

Questionnaire à transmettre : marisol@groupe-astarion.fr

1. L'ASSURE

- Nom(s) ou Raison(s) sociale(s) de l'ensemble des entités à assurer :

Souscripteur du contrat :
Autres entités à assurer :

- Adresse(s) du (des) Assuré(s) :

Voie :
Code Postal :
Commune :

- Tel : _____ Mail : _____

- Date de début d'activité :

- Numéro SIREN : _____ Code NAF : _____

2. DESCRIPTIF DE L'ACTIVITE PRINCIPALE :

.....

.....

.....

.....

3. PERSONNEL/COMPETENCES :

- Effectif :

Quel est l'effectif total moyen ? : _____ Dont _____

- Effectif encadrement :
- Effectif en intérim :
-

4. CHIFFRE D'AFFAIRE

Veuillez préciser le Chiffre d'Affaires :

Chiffre d'affaires	Exercice passé	Exercice en cours	Estimation pour le prochain exercice
France			
TOTAL			

5. DETAIL DES ACTIVITES (jusqu' à 2 activités max)

Veillez indiquer la répartition de votre chiffre d'affaires (en %) pour l'exercice passé :

Activités	Effectuées par le proposant	Données en sous-traitance
1. Architecte		
1.1 Architecte d'intérieur		
2. Assistant maître d'œuvre		
2.1. Assistant maître d'ouvrage		
3. BET TCE (tous corps d'état)		
3.1. BET GEOTECHNIQUE		
3.1 BET ACOUSTIQUE		
3.11 BET INFRASTRUCTURE		
3.12 BET STRUCTURE		
3.14 BET THERMIQUE		
3.2 BET ASSAINISSEMENT/VRD		
3.3 BET CHARPENTE/COUVERTURE (BOIS ET FER)		
3.4 BET CHAUFFAGE/PLOMBERIE		
3.5 BET CLIMATISATION VENTILATION		
3.6 BET CONSTRUCTIONBOIS		
3.7 BET ELECTRICITE		
3.8 BET ETANCHEITE		
3.9 BET FLUIDE		
4.0 CONTROLEUR TECHNIQUE		
5.0 CONTRACTANT GENERAL		
6.0 COORDINATEUR SPS		
7.0 COURTIER EN TRAVAUX		
8.0 DESSINATEUR		
9.0 DIAGNOSTIQUEUR		
10. ECONOMISTE DE LA CONSTRUCTION		
11. GEOTECHNICIEN		
12. MAITRE D'ŒUVRE TCE		
13. OPC TCE		
14. PAYSAGISTE DECORATEUR		
15. TOPOGRAPHE/METREUR		

6. ANTECEDENTS

- Le souscripteur est-il actuellement assuré ? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser :

Nom de la compagnie d'assurance :

Numéro de contrat :

Date d'effet du contrat :

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

- Le risque a-t-il fait l'objet d'un refus, d'une résiliation ? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer le motif ci-après.

- La responsabilité civile a-elle été mise en cause ces 3 dernières années ? Oui Non

Préciser les dates, causes, circonstances, montants réclamés et conséquences financières des mises en causes significatives.

- La responsabilité civile décennale de l'assuré a-elle été mise en cause ces 3 dernières années ? Oui Non

Préciser les dates, causes, circonstances, montants réclamés et conséquences financières des mises en causes significatives.

JUSTIFICATIF A FOURNIR :

- questionnaire RCD complété et signé
- CV des dirigeants et justificatifs de compétences/qualifications
- KBIS
- Justificatif d'expérience professionnelle (si création d'entreprise ou sans antécédent d'assurance)
- Relevé de sinistralité sur 36 mois daté de moins de 3 mois

MODE DE PAIEMENT : Annuel Semestriel Trimestriel

TYPE DE PAIEMENT : Chèque bancaire Prélèvement

INFORMATIONS :

Prospect qui vous a contacté prospect que vous avez démarché

Client de votre cabinet

Quel est le meilleur tarif obtenu ?

Auprès de quelle compagnie ?

Montant de franchise maximum accepté :

Prime actuelle :

Date d'effet du contrat :

Liste des compagnies déjà interrogées :

www.groupe-astarion.fr

Diffusion Santé service Avekvo: 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

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 _____

Cachet de l'intermédiaire Diffusion santé Service Avekvoov 470 rue des Grillères 01580 Matafelon-Granges	Cachet du courtier conseil mandaté par son client Faire précéder la signature de la mention manuscrite « lu et approuvé » Signature du proposant :
---	--

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

www.groupe-astarion.fr

Avekvo adresse de correspondance :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
SARL au capital de 1000 euros RCS Lyon 808 479 869, Orias sous le n° 15000842