.112-9 du Code des Assurances relatif au démarchage à domicile, toute personne physique qui a fait l'objet d'un démarchage à domicile ou à sa résidence ou sur son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre, un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre d'une activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer pendant le délai de 14 jours révolus à compter du jour de sa conclusion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter des pénalités.

La survenance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat durant le délai de renonciation de 14 jours, rend impossible l'exercice du droit de renonciation.

Vente à distance

En application de l'article L112-2-1 du code des assurances vous ne bénéficiez pas d'un droit de renonciation pour la souscription à distance d'un contrat d'assurance automobile.

Votre droit de renonciation

Pour exercer votre droit à renonciation dans les deux cas précités, vous pouvez utiliser le modèle de lettre ci-après, à adresser en lettre recommandée avec avis de réception à AP Gestion, 15 rue Jules Ferry BP 60307 35300 Fougères.

Lettre-type à nous adresser par lettre recommandée avec avis de réception :

« Je soussigné(e), (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon contrat d'assurance conclu (à distance, par démarchage à domicile) le (date) et demande le remboursement de la cotisation déduction faite de la part correspondant à la période durant laquelle le contrat était en vigueur. Dans ce cas, la résiliation prendra effet à compter de la date de réception de la présente lettre ».

Le remboursement interviendra dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la présente lettre.

PROBAT CRÉATION

Référence devis d'assurance : 19123863314 - 2

Référence client : **W2027739**

Date d'effet souhaitée : **05/01/2020**

DEMANDE DE PRISE DE GARANTIE

Si vous souhaitez souscrire à cette offre, contactez votre conseiller pour choisir le niveau de garanties et votre fréquence de règlement et communiquez-lui les pièces indiquées ci-après.

Date d'effet souhaitée : 05/01/2020 Échéance principale : 1^{er} Janvier

Franchise choisie : ☐ 500 € ☐ 1 000 €

ATTENTION : nos acceptations et validations définitives sont subordonnées à l'envoi et l'examen des **pièces indiquées ci-dessous**.

PIÈCES À FOURNIR :

- ☒ Devis signé par l'assuré
- ☒ Règlement du comptant (RIB ou carte bancaire)
- ☒ Mandat SEPA complété et signé si paiement par RIB
- ☒ Copie de la carte au Répertoire des Métiers ou Kbis
- ☒ Papier à entête ou tampon
- ☒ Justificatifs de l'expérience professionnelle de l'effectif (attestations ancien employeur, feuilles de paie, hors justificatifs de formation)

FRÉQUENCE DE RÈGLEMENT SOUHAITÉE




Vous pouvez choisir le fractionnement suivant : ☐ Annuel ☐ Semestriel* ☐ Trimestriel* ☐ Mensuel*

*Pour les fractionnements semestriel, trimestriel et mensuel, le RIB ou les coordonnées carte bancaire sont obligatoires pour le prélèvement des futures échéances




MODE DE RÈGLEMENT SOUHAITÉ

Vous pouvez choisir le mode de règlement de vos cotisations par :

Paiement du comptant :

- ☐ **Carte Bancaire** :    " J'autorise April Partenaires à prélever, sur Carte Bancaire, à compter de ce jour ma première cotisation dont le montant est indiqué en page 2 du présent devis ". Le souscripteur reconnaît avoir eu l'accord du titulaire.
- ☐ **Chèque** : impérativement fait à l'ordre d'APRIL Partenaires (autorisé uniquement si fractionnement annuel)
- ☐ **Prélèvement sur RIB** : Joindre un mandat SEPA complété, signé et accompagné du RIB

Paiement des prochaines cotisations :

- ☐ **Carte Bancaire** :    prélèvement automatique le 5, 10 ou 15 de chaque mois, le souscripteur reconnaît avoir eu l'accord du titulaire
- ☐ **Prélèvement sur RIB** : Joindre un mandat SEPA complété, signé et accompagné du RIB

"J'autorise APRIL Partenaires à prélever sur Carte Bancaire à compter de ce jour mes futures cotisations dont le montant est indiqué sur le présent devis".

