



DOSSIER DE DEMANDE D'INDEMNISATION

Commission d'indemnisation amiable Tram'bus

SOCIÉTÉ

NE PAS REMPLIR - Cadre réservé à l'administration

	VISA	DATE	COMMENTAIRES
Secretariat CIAT			
Expert Financier			
Expert Technique			
Directeur des Investissements Mobilité			
Avis Commission			
DGA Mobilité			
Président Syndicat Mobilités			

DOSSIER DE DEMANDE D'INDEMNISATION

AUPRES DE LA COMMISSION D'INDEMNISATION AMIABLE

NOM de l'Entreprise ou de l'Enseigne

NOM et Prénom du/des DIRIGEANT(S)

Téléphone Fixe Téléphone Portable Fax

Adresse Mail

Date de création ou de reprise de l'établissement objet du présent dossier

Adresse :

Coordonnées du cabinet comptable de l'entreprise :

Période de travaux liée au préjudice constaté du au

NE PAS REMPLIR - Cadre réservé à l'administration

Date de dépôt au secrétariat de la CIAT

Demande n°

Dossier déclaré complet le

Dates des précédentes demandes d'indemnisation (pour information)

Dossier examiné en commission du

PRESENTATION DE L'ENTREPRISE

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

NOM et Prénom du/des DIRIGEANT(S)

Date de Naissance

et

Nom de l'Entreprise ou de l'Enseigne

Adresse

Tél Fixe

Tél Portable

Fax

Adresse Mail

N° SIREN

N° RCS ou RM ou MSA ou URSSAF

Date de création (de l'établissement concerné par le dossier)

Forme juridique

Montant du Capital (si société)

Code NAF

Répartition du Capital Social

ACTIVITES

Activité principale

% du Chiffre d'Affaires

Activités secondaires

% du Chiffre d'Affaires

% du Chiffre d'Affaires

% du Chiffre d'Affaires

Modalités de gestion du fonds

Bail commercial

Location Gérance

EFFECTIFS

Régime social du Dirigeant

Salarié

Non salarié

Nombre de salariés (au sein de l'établissement concerné par le dossier)

Nombre de salariés (au sein des autres établissements ou filiales de l'entreprise)



LOCAUX

Selon votre activité, merci de préciser la typologie de vos locaux (cocher la case)

Atelier, Entrepôt, Laboratoire Professionnel	<input type="checkbox"/> Propriétaire	<input type="checkbox"/> Locataire
Magasin et Point de vente	<input type="checkbox"/> Propriétaire	<input type="checkbox"/> Locataire
Bureau	<input type="checkbox"/> Propriétaire	<input type="checkbox"/> Locataire
Autres (préciser) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Propriétaire	<input type="checkbox"/> Locataire

Indiquer ci-dessous (les autres Ateliers, Entrepôts, Magasins, Points de vente....dont vous êtes également le dirigeant)

FISCALITE

Date de clôture de l'exercice comptable de l'entreprise :

Régime d'imposition de l'entreprise ou de l'entrepreneur :

Régime de TVA

CARACTERISTIQUES COMMERCIALES DE L'ENTREPRISE

CLIENTELE

Préciser en % l'origine de la clientèle dont par exemple, s'il s'agit d'une clientèle de proximité ou de passage, les lieux et l'origine de la clientèle....

PRODUITS OU SERVICES

Préciser les caractéristiques de commercialisation des produits ou services vendus dont par exemple : vente sur rendez vous, vente d'impulsion, vente saisonnière, vente à distance...

OCCUPATION DOMAINE PUBLIC

Droit d'occupation du domaine public oui non

Si oui nature de l'occupation accordée : Terrasse, Véranda, Kiosque...

ACCES A L'ENTREPRISE

Préciser les voies d'accès à l'entreprise et le nombre de ces accès

HORAIRES ET CONGES

Horaires hebdomadaires d'ouverture et de fermeture de l'entreprise

	<i>Matin</i>	<i>Après Midi</i>
<i>Lundi</i>		
<i>Mardi</i>		
<i>Mercredi</i>		
<i>Jeudi</i>		
<i>Vendredi</i>		
<i>Samedi</i>		
<i>Dimanche</i>		

Périodes de congés annuels

DONNEES FINANCIERES DE L'ENTREPRISE

SITUATION FINANCIERE

Bilans simplifiés résumés en K€

ACTIF		PASSIF	
Immobilisations Nettes		Fonds Propres	
Stocks et Encours		Reports à Nouveau	
Créances d'Exploitation		Total Fonds Propres	
Disponible		Dettes à L et MT	
Autres éléments d'actif		Autres Dettes	
TOTAL		TOTAL	

