

FORMULAIRE REMPLISSABLE - RC INGENIERIE BTP

L'attention du demandeur est attirée sur l'intérêt qu'il a à remplir le présent document de façon complète et précise
Ses déclarations sont destinées à renseigner l'assureur sur l'activité à garantir et serviront de base au contrat.

I - IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Souscripteur / demandeur - Veuillez nous indiquer :

▪ vos nom et prénom ou la raison sociale de votre société :

▪ votre adresse / siège social : n° et rue :
Code postal : Ville :

Telephone : E-mail : @

▪ Date de création / /

▪ le nom de la personne chargée de l'assurance : son téléphone :

▪ **Société en activité** ou **Société en cours de création**

▪ le numéro SIREN /Siret : le code NAF :

▪ si votre société a des filiales ? oui non

Si oui, veuillez joindre à la présente demande la liste de vos filiales (nom et adresse) avec mention de leur activité et de leur chiffre d'affaires. Si vous souhaitez que nous étudions une offre d'assurance pour certaines de vos filiales, il convient de remplir une «demande d'assurance» analogue à la présente pour chaque filiale concernée.

▪ si elle est filiale d'une autre société ? oui non

dans l'affirmative, veuillez nous indiquer nom et adresse de la maison mère :

II - HONORAIRES

Montant total HT des **honoraires facturés(*)** au titre de vos activités pour les 5 derniers exercices (**)

| | Année N-5 | Année N-4 | Année N-3 | Année N-2 | Année N-1 |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Montant des honoraires HT facturés en EUR | | | | | |
| Dont honoraires sous-traités en EUR | | | | | |

*Par honoraires HT facturés, nous entendons la totalité des honoraires facturés (perçus ou non) pendant la période considérée, y compris ceux rétrocédés à vos sous-traitants, auxquels il convient d'ajouter, le cas échéant, les honoraires qui auraient été réglés directement à vos sous-traitants par les maîtres de l'ouvrage.

**Si la date de création de votre cabinet ou de votre société est récente, veuillez indiquer ci-dessus le montant prévisionnel de ces honoraires.

PREVISIONNEL D'ACTIVITE (obligatoire)

Année n (en cours) Année n+1

▪ Prévisionnel Honoraires HT estimés en EUR :

dont honoraires sous-traités en EUR :

III - DECLARATION DES MISSIONS À ASSURER

▪ Détenez-vous des qualifications professionnelles ? oui non

Si OUI, lesquelles ? OPQIBI OPQTECC

CFAI Autres (à préciser) : _____

Merci de nous transmettre une copie des certifications en cours.

▪ Précisez, parmi les missions suivantes, celles que vous réalisez :

| | MISSIONS* | Nombre d'années d'expérience | Montant total HT des honoraires facturés dernier exercice (ou prévisionnel HT si création) |
|--------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> | Architecture d'intérieur avec intervention sur la structure de la construction | | |
| <input type="checkbox"/> | Architecture d'intérieur sans intervention sur la structure de la construction | | |
| <input type="checkbox"/> | Assistance à maîtrise d'ouvrage (AMO) | | |
| <input type="checkbox"/> | Attestation de prise en compte de la réglementation acoustique | | |
| <input type="checkbox"/> | Attestation de prise en compte de la réglementation thermique | | |
| <input type="checkbox"/> | Coordination sécurité et protection de la santé (SPS) | | |
| <input type="checkbox"/> | Détection de réseaux enterrés suivie ou non de géoréférencement | | |
| <input type="checkbox"/> | Diagnostic accessibilité | | |
| <input type="checkbox"/> | Diagnostic amiante | | |
| <input type="checkbox"/> | Diagnostic contrôle ascenseurs | | |
| <input type="checkbox"/> | Diagnostic déchets | | |
| <input type="checkbox"/> | Diagnostic expertise ascenseurs | | |
| <input type="checkbox"/> | Diagnostic légionnelle | | |
| <input type="checkbox"/> | Diagnostic radon | | |
| <input type="checkbox"/> | Diagnostiques techniques réglementaires hors amiante : - relevé de mesures Loi Carrez - assainissement non collectif - constat de risque d'exposition au plomb (CREP) - décence des logements - état des installations intérieures de gaz - état des risques naturels et technologiques - état parasitaire (champignons) - état termites - état des installations intérieures d'électricité - loi SRU - performance énergétique (DPE) - prêts aidés (ou état des lieux de conformité aux normes minimales de surface et d'habitabilité) | _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ | _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ |
| <input type="checkbox"/> | Diagnostiques géotechniques G5 | | |
| <input type="checkbox"/> | Economie de la construction | | |
| <input type="checkbox"/> | Economie de la construction avec direction des travaux | | |
| <input type="checkbox"/> | Economie de la construction avec maîtrise d'œuvre totale | | |
| <input type="checkbox"/> | Etudes géotechniques G1 et G2 | | |
| <input type="checkbox"/> | Etudes géotechniques G1 à G4 | | |
| <input type="checkbox"/> | Etudes techniques spécialisées : - corps d'état secondaires (à l'exclusion des corps d'état structure, ossature, charpente, couverture, étanchéité) - électricité - fluides, CVCD, électricité, plomberie, génie climatique - isolation acoustique - structure, clos, couvert - VRD, terrassement - VRD, terrassement, paysagiste - tous corps d'état | _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ | _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ |
| <input type="checkbox"/> | Expertise amiable et/ou arbitrage | | |

| | MISSIONS* | Nombre d'années d'expérience | Montant total HT des honoraires facturés du dernier exercice (ou prévisionnel HT si création) |
|--------------------------|--|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Expertise et conseil en rénovation énergétique | | |
| <input type="checkbox"/> | Expertise judiciaire | | |
| <input type="checkbox"/> | Hydrogéologie | | |
| <input type="checkbox"/> | Maîtrise d'œuvre de conception et de réalisation | | |
| <input type="checkbox"/> | Maîtrise d'œuvre limitée à l'exécution | | |
| <input type="checkbox"/> | Maîtrise d'œuvre et coordination de système de sécurité incendie (SSI) | | |
| <input type="checkbox"/> | Maîtrise d'œuvre amiante | | |
| <input type="checkbox"/> | Métré vérification | | |
| <input type="checkbox"/> | Mission de méthode | | |
| <input type="checkbox"/> | Mission de programmation | | |
| <input type="checkbox"/> | Mission de synthèse | | |
| <input type="checkbox"/> | Ordonnancement, pilotage et coordination de chantier (OPC) | | |
| <input type="checkbox"/> | Test de perméabilité à l'air de l'enveloppe (Infiltrométrie) | | |
| <input type="checkbox"/> | Topographie | | |
| <input type="checkbox"/> | Vérification triennale du SSI | | |
| <input type="checkbox"/> | Activités annexes - Formation - Pratique du droit à titre accessoire | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Autres (préciser) : _____ | _____ | _____ |
| | _____ | _____ | _____ |
| | _____ | _____ | _____ |

* Nous vous invitons à vous reporter à la « nomenclature des missions » jointe à la présente pour compléter le tableau ci-dessus. Nous vous rappelons que les missions non déclarées ne sont pas assurées.

IV - STRUCTURE ET MOYENS INTERNES

Votre effectif total : _____

Renseignez dans le tableau ci-dessous les seuls dirigeants et cadres techniques faisant partie de votre effectif :

| NOM Prénom | Fonction | Diplômes* (en adaptation avec la mission exercée) |
|------------|----------|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

* Merci de nous transmettre impérativement une copie des CV et diplômes obtenus.

V - DEMARCHE QUALITE

- Avez-vous engagé une démarche « qualité » ? oui non
- Si OUI nature de la démarche : *(Joindre la dernière attestation de renouvellement)*
 - ISO 9001
 - NF THERMIQUE
 - Autre démarche qualité (préciser) : _____

VI - QUESTIONS COMPLEMENTAIRES

- Exercez-vous une activité liée au domaine de l'environnement (ex. identification des risques des installations classées, études d'impact sur l'environnement, contrôle de produits polluants, conception et/ou réalisation de dispositifs de réduction d'émissions polluantes...)?
 - oui non
 - Si oui**, merci de compléter la demande d'assurance ASSURPOL.
- Exploitez-vous une installation classée soumise à autorisation ou enregistrement visée par les articles L512-1 et L512-7 du Code de l'environnement ?
 - oui non
 - Si oui**, merci de compléter la demande d'assurance ASSURPOL.
- **Vous déclarez ne pas intervenir sur les ouvrages suivants :**
 - Ouvrages réalisés sur ou sous l'eau
 - Corps de chaussées, revêtements et ouvrages accessoires de plates-formes portuaires
 - Phares côtiers (sauf ceux construits sur la terre ferme)
 - Chemins de grues ou portiques
 - Elévateur de navires
 - Métros (à l'exception de la station de métro)
 - Gares ferroviaires souterraines (à l'exception des gares)
 - Centres d'enfouissement technique (CET)
 - Installations de recyclage, centres de tri, de regroupement et de dépôt pour les matériaux revalorisables
 - Ouvrages de rejet ainsi que leurs équipements hydrauliques, thermiques, électriques, d'automatisme, de télécommande, de télé-indication
 - Réseaux de vapeur d'eau ou d'eau surchauffée
 - Réseaux d'air comprimé
 - Pipe-lines (oléoducs)
 - Centrales hydrauliques, solaires
 - Eoliennes
 - Ouvrages de prise et rejet d'eau (émissaires)
 - Installations de géothermie
 - Ouvrages de stockage d'eau : barrages, retenues
 - Réseaux de chaleur, réseaux de chauffage urbain, réseaux industriels en général
 - Portes d'écluse, ponts levants

À défaut, indiquer le type d'ouvrages sur lequel vous intervenez (étude spécifique indispensable) :