PROBAT CRÉATION

Référence devis d'assurance : 19123863314 - 2

Référence client : **W2027739**

Date d'effet souhaitée : **05/01/2020**

Vous reconnaissez être informé :

- Cette étude a été faite sur la base des éléments figurant sur le formulaire de déclaration du risque que vous nous avez transmis
- Vous avez répondu exactement aux questions posées portant sur le risque lors de cette étude et ce afin de permettre à l'Assureur de se faire une juste appréciation du risque.
- Ce devis est délivré sur la base des déclarations du souscripteur/de l'assuré(e) ; seule la police ou la note de couverture constate leur engagement réciproque.
- L'attestation RC DÉCENNALE ne sera délivrée que par APRIL Partenaires et uniquement lorsque le contrat aura été enregistré auprès de la compagnie.
SEULE L' ATTESTATION DÉLIVRÉE PAR APRIL PARTENAIRES EST RÉPUTÉE VALABLE. TOUTE AUTRE ATTESTATION SERA CONSIDÉRÉE COMME NULLE.
- En décennale, seuls les chantiers dont la date d'ouverture est postérieure à la date d'effet seront garantis.
- La présente proposition est établie sous réserve :
 - De la communication d'un relevé de sinistralité sur 5 ans, datant de moins de 3 mois et confirmant la sinistralité déclarée (si vous avez déjà été assuré)
 - D'absence de sinistre entre la date de la présente et la date d'effet de la garantie. La survenance d'un sinistre pourrait entraîner une modification des présentes conditions

☐ Vous certifiez que les éléments déclarés lors de cette étude, et repris dans le devis sont exacts et le cas échéant, avoir reçu et pris connaissance des éléments suivants :

-Le document d'information normalisé sur le produit Probat Création

-Les Conditions Générales du produit référencées ERGO CTCG01-19A ainsi que les Conditions Particulières correspondantes


-Le devis d'assurances

-La nomenclature des activités référencée Nom Ergo 2018

(cocher la case)

Fait à :

Pour la compagnie par délégation :



Conditions Particulières

À signer ----- >

OBLIGATOIRE

Le : / /

Le souscripteur :



Référence Unique du Mandat	MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA																																																									
	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																									
Référence Compte RUM																																																										

EIn signant ce formulaire de mandat, vous autorisez APRIL Partenaires à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de APRIL Partenaires.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Veillez compléter les champs marqués *

Votre nom* :																																																								
	Nom/Prénoms du débiteur																																																								
Votre adresse* :																																																								
																																																								
	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							Ville : ..																																																	
	Code Postal ..																																																								
	Pays : ..																																																								
Les coordonnées de votre compte*	Nom Banque :																																																								
	Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)																																																								
	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																								
	Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)																																																								
	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																								
Nom du créancier *	APRIL Partenaires																																																								
	I. C. S * <table><tr><td>F</td><td>R</td><td>1</td><td>4</td><td>Z</td><td>Z</td><td>Z</td><td>3</td><td>9</td><td>9</td><td>6</td><td>8</td><td>9</td></tr></table>																												F	R	1	4	Z	Z	Z	3	9	9	6	8	9																
F	R	1	4	Z	Z	Z	3	9	9	6	8	9																																													
	Identifiant Créancier SEPA																																																								
Adresse du créancier *	Siège social 15 rue Jules Ferry BP 60307																																																								
	<table><tr><td>3</td><td>5</td><td>3</td><td>0</td><td>3</td></tr></table> FOUGERES FRANCE																												3	5	3	0	3																								
3	5	3	0	3																																																					
Type de paiement *	Paiement récurrent / répétitif <input type="checkbox"/> Paiement ponctuel <input type="checkbox"/>																																																								
Signé à *																																																								
	Lieu Date																																																								
Signature(s) *	Veillez signer ici																																																								
	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																								

Ce document complété est à nous renvoyer daté et signé, accompagné d'un RIB comportant les mentions BIC – IBAN

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.
Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif.

Les informations contenues dans le présent mandat, font l'objet d'un traitement informatique par APRIL Partenaires pour la gestion de vos prélèvements et ne sont transmis à cet effet qu'à votre banque. Conformément à la Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, que vous pouvez exercer en adressant un courrier à (APRIL Partenaires 15 Rue Jules Ferry 35300 Fougères).