



## QUESTIONNAIRE ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE

### 1 – FICHE D'IDENTITE DE L'ENTREPRISE

#### a) Activité de l'entreprise :

Lotisseur

Promoteur immobilier

Maître d'ouvrage délégué

Autre

Marchand de biens

Précisez : .....

#### b) Historique :

Veillez compléter le tableau ci-dessous :

	Coût de construction total annuel	Montant des ventes
N-1		
Année en cours (N) *		
N+1 *		

\* Prévisionnel

### 2 – RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Nom ou raison sociale :

Entreprise en cours de création : oui

non

Date de création :

 /  / 

Nationalité :

Forme juridique :

Code NAF :

N° SIRET :

Tél. :

Portable :

Fax :

Email :

Adresse de l'entreprise : N°

Adresse :

Code postal :

Ville :

Nom et prénom du gérant :

Date de clôture de l'exercice comptable :

 /  /



## 3 – A PROPOS DE VOTRE ACTIVITE

### Projets importants :

Veillez référencer vos 3 chantiers les plus importants avec leur coût de construction dans le tableau ci-dessous :

Nom du projet	Type de construction	Coût de construction du projet en €

Les entrepreneurs ou intervenants extérieurs sous-traitants sont-ils qualifiés (expérimentés et/ou diplômés) pour entreprendre les travaux pour lesquels ils sont sollicités ? Bénéficient-ils d'une assurance RCP, sans abandon de recours ?  Oui  Non

Avez-vous fait l'objet de mise en cause pour des raisons de sécurité, protection et/ou santé au cours des 10 dernières années (entreprises et projets préalables inclus) ?  Oui  Non

Qui a habituellement la responsabilité de la mission SPS sur les sites sur lesquels vous intervenez ? :

.....

Veillez indiquer le coût de construction du plus gros chantier anticipé pour l'année à venir ? : .....

## 4 – ANTECEDENTS

Veillez compléter les questions ci-dessous **uniquement si votre société a été créée depuis plus d'un an et/ou déjà assurée.**

Etes-vous, ou avez-vous été dans une de ces situations ?

	Oui	Non	
Redressement judiciaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, date du redressement judiciaire : <input type="text" value="/ /"/>
Sans assurance depuis plus d'un an ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Résilié pour sinistre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Résilié pour non-paiement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Le souscripteur est-il assuré ? :  Oui  Non

Si oui :

Nom de la compagnie d'assurance :

Numéro de contrat :

Date d'effet du contrat :

**Pour quel motif le contrat d'assurance doit-il prendre, ou a-t-il pris fin :**

Date de résiliation :

Résiliation de votre initiative :  Oui  Non

Si oui, précisez :



## Résiliation de la part de la société d'assurances :

Non-respect de la police (ex : non-paiement de la prime, fausse déclaration) :  Oui  Non

Si oui, précisez :

La Compagnie d'assurances se retire du secteur :  Oui  Non

Suite à un sinistre (ou déclaration d'un sinistre) :  Oui  Non

Autre : .....

Avez-vous été mis en cause ces 5 dernières années au titre des garanties similaires à celles de cette proposition ?  
(Responsabilité Civile, Responsabilité Civile Décennale, Dommages en cours de travaux) :  Oui  Non

Dans le cas d'une réponse positive, merci de compléter le tableau ci-dessous :

Date	Nature	% de responsabilité	Montant estimé	Montant réglé	Clôturé oui/non

Pour chaque sinistre supérieur à 10 000 €, merci d'en indiquer les causes et circonstances dans une note annexe.

L'entreprise a-t-elle été mise en cause ces 10 dernières années ? :  Oui  Non

Avez-vous eu connaissance de faits ou d'évènements susceptibles d'engager votre responsabilité ? :  Oui  Non

## 5 – PIECES A JOINDRE

- K-bis
- Relevé d'information sinistre

## 6 – INFORMATION

**Vous reconnaissez avoir été informé(e)**, conformément à l'Article 32 de la Loi du 6 janvier 1978, du caractère **obligatoire** des réponses aux questions posées pour l'établissement des CONDITIONS PARTICULIERES ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une **omission** ou **d'une fausse déclaration** prévues aux articles L.113-8 (**nullité du contrat**) et L.113-9 (**réduction des indemnités**) du Code des Assurances. Que les destinataires de données personnelles vous concernant sont d'une part, en vertu d'une autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés, les collaborateurs de l'assureur, responsable du traitement, tant en France que dans l'UE, dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et d'autre part ses intermédiaires, réassureurs, organismes professionnels habilités ainsi que les sous-traitants missionnés. Que **vos données peuvent être utilisées** dans la mesure où elles sont nécessaires à la gestion et à l'exécution des contrats souscrits auprès de lui ou auprès des autres sociétés du groupe auquel il appartient. Que **vous disposez d'un droit d'accès et de rectification** auprès de **Serenitas Assurances et des compagnies et mandataires que nous consulterons** – pour toute information vous concernant

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature et cachet du Souscripteur

*Ce questionnaire est un document contractuel, toute omission, toute déclaration fausse ou inexacte, entraînerait la nullité du contrat ou vous exposerait à encourir les sanctions prévues aux articles L.113-8 ou L.113-9 du Code des Assurances.*