

QUESTIONNAIRE DEVELOPPE ASSURANCE IMMEUBLE VALLOIS

Merci de cocher la mention correspondante ou compléter " _____ "

A renvoyer à : contact@cabinetvallois.fr

Qualité de l'Assuré

- Qualité de l'assuré** syndic de copropriétaires
merci de cocher Propriétaire Unique Non Occupant
 ASL
 AFUL

SOUSCRIPTEUR

NOM _____

Adresse du souscripteur: _____

code postal _____

Ville _____

Tél Fixe _____

Tél Portable _____

E-Mail _____

- Qualité du preneur** Syndic professionnel
merci de cocher Syndic bénévole
 Société
 Particulier : M ou Mme
 Administrateur de Biens

Situation / ADRESSE DU RISQUE ASSURER

Nom de la Copropriété _____

Adresse Principale _____

code postal _____

Ville _____

Information sur le bâtiment

Année de construction : _____	Usage global de l'immeuble ? <input type="checkbox"/> Habitation <input type="checkbox"/> 100 % commerces <input type="checkbox"/> 100 % bureaux <input type="checkbox"/> Habitation + Commerce / Bureaux < 25% <input type="checkbox"/> Habitation + Commerce / Bureaux > 25%
Catégorie d'immeuble <input type="checkbox"/> en copropriété <input type="checkbox"/> copropriété horizontale / lotissement <input type="checkbox"/> immeuble locatif avec occupant unique <input type="checkbox"/> immeuble locatif avec occupants multiples <input type="checkbox"/> château <input type="checkbox"/> parkings seuls	Dans la copropriété il y a : <input type="checkbox"/> activités politiques, syndicales, religieuses <input type="checkbox"/> agence bancaire <input type="checkbox"/> ambassades, consulats <input type="checkbox"/> ateliers de confection <input type="checkbox"/> blanchisserie / teinturerie <input type="checkbox"/> carrosserie <input type="checkbox"/> centre commerciale > 1000 m ² <input type="checkbox"/> commerce de droguerie, peintures <input type="checkbox"/> discothèques, dancing <input type="checkbox"/> entrepôts <input type="checkbox"/> joaillerie / bijouterie <input type="checkbox"/> restaurant / pizzeria <input type="checkbox"/> stations services <input type="checkbox"/> travaux de bois <input type="checkbox"/> autres préciser : _____
Existe-t-il un risque aggravant : les dangers d'explosions ou de responsabilité dans les locaux assurés ou dans les immeubles à moins de 10 mètres de ceux-ci ? <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non	
Nb de Bâtiments dans la copro : _____ Nb de niveaux y compris RDC : _____ Nb niveaux de sous-sol : _____ superficie totale développée _____ m ² dont usage commercial _____ m ² dont usage bureaux _____ m ²	

Caractéristiques

L'immeuble est-il occupé par : <input type="checkbox"/> des copropriétaires et des locataires <input type="checkbox"/> en totalité par des copropriétaires <input type="checkbox"/> en totalité par des locataires <input type="checkbox"/> partiellement par le propriétaire	Equipements <input type="checkbox"/> piscine intérieure <input type="checkbox"/> panneaux solaires <input type="checkbox"/> aires de jeux <input type="checkbox"/> cours de tennis <input type="checkbox"/> jardins suspendus <input type="checkbox"/> Ascenseurs <input type="checkbox"/> piscine extérieure <input type="checkbox"/> Panneaux photovoltaïques <input type="checkbox"/> véranda <input type="checkbox"/> jardins suspendus <input type="checkbox"/> murs végétaux
Le gardien a un logement dans l'immeuble ? <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non	
Le risque est situé : <input type="checkbox"/> dans un zone industrielle <input type="checkbox"/> en ZAC <input type="checkbox"/> à moins de 5 km d'un risque majeur (nucléaire...) <input type="checkbox"/> dans une zone urbaine sensible ZUS	

Altitude	<input type="checkbox"/> > ou = 1500 m ou <input type="checkbox"/> < 1500 m
Nature du chauffage	<input type="checkbox"/> Individuel électrique <input type="checkbox"/> individuel au gaz <input type="checkbox"/> individuel autre <input type="checkbox"/> collectif électrique <input type="checkbox"/> Collectif Gaz <input type="checkbox"/> Collectif Fioul
Revêtement des murs	<input type="checkbox"/> peinture ou <input type="checkbox"/> tapisserie ou <input type="checkbox"/> toiles ou <input type="checkbox"/> autres (préciser) : _____
Revêtement de sol	<input type="checkbox"/> parquet, <input type="checkbox"/> moquette, <input type="checkbox"/> carrelage, <input type="checkbox"/> autres (préciser) : _____

Matériaux utilisés sur l'ensemble de l'immeuble : au moins 90 % de matériaux durs de 50 à 90 % de matériaux durs < 50 % de matériaux durs

Matériaux des murs : murs en pierre ou en matériaux modernes (préciser) : _____

Type de toiture : toiture traditionnelle (tuiles) / toiture en terrasse / toiture en terrasse végétale

Classement monument historique ou à l'inventaire supplémentaire ? <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Situation dans le périmètre d'un classement ? <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non	Contrats d'entretien en cours ? <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Télésurveillance Vol ? <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Extincteurs ? <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Vérifiés annuellement ? <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Détecteurs de fumée ? <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Alarme Incendie ? <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
---	--

ANTECEDENTS

Risque Précédemment assurés ? <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Nom de l'assureur précédent : Numéro de contrat :	Le précédent contrat a-t-il été résilié pour sinistres par l'assureur ? <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Le précédent contrat a-t-il été résilié pour impayés par l'assureur ? <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
--	--

Sinistres - Relevé à joindre obligatoire

Avez-vous eu des sinistres ? _____ Nombre total de sinistres _____ Période : _____	Franchises actuelles au contrat - EUR _____ Prime actuelle EUR _____
---	---

Date : .../.../...

Signature :