## FORMULAIRE DE DECLARATION DU RISQUE

**ASSURANCE MULTIRISQUE ORDINATEURS**

Le présent formulaire doit être soigneusement rempli et signé par l’assuré. Il est établi en vertu de l’article 7 alinéa 2 du code des assurances. Les déclarations qui y sont consignées serviront de base à l’établissement du contrat d’assurance.

|  |  |
| --- | --- |
| * **PROPOSANT / ASSURE :**
 |  |
|  Nom & prénom du proposant : |       |
|  Adresse : |       |
|  Nom & prénom de l’assuré : |       |
|  Situation du risque : |       |
|  |  |
| * **QUESTIONNAIRE :**
 |  |
| Le bâtiment est-il équipé de moyens de lutte contre l’incendie ? Oui [ ]  Non [ ]  |
| Si oui lesquels ? Détecteur de fumée [ ]  Sprinklers [ ]  Extincteurs [ ]  Autres [ ]  |
| L’accès aux locaux est-il contrôlé ? Oui [ ]  Non [ ] Disposez-vous d’un contrat d’entretient/maintenance de votre parc informatique ? Oui [ ]  Non [ ]  |
| * **LISTE DU MATERIEL INFORMATIQUE :**
 |  |
| DésignationMatériel | Identifiant | Etat : En propriété = O En leasing = L En location = R | Année de construction | Somme assurée(valeur de remplacement à neuf) |
|       |       |       |       |        |
|       |       |       |       |        |
|       |       |       |       |        |
|       |       |       |       |        |
|       |       |       |       |        |
|       |       |       |       |        |
|       |       |       |       |        |
|       |       |       |       |        |
|       |       |       |       |        |
|       |       |       |       |        |
|       |       |       |       |        |
|       |       |       |       |        |
|       |       |       |       |        |
|       |       |       |       |        |
|       |       |       |       |        |
|       |       |       |       |        |
|       |       |       |       |        |
|       |       |       |       |        |
|       |       |       |       |        |
|       |       |       |       |        |
|       |       |       |       |        |
|       |       |       |       |        |
|       |       |       |       |        |
|       |       |       |       |        |
|       |       |       |       |        |
| * **GARANTIES COMPLEMENTAIRES :**
 |  |
| 1. Perte des données et de supports de données |  |
| - Le double des supports est-t-il conservé à l’extérieur de la salle d’ordinateurs ? | Oui [ ]  Non [ ]  |
| - Les supports de données en circulation, doivent-ils être assurés ? | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Si oui, indiquer pour quel montant : |       | DT |
| - Des sinistres affectant les supports de données se sont-ils déjà produits ? |  Oui [ ]  Non [ ]  |
|  Si oui, décrire les dommages et indiquer leurs montants : |  |
|       |
|       |
| - Par supports externes, on entend des mémoires utilisées à diverses reprises, lisibles par l’ordinateur  et indépendantes de lui. Indiquer dans le tableau ci-après, la liste des supports externes : |
| Nature | Nombre | Coût estimé |  Coût estimé de la reconstitution et de la récupération des données | Coût total estimé |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
| 2. Frais supplémentaires :  |  |
| - Quelles sont les mesures en cas de sinistre vous permettant la poursuite du traitement des données ? |
| \* Output réduit de 20 % :  |       |
| \* Output réduit de 50 % : |       |
| \* Output réduit de 80 % et plus : |       |
| - Indiquer le nom et l’adresse de la société prévue pour la poursuite du traitement des données :  |
|       |
| - Indiquer : |
| \* la période d’indemnisation souhaitée :  |       | mois |
| \* le délai de carence souhaité  |       | jours ouvrables |
|  |
| LISTE DES FRAIS DE RECONSTITUTION :  |
|  | Output réduit de |
|  | 20% | 50% | 80% et plus |
| Hardware  |       |       |       |
| Location |       |       |       |
| Salaire du personnel propre  |       |       |       |
| Salaire du personnel tiers |       |       |       |
| Chargement pour heures supplémentaires,etc. |       |       |       |
| Divers |       |       |       |
| Coût de transport du matériel |       |       |       |
| Frais de transport du personnel  |       |       |       |
| Autres frais |       |       |       |
| **Frais totaux par jour de travail** |       |       |       |
| **Frais totaux par an** |       |       |       |

Nous soussignés, certifions que les déclarations faites ci-dessus sont à notre connaissance exactes

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fait à** |       | **, le** |       |

 LE PROPOSANT

 (Cachet et signature)