Formulaire de demande de cautionnement

(pour locaux commerciaux)

1. Locataire

Société, No. du RC.: _____

Date de la fondation : _____

Secteur: _____

Rue, No.: _____

NPA, localité: _____

Téléphone, E-Mail: _____

Personne autorisée à signer **Locataire / Représentant:**

Nom, prénom: _____

Rue, No.: _____

NPA, localité: _____

Date de naissance, lieu d'origine: _____

Nationalité, permis (type): _____

Téléphone, E-Mail: _____

Personne autorisée à signer **Locataire / Représentant:**

Nom, prénom: _____

Rue, No.: _____

NPA, localité: _____

Date de naissance, lieu d'origine: _____

Nationalité, permis (type): _____

Téléphone, E-Mail: _____

2. Bail à garantir

Rue, No.: _____

NPA, localité: _____

Date début du bail: _____

Gérance / Bailleur: _____

Rue, No. : _____

NPA, localité: _____

Téléphone, E-Mail _____

3. Caution de garantie

Montant du loyer mensuel CHF: _____

Caution demandée CHF: _____

Le calcul de la prime est basé sur le montant de la garantie du loyer figurant dans le contrat de bail.

Au début du contrat le locataire paie une prime de CHF: _____ à 3A KAUTION,
Env. 4-8% du montant de la garantie, plus timbre fédéral de 5%.

Assureur: GENERALI, Assurances Générales SA (ci-après „GENERALI"), Avenue Perdtemps 23, 1260 Nyon.
Conditions Générales d'Assurance (CGA), pour l'assurance de caution, édition août 2015.

Le(s) locataire(s) déclare(nt) connaître, comprendre et accepter les conditions générales d'assurance (CGA) ci-après au verso. Ce document est une simple demande de garantie, seul le certificat de garantie de loyer signé par 3A KAUTION fait office de cautionnement. Dès réception de la première prime d'assurance et acceptation du dossier, ce certificat sera envoyé à votre gérance/bailleur et vous en recevrez automatiquement une copie servant en même temps de police d'assurance.

Signature(s) juridiquement valable(s) du locataire
(de toutes les personnes autorisées à signer et mentionnées ci-dessus)

Date, Lieu: _____

Locataire / représentant Locataire / représentant

_____ _____