



QUESTIONNAIRE D'ASSURANCE MULTIRISQUES

RENSEIGNEMENTS SERVANT DE BASE A L'ETABLISSEMENT D'UN EVENTUEL CONTRAT

I. DENOMINATION

RAISON SOCIALE ET ENSEIGNE :

ADRESSE DU RISQUE À ASSURER :

Code Postal :

Ville:

Téléphone

N° de R.C.S

N° SIREN/SIRET

Code APE

NOM DU PROPOSANT :

ADRESSE PERSONNELLE :

Code postal

Ville

Téléphone

II. NATURE DE L'ACTIVITE

III. STATUT

ETES-VOUS :

Propriétaire

Co- Propriétaire

Locataire

• Etes-vous seul occupant de l'immeuble? : OUI NON

• Y a-t-il un risque aggravant? : OUI NON

Si OUI, précisez

• Votre bail comporte-t-il une renonciation à recours? OUI NON

Si OUI, contre qui

• Exploitez-vous le fonds de commerce en qualité de :

• Propriétaire

• Gérant



IV. VALEURS REELLES

1 – Une estimation préalable du bâtiment et du contenu a-t-elle été réalisée par un Cabinet d'Expertise : OUI NON

Si OUI, à quelle date?..... :

Par quel Cabinet d'Expertise :

Si NON sur quelles bases ces valeurs ont-elles été déterminées ? :

Dérogation Conditionnelle à la Règle Proportionnelle :

A défaut d'estimation préalable, s'il est constaté, au moment d'un sinistre, une insuffisance d'assurance n'excédant pas 15 % de la valeur déclarée des existants, les Assureurs renonceront à l'application de la Règle Proportionnelle. Si cette insuffisance excède 15 % des valeurs des existants déclarés, la présente dérogation à la règle proportionnelle devient sans objet.

2 – Déclaration de la valeur réelle des existants (au jour de l'établissement du questionnaire)

• sur Bâtiments	€	
• sur Risques Locatifs	€	
• sur Contenu (agencement, mobilier, etc)	€	
• sur Stock, Marchandises	€	
• sur Pertes d'Exploitation – 12 MOIS DE MARGE BRUTE	€	
• Valeur vénale du fonds de commerce	€	

V RENSEIGNEMENTS DIVERS

Le gérant a-t-il subi une fermeture administrative dans :

a) l'Etablissement à garantir : OUI NON

b) un autre établissement : OUI NON

Si OUI, pour quel motif ? :

Chiffre d'affaires annuel réalisé (hors taxes) : €

• Le gérant (ou l'affaire reprise) a-t-il été déclaré en état de liquidation ou redressement judiciaire depuis moins de 3 ans? : OUI NON

Si OUI pour quel motif :

Veillez indiquer :



- La date de création de l'établissement :
-
- La date de reprise par le dernier exploitant :
- Le nombre d'employés :

VI. DESCRIPTION DU RISQUE

Renseignements sur l'immeuble

- Immeuble : Superficie totale
Nombre de niveaux
- Niveaux occupés dans l'immeuble : Sous – sol
R.D.C.
Etage(s)

Renseignements sur les locaux à assurer

- Locaux à assurer : Superficie totale
- A quel(s) niveau(x) sont situés les locaux à assurer ? : Sous –sol
R.D.C
Etage(s)

- Indiquez le nombre d'issues, de sorties de secours :

- Sont-elles clairement indiquées et dégagées? : NON OUI

Occupation du risque à assurer

- Les locaux sont-ils occupés en permanence? : NON OUI
- Votre activité est-elle permanente? : NON OUI

Les locaux sont-ils situés :

- a) en centre ville, village, bourg? : NON OUI

- b) en périphérie (non isolés)? : NON OUI

- c) hors agglomération (isolés)? : NON OUI

- d) à proximité d'une rivière, d'un lac, d'un cours d'eau ou autres étendues d'eau, en bordure de mer ou dans une région susceptible de subir des inondations? : NON OUI

Si OUI, précisez :



- A quelle distance se trouvent vos voisins les plus proches résidant à demeure ?

VII. NATURE DE LA CONSTRUCTION

Indiquez les matériaux dont sont construits

- les murs extérieurs de l'immeuble :
(béton, pierre, brique, matériaux légers, etc.)
- les revêtements particuliers intérieurs
- la toiture (tuiles, ardoise, terrasses, chaume)
- les sous plafonds

VIII. PROTECTIONS CONTRE L'INCENDIE

Votre établissement dispose-t-il

- 1- d'un système d'alarme incendie manuel pour la protection du public?..... : NON OUI

- 2- d'un système d'alarme incendie automatique fonctionnant pendant les heures de fermeture? : NON OUI
(détecteurs automatiques de fumée ou chaleur)

Si OUI, Indiquez le Type / la Marque

- Est-il relié à la Caserne de Pompiers?

- Est-il relié à une Société de la surveillance?

- Si OUI, nom de la Société du surveillance

- Si le système incendie n'est pas relié à une société de Surveillance ou à la Caserne à qui est-il relié ?

- La ligne est-elle <<auto surveillée>>?

- Si OUI, quelle est la fréquence des tests

- Quelle Société assure la maintenance des systèmes de détection incendie?

- Nombre de contrôles par an

Veillez indiquer :

- Le nombre d'extincteurs dans les locaux

- La distance de la plus proche borne incendie

Votre Etablissement dispose t-il :

- 3- De Sprinklers



- Si OUI, Indiquez le type / la marque :
- Quelle Société assure la maintenance des sprinklers? :
 - Nombre de contrôles par an :
 - 4- De RIA (Robinet d'Incendie Armé) : NON OUI
 - 5- Secours
- A quelle distance se trouve le centre le plus proche ? .. :
- 6- Contrôles
- Indiquez la date du dernier contrôle/visite :
- des extincteurs :
 - des installations électriques :
 - préciser le nom de l'organise :
(SOCOTEC, APAVE, etc)
 - De la Commission de Sécurité :
(une copie du document sera demandée à Assuré)
 - Conclusions du procès-verbal :

IX PROTECTION CONTRE LE VOL

- Disposez-vous d'un système d'alarme anti-intrusion : NON OUI
- Si OUI, indiquer le Type / la Marque : NON OUI
- Est-il relié à une Société de surveillance : NON OUI
 - Si OUI, nom de la Société de surveillance :
 - La ligne est-elle <<auto surveillance>>? : NON OUI
 - Si OUI, fréquence des tests :
 - Quelle Société assure la maintenance de l'alarme anti-intrusion? :
 - Nombre de contrôles par an :



- Si l'alarme n'est pas reliée à une société de surveillance, à qui est-elle reliée ?

A quelle distance se trouve le commissariat de police le plus proche ?

Divers :

- Les locaux sont-ils habités ou gardés pendant les heures de fermeture? NON OUI
- Si OUI, par qui ?

Les accès et issues de secours sont-ils protégés par:

- a) Portes d'accès blindées NON OUI
- b) Grille NON OUI
- c) Portes munies de serrures de sûreté NON OUI
- d) Barres transversales NON OUI
- e) Fenêtres avec barreaux NON OUI
- f) Volets métalliques NON OUI

Si OUI, où sont situés ces moyens de sécurité

Disposez-vous :

D'un coffre-fort (dans les locaux à assurer) NON OUI

Si, OUI, veuillez indiquer :

- Type / marque
- Poids
- Scellé ou encastré

X. ANTECEDENTS MULTIRISQUES

Bénéficiez-vous d'une garantie Pertes d'Exploitation ? NON OUI

Etes-vous actuellement assuré ? NON OUI

Une Compagnie a-t-elle :

1^o) refusé de vous assurer ? NON OUI

2^o) résilié votre police ? NON OUI

Si OUI, à quelle date et pour quelles raisons ?

Antécédents de sinistres

Avez-vous subi des dommages matériels dans les cinq dernières années :



- Dans cet établissement ? : NON OUI
- Ou ailleurs ? : NON OUI

Si OUI, veuillez remplir le tableau ci-dessous :

SINISTRES INTERVENUS

Date	Nature	Circonstances	Montant	
			Estimé	Réglé

Pour tout sinistre d'un montant supérieur à 1.500 €, veuillez donner les détails sur la nature et les circonstances du ou des sinistres par une note que vous joindrez au présent questionnaire.

- Des mesures ont-elles été prises pour éviter le renouvellement de sinistres de même nature..... : NON OUI

Si oui, veuillez préciser et au besoin utiliser la note dont il est fait mention précédemment :

XI AUTRES DECLARATIONS

- En dehors des renseignements fournis ci-dessus, existe-t-il d'autres faits relatifs à la présente proposition, qui devraient d'après vous être communiqués aux Assureurs pour leur appréciation du risque ? : NON OUI

Si OUI, lesquels :

XII MULTIRISQUES

A. DOMMAGES DIRECTS



1) Bâtiment (valeur à neuf) <u>ou</u> 1) Risques locatifs (montant de votre responsabilité)	€ <u>ou</u> €	
2) Contenu (valeur à neuf) – (Agencement, mobilier, matériel, etc.)	€	
3) Stock de marchandises	€	
4) Recours des voisins, des tiers et locataires	€	
5) Frais et pertes divers (Frais de déblais et de démolition.)	€	
6) Perte de loyer et/ou Perte d'usage	€	
7) Pertes Indirectes (10% sur articles 1 à 3)	€	
8) Honoraires d'experts	€	
TOTAL DOMMAGES DIRECTS	€	

Limites de garantie

Dégâts des eaux	€	
Dommages électriques	€	
Vol Contenu	€	
Vol tiroir-caisse	€	
Vol sur la personne	€	
Bris de glaces	€	

Les garanties ci-dessous sont réservées aux établissements en activité depuis plus d'un an.

B. PERTES D'EXPLOITATION

Marge brute (Période d'indemnisation de 12 mois) <u>ou</u> Valeur vénale du Fonds de commerce (Non cumul des garanties)	€ <u>ou</u> €	
Honoraires d'Experts	€	
TOTAL PERTES D'EXPLOITATION	€	



Ce document ne saurait engager l'assureur (ART.L.112-2 du Code des Assurances), mais si une police définitive est établie, les renseignements indiqués dans le présent questionnaire serviront de base à l'établissement du contrat et seront considérés comme en faisant partie intégrant.

Je soussigné(e), certifie que toutes les déclarations ou réponses au présent questionnaire pour servir de base au contrat à venir, qu'elles aient été écrites par moi ou par un tiers, sont sincères et, à ma connaissance, véritables.

Je déclare ne pas ignorer que les articles L.113-8 et L.113-9 du Code des Assurances sont applicables si, dans l'appréciation du risque, l'Assureur a été induit en erreur par suite de réticences ou de fausses déclarations de ma part.

Nom du risque : :

Date d'effet souhaitée : :

Fait à : _____ Le _____

NOM _____

SIGNATURE

CACHET