

Questionnaire à transmettre : marisol@groupe-astarion.fr

Coordonnées du souscripteur :

Qualité du souscripteur Association libre syndicale Propriétaire non occupant Propriétaire occupant partiel Société civile immobilière
 Syndic de copropriété Syndic de copropriété bénévole

Nom/Raison Sociale :

Adresse :

Code Postal :

Code Postal :

Téléphone :

Ville :

E-mail :

ADRESSE DU RISQUE :

Adresse :

Complément d'adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

E-mail :

CARACTERISTIQUE DU RISQUE :

Immeuble à usage principal de : habitation bureau commerce autre

Superficie développée de l'immeuble :

Année de construction de l'immeuble

Année de rénovation si immeuble à plus 20 ans:

L'immeuble est-il frappé d'un arrêté de péril ? : Oui Non

L'immeuble est-il classé même partiellement ? Oui Non

L'immeuble est-il en cours de construction ou de démolition ? Oui Non

L'immeuble est-il exposé à un risque inondation ? oui non

Taux d'occupation de l'immeuble <50 % > 50% vide

(Autres locaux non destinés à l'habitation ou avec une activité aggravante ? Oui Non)

> 25 % occupant professionnel: oui non

si oui préciser lesquelles :

- 25 % d'occupant professionnel oui non

si oui préciser lesquelles :

Autres aggravations : activités comparables (Bar de nuit ,Boite de nuit, Epicerie de nuit, Dépôt vente, Tatouage ,Piercing, Sex shop , Bowling, Salle de jeux, Dancing, Bar à chicha, Bijouterie, Permanence politique, Lieu culte) oui non

Si oui lesquelles

PREVENTION ET SECURITE DU RISQUE :

Présence d'un gardiennage/ concierge : oui non

Accès sécurisé (badge,vigik, etc) : oui non

www.groupe-astarion.fr

Diffusion Santé service Avekvoov: 470 rue des Grillères 01580 Matafelon-Granges ,

Tel 06-80-56-11-43- marisol@groupe-astarion.fr -

Assurance de responsabilité civile professionnelle conforme aux articles L-530-1 et 530-2 du code des Assurances

RCS Lyon 808 479 869, Orias sous le n° 15000842

LES ANTECEDENTS

Nom de l'assureur actuel :

N° de la police actuelle :

Echéance anniversaire sur contrat actuel :

Nature de la résiliation :

Sinistres dans les 3 dernières années		
Date	Nature du sinistre	Montant du sinistre

Dans les 36 derniers mois la police précédente a-t elle été résiliée pour un des motifs suivants :

Fausse déclaration oui non Défaut de conformité oui non

Non-paiement oui non

Sinistralité oui non

MODE DE PAIEMENT : Annuel Semestriel Trimestriel Mensuel (par prélèvement obligatoire)

TYPE DE PAIEMENT : Chèque bancaire Prélèvement

DEMANDES PARTICULIERES FORMULEES PAR LE CLIENT :

Le proposant certifie que les déclarations figurant sur le présent questionnaire d'étude sont conformes à la vérité et qu'elles doivent servir de base à l'établissement du contrat d'assurance qu'il désire souscrire.

Nous attirons votre attention sur le fait que ce questionnaire est un document contractuel et que toute omission, toute déclaration fautive ou inexacte, pourrait entraîner la nullité du contrat ou poser le proposant signataire à supporter les sanctions prévues aux articles L113-08 ou L113-9 du code des assurances.

Délivrance du devis par notre Agence de souscription : il sera délivré pour une durée de validité à 1mois

Nous vous remercions de ne pas nous interroger sans avoir un dossier complet

Fait à _____

le _____

<p>Cachet de l'intermédiaire</p> <p>DIFFUSON SANTE Service AVEKVOO 470 rue des Grillères 01580 Matafelon-Granges</p>	<p>Cachet du courtier Conseil</p> <p>Faire précéder la signature de la mention manuscrite « lu et approuvé »</p>
--	--