

**QUESTIONNAIRE D'ASSURANCE MULTIRISQUE PROFESSIONNELLE**

(servant de base à l'établissement d'un éventuel contrat)

**Enseigne commerciale**

Adresse : \_\_\_\_\_

N° Siret : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Activité principale \_\_\_\_\_ Activité(s) secondaire(s) \_\_\_\_\_

**Assuré**■ Si vous exercez en **NOM PROPRE**, Nom / Prénom : \_\_\_\_\_■ Si vous exercez en **SOCIETE**, Raison sociale : \_\_\_\_\_Représentée par Mme  Mlle  M.  Messrs.  \_\_\_\_\_

Fonction \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Adresse personnelle \_\_\_\_\_

Tel (fixe) : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

■ Êtes-vous ? Propriétaire de l'immeuble  Propriétaire des murs  Copropriétaire Locataire des murs  Propriétaire du fonds  Locataire du fonds 

■ Si vous êtes Locataire des murs et/ou du fonds, votre bail comporte-t-il ? \*

■ une clause exonérant le locataire de sa responsabilité locative ? oui  non ■ une clause d'assurance pour le compte du propriétaire ? oui  non  Si oui, précisez ci-dessous :→ pour le compte du Propriétaire des murs  Nom/Raison sociale \_\_\_\_\_Si oui, y-a-t-il identité de personnes ou communauté d'intérêts entre le Locataire et le Propriétaire ? oui  non → pour le compte du Propriétaire du fonds  Nom/Raison sociale \_\_\_\_\_■ une clause de renonciation à recours ? oui  non  Si oui, précisez ci-dessous :contre le "Bailleur"  contre le "Bailleur" et ses assureurs contre le "Preneur"  contre le "Preneur" et ses assureurs réciproque  réciproque et contre leurs assureurs **\*Joindre obligatoirement copie de la clause "Assurances" de votre bail****Si le Souscripteur est différent de l'Assuré**, précisez :

Nom/Prénom ou Raison sociale du souscripteur \_\_\_\_\_

Représentée par Mme  Mlle  M.  Messrs.  \_\_\_\_\_

agissant en qualité de \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tel (fixe) : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

**Exemplaire à nous retourner  
signé à chaque page**

Signature .....

### ANTECEDENTS PROFESSIONNELS

■ Quelle est votre ancienneté dans la profession ?

aucune  moins de 3 ans  entre 3 et 5 ans  plus de 5 ans

■ S'agit-il dans le cas de l'établissement à assurer ?

d'une création ? oui  non  Si oui, date de création \_\_\_\_\_

d'une reprise ? oui  non  Si oui, date de reprise \_\_\_\_\_

■ Tenez-vous actuellement d'autres établissements? oui  non

Si oui, nombre et type ? \_\_\_\_\_

■ Avez-vous subi une fermeture administrative concernant

- L'établissement à assurer ? oui  non  - Un autre établissement ? oui  non

Si oui, pour quel motif ? \_\_\_\_\_

Quand ? \_\_\_\_\_ De quelle durée ? \_\_\_\_\_

■ Avez-vous déjà été mis en redressement judiciaire ou liquidation judiciaire? oui  non

■ Type et catégorie de l'établissement : \_\_\_\_\_

■ Êtes-vous affilié à un syndicat? oui  non  Si oui, lequel? \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTS D'ASSURANCE

■ Si vous êtes actuellement assuré ou si vous l'avez été par le passé, **compléter le tableau ci-dessous**

	Compagnie	Échéance	Résilié le	Motif de la résiliation <sup>(1)</sup>
<b>Multirisque Incendie</b>	.....	.....	.....	.....
<b>Responsabilité civile</b>	.....	.....	.....	.....
<b>Protection juridique</b>	.....	.....	.....	.....