Dettes sociales et fiscales à la date du dépôt du dossier

NATURE	TOTAL	COMMENTAIRES
Impôts directs		
TVA		
URSSAF		
RSI		
Autres		
TOTAL		

Comptes de Résultats simplifiés résumés en K€ HT

POSTES	2014	%	2015	%	2016	%	2017	%
CHIFFRE D'AFFAIRES								
Achats Consommés								
MARGE BRUTE								
Valeur Ajoutée								
Excédent Brut d'Exploitation								
Dotation Amort. et Provis.								
RESULTAT NET								

Etat récapitulatif des recettes mensuelles en K€ HT

MOIS	2014	2015	2016	2017	2018
Janvier					
Février					
Mars					
Avril					
Mai					
Juin					
Juillet					
Août					
Septembre					
Octobre					
Novembre					
Décembre					
TOTAL					

Cachet et Visa
de l'Expert Comptable

EVALUATION DU PREJUDICE

PERTE D'EXPLOITATION

	Chiffre d'Affaires/Annuel	Achats HT revendus ou intégrés à une fabrication	Marge Brute/Annuelle
2014			
2015			
2016			
2017			
2018			

Période au cours de laquelle le préjudice est constaté

CA de la période impactée

CA de la période N-1

Différence entre N et N-1

Taux de marge brute (moyenne des 3 dernières années)

Montant du préjudice estimé

Surcoûts divers (justificatifs en annexe)

TOTAL DU PREJUDICE ESTIME

ELEMENTS D'IDENTIFICATION DU DOMMAGE

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements contenus dans le dossier ci-dessus

Cachet et Visa de
l'Expert Comptable

A _____ le _____
Signature du demandeur
et cachet de l'entreprise

INDEMNISATION AMIABLE DU PREJUDICE COMMERCIAL RESULTANT DES TRAVAUX TRAM BUS

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné (e) : _____

Adresse : _____

Agissant au nom et pour le compte de : _____

Atteste sur l'honneur avoir au moins maintenu, pendant la période d'indemnisation des travaux du Tram'Bus, les conditions de fonctionnement de l'activité ci-dessus désignée notamment en termes de jours et d'heures d'ouverture à la clientèle.

Toute fausse déclaration de ma part peut entraîner les sanctions prévues au titre IV du Code Pénal "des atteintes à la confiance publique"

Fait à _____ Date _____

Signature + cachet

**INDEMNISATION AMIABLE DU PREJUDICE COMMERCIAL RESULTANT DES TRAVAUX
TRAM BUS**

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné (e) : _____

Adresse : _____

Agissant au nom et pour le compte de : _____

Atteste sur l'honneur avoir satisfait à l'ensemble de mes obligations fiscales et sociales : déclaration et paiement.

Pour ces derniers, je déclare :

- avoir sollicité des délais de paiement
- avoir obtenu l'octroi de délais de paiement
- ne pas avoir obtenu de délais de paiement
- ne pas avoir sollicité de délais de paiement

Auprès de :

- Finances Publiques
- RSI
- URSSAF
- Autres (à préciser) : _____

Fait à _____ Date _____

Signature + cachet

PIECES A JOINDRE

Pièces obligatoires

- *Dossier de demande d'indemnisation dûment complété*
- *Extrait K-bis récent ou extrait d'immatriculation au répertoire des métiers (extrait « D1 »)*
- *Liasses fiscales, bilan, compte de résultat et soldes intermédiaires de gestion globaux et détaillés des 3 dernières années de référence.*
- *Détail du CA mensuel des 3 derniers exercices attesté par expert-comptable*
- *Relevé d'Identité Bancaire (RIB)*
- *2 attestations sur l'honneur à compléter*
- *L'évaluation du préjudice attestée par expert-comptable*
- *Les pièces comptables devront être attestées par l'expert-comptable ou par un centre de gestion agréé.*

Pièces facultatives

- *Photos et plans significatifs sur la situation du requérant pendant les travaux,*
- *Tout élément de contexte économique permettant d'apprécier la situation.*

CAS PARTICULIER DES MICRO-ENTREPRENEURS

Pièces obligatoires

- *Dossier de demande d'indemnisation dûment complété*
- *Extrait K-bis récent ou extrait d'immatriculation au répertoire des métiers (extrait « D1 »)*
- *Déclarations fiscales des Chiffres d'Affaires des 3 dernières années de référence et de l'année en cours.*
- *Détail du Chiffre d'Affaire mensuel des 3 derniers exercices*
- *Relevé d'Identité Bancaire (RIB)*
- *2 attestations sur l'honneur à compléter*
- *L'évaluation du préjudice*

Pièces facultatives

- *Photos et plans significatifs sur la situation du requérant pendant les travaux*
- *Tout élément de contexte économique permettant d'apprécier la situation*

Dossier à retourner ou à déposer dûment complété et signé à l'adresse suivante :

SYNDICAT DES MOBILITES PAYS BASQUE - ADOUR
15 Avenue du Maréchal Foch
Madame la Présidente de la Commission d'Indemnisation
Amiable
Secrétariat de la Commission d'Indemnisation Amiable
64100 Bayonne