VII - VOS ANTECEDENTS

Avez-vous déjà été assuré pour les mêmes risques ? oui non

| | |
|--|----------------------|
| Nom et adresse du précédent assureur | : _____ _____ |
| Numéro de contrat | : _____ |
| Date d'effet | : ____ / ____ / ____ |
| Date de résiliation | : ____ / ____ / ____ |
| Motif de résiliation | : _____ |
| Si votre contrat n'est pas encore résilié, veuillez indiquer la date de sa prochaine échéance : ____ / ____ / ____ | |

Avez-vous fait l'objet, au cours des cinq dernières années, de mises en cause au titre de votre responsabilité professionnelle ?

oui non

Si oui, complétez ci-dessous :

| Année de réclamation | Nature des dommages (+ préciser responsabilité civile/décennale/dommages environnementaux) | Montant | Pourcentage de responsabilité |
|----------------------|---|---------|-------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Avez-vous connaissance actuellement de faits litigieux susceptibles d'engager votre responsabilité professionnelle ?

oui non

Si **oui**, lesquels : _____

Dans tous les cas, nous communiquer un relevé de sinistralité des 5 dernières années établi par votre (ou vos) précédent(s) assureur(s).

- Avez-vous fait l'objet d'une procédure collective au cours des cinq dernières années (Sauvegarde, redressement judiciaire) ? OUI NON

Si oui, de quelle nature ? _____

VIII - TERRITORIALITE

Exercez-vous des missions dans des pays autres que la France, l'Allemagne, la Belgique, le Luxembourg, l'Italie, l'Espagne, la Suisse, les principautés d'Andorre et de Monaco ? OUI NON

Si oui, précisez lesquels : _____

IX - MONTANTS DES FRANCHISES

- Option des montants de franchises (cette information aura un impact sur la tarification) :

| Choix de franchises (le choix d'une franchise élevée a un impact favorable sur les Taux de cotisation) | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Option 1 Basse | <input type="checkbox"/> Option 2 Moyenne | <input type="checkbox"/> Option 3 Haute |

- Voulez-vous souscrire une garantie Protection Juridique ? OUI NON

X - MODALITES DE FRACTIONNEMENT

| Mode de Paiement | Fréquence |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Virement | <input type="checkbox"/> Trimestrielle <input type="checkbox"/> Semestrielle <input type="checkbox"/> Annuelle |

XI - PRISE D'EFFET DE VOTRE CONTRAT

- Vous voulez que votre contrat prenne effet à la date du : ____/____/____ à 0 heure.

Vous déclarez sincères et à votre connaissance, exacts, les renseignements fournis ci-dessus et certifiez qu'ils ne comportent aucune restriction de nature à nous induire en erreur dans l'appréciation du risque proposé.

Vous acceptez, en conséquence, que le présent questionnaire de déclaration de risque serve de base au contrat que vous désirez souscrire et en fasse partie intégrante.

Vous reconnaissez avoir été informé que :

- toute modification, en cours de contrat, des renseignements indiqués dans le présent document, constitutive d'une aggravation de risque, permet à l'assureur de dénoncer le contrat ou de proposer un nouveau montant de prime, conformément à l'article L.113-4 du code des assurances ;
- toute réticence, fausse déclaration ou inexactitude dans les réponses aux questions qui précèdent, entraîne les sanctions prévues aux articles L. 113-8 (nullité du contrat) et L. 113-9 (réduction des indemnités ou résiliation du contrat) du Code des assurances ;
- vous pouvez nous demander communication et rectification de toute information vous concernant, qui figurerait sur tout fichier à usage de la Société. Ce droit, prévu par la loi du 6 janvier 1978, peut être exercé auprès du service clientèle du Cabinet Vallois

Fait à : _____, le ____ / ____ / ____

Le demandeur (cachet et signature obligatoire)

Nom, Prénom du signataire

Signer en cliquant sur Sign Here

Documents à joindre obligatoirement (A adapter si création)

- Relevé de sinistralité des précédents assureurs sur les 5 dernières années datant de moins de 3 mois
- Curriculum vitae des responsables techniques
- Copie des diplômes
- Certificats de qualification
- Extrait Kbis à jour datant de moins d'1 an **ou Statuts**
- Copie de la pièce d'identité du dirigeant

CLAUSE RELATIVE À LA DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ

Formulaire élaboré pour la réalisation d'une tarification exclusivement à l'usage de Cabinet Vallois Orias Vallois – 94 Rue Saint-Lazare – 75009 Paris – RCS Paris 592015721 – Orias 07019240 www.orias.fr - <https://cabinetvallois.fr/mentions-legales/>. Les données récoltées ne peuvent en aucun être cédées ou utilisées par un tiers. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de vos données personnelles en vous adressant au cabinet Vallois Tel 0145262929 ou par email : contact@cabinetvallois.fr

Le dossier est à envoyer à contact@cabinetvallois.fr

Pour toute question : Tel 01 45 26 29 29 - Cabinet Vallois