<sup>(1)</sup> Indiquer "suite à sinistre", "non-paiement de prime" ou autre motif (à préciser)

#### Sinistralité au cours des 5 dernières années (ou faits antérieurs susceptibles d'entraîner une réclamation)

Nature <sup>(1)</sup>	Origine <sup>(2)</sup>	Date	Montant		Compagnie
			déclaré	indemnisé	
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

<sup>(1)</sup> Incendie, dégâts des eaux, Tempête, catastrophes naturelles, vol, Dommages électriques, responsabilité civile ou autres à préciser.

<sup>(2)</sup> Criminelle, accidentelle ou indéterminée. En assurance de responsabilité civile préciser les faits.

**Exemplaire à nous retourner  
signé à chaque page**

**DESIGNATION DES LIEUX**
**Situation**

 ■ L'immeuble se situe en : Grande ville  Ville moyenne  Bourg  Village  Lieu-dit 

 → Précisez : Centre  Sortie d'agglomération  Périphérie  Z.I.  Z.A.  Isolé 

 Autre  Si autre, précisez \_\_\_\_\_

Si isolé, à quelle distance se situe l'immeuble le plus proche ? \_\_\_\_\_

 Si non, est-il contigu ? oui  non  Si oui, à quoi ? \_\_\_\_\_

 ■ Est-il situé en zone inondable ? oui  non  Si oui, existe-t-il un PPR (Plan de Prévention des Risques) oui  non 

 ■ Êtes-vous le seul occupant de l'immeuble? oui  non 

Si non, quels sont les autres occupants? (Habitation, commerces, bureaux, ou autres à préciser) \_\_\_\_\_

**Construction**

 Année de construction  Surface développée de l'immeuble  m<sup>2</sup> sur  niveaux

Toiture/Charpente \_\_\_\_\_

Murs extérieurs \_\_\_\_\_

Murs intérieurs \_\_\_\_\_

Plafonds \_\_\_\_\_

Sols \_\_\_\_\_

Chauffage \_\_\_\_\_

**DESIGNATION DES LOCAUX A ASSURER**

Locaux (cocher les cases correspondantes)	Bât. <sup>(1)</sup>	Etage	M <sup>2</sup>	Capacité <sup>(2)</sup>	Nb employés	C.A. (H.T)
Discothèque .....	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	.....	.....
Bar à ambiance musicale (avec piste de danse) .....	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	.....	.....
Bar-Karaoké (avec piste de danse) .....	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	.....	.....
Hôtel .....	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	.....	.....
Bar / Restaurant <sup>(3)</sup> .....	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	.....	.....
Pizzeria/Grill <sup>(3)</sup> .....	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	.....	.....
Bureau(x) .....	<input type="checkbox"/>	.....	.....			
Réserve(s) .....	<input type="checkbox"/>	.....	.....			
Cave(s) .....	<input type="checkbox"/>	.....	.....			
Grenier(s) .....	<input type="checkbox"/>	.....	.....			
Combles aménagés .....	<input type="checkbox"/>	.....	.....			
Appartement(s) .....	<input type="checkbox"/>	.....	.....			
Dépendances .....	<input type="checkbox"/>	.....	.....			
Piscine / Bassin <sup>(3)</sup> .....	<input type="checkbox"/>	.....	.....			
Autres (à préciser) .....	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	.....	.....
<b>TOTAL</b> .....		.....	.....	.....	.....	.....

(1) Si les locaux à assurer occupent des bâtiments séparés, indiquer le bâtiment concerné ( A pour le bâtiment principal, B,C,D... pour les suivants).

(2) Nombre maximum de personnes admises, nombre de chambres ou nombre de couverts, selon le cas..

(3) Rayer la (les) mention(s) inutile(s)

 Exemple à nous retourner  
signé à chaque page

## MOYENS DE PREVENTION ET DE PROTECTION

### Prévention

■ L'établissement est-il surveillé pendant la fermeture ( hormis les systèmes d'alarme) ? oui  non

Si oui, par quel moyen ? \_\_\_\_\_

■ L'exploitant ou un membre du personnel habite-t-il sur place? oui  non

■ Nombre de sorties de secours  Sont-elles clairement indiquées? oui  non

### Protection Incendie

■ L'établissement comporte-t-il ?

- Coupe-circuit général oui  non

- Extincteurs mobiles oui  non

Si oui, nombre

- Extracteurs de fumées (désenfumage) oui  non

Si oui, nombre

- Borne Incendie / R.I.A oui  non

Si oui, distance

■ L'établissement est-il équipé d'un système d'alarme incendie ? oui  non  Si oui, précisez ci-dessous:

● Système d'alarme Incendie à déclenchement manuel (système dit "COUP DE POING") oui  non

● Système de détection et d'alarme Incendie AUTOMATIQUE ( 24h sur 24 ) oui  non

▪ Dans le cas d'un système AUTOMATIQUE, le système comprend **obligatoirement** l'un des dispositifs suivants à préciser:

. Détecteurs de fumées ou de chaleur oui  non  Si oui, nombre

. Sprinklers (dispositif d'arrosage) oui  non

▪ Le système automatique est-il relié ? oui  non  La ligne est elle secourue ? oui  non

. Si oui, à quoi ? Centre de télésurveillance  Pompiers  Domicile  N<sup>os</sup> privés fixes  GSM

. Marque du système \_\_\_\_\_ Sté maintenance \_\_\_\_\_

. Existe-t-il un contrat d'entretien ? oui  non

■ Distance de la caserne de pompiers la plus proche  Km Temps normal d'intervention  Min.

### Protection vol

■ Ouvertures sur l'extérieur

Portes d'accès		Fenêtres		Baies vitrées	
Type	Nombre	Type	Nombre	Type	Nombre
renforcées / blindées	.....	avec vitrage anti-effraction	.....	avec vitrage anti-effraction	.....
avec serrure de sûreté	.....	avec barreaux	.....	avec barreaux	.....
avec rideaux métalliques	.....	avec volets	.....	avec rideaux métalliques	.....
non protégées	.....	non protégées	.....	non protégées	.....
<b>TOTAL</b>	.....		.....		.....

■ L'établissement est-il équipé d'un système d'alarme anti-intrusion? oui  non

▪ Si oui, précisez : radars volumétriques  contacteurs  mixte

▪ Le système est-il relié ? oui  non  La ligne est elle secourue ? oui  non

. Si oui, à quoi ? Centre de télésurveillance  Police  Numéros privés fixes  GSM

. Marque du système \_\_\_\_\_ Sté maintenance \_\_\_\_\_

. Existe-t-il un contrat d'entretien ? oui  non

**Exemplaire à nous retourner  
signé à chaque page**

**Conformité**

■ Les installations électriques ont-elles été vérifiées par un organisme agréé? oui  non

Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_ A quelle date? \_\_\_\_\_

■ Date du dernier passage de la Commission Locale de sécurité \_\_\_\_\_

Fréquence de passage de la Commission \_\_\_\_\_

■ Une visite du risque a-t-elle été effectuée par un expert agréé par une compagnie ? oui  non

Si oui, pour le compte de quelle compagnie d'assurance et à quelle date ? \_\_\_\_\_

Quelles ont été les conclusions du rapport d'expert?

- Avis favorable sans réserve \_\_\_\_\_

- Avis favorable sous réserve de mise en œuvre des prescriptions de l'expert \_\_\_\_\_

- Date de mise en œuvre des prescriptions 

--	--	--

- Avis défavorable \_\_\_\_\_

**Clientèle**

■ Votre établissement est-il un club privé? oui  non  Age moyen de la clientèle \_\_\_\_\_

■ Votre activité est elle ? permanente  saisonnière  Si saisonnière , précisez \_\_\_\_\_

■ Jours d'ouverture L  M  M  J  V  S  D  Veilles de fêtes

■ Organisez-vous des spectacles? oui  non  Fréquence \_\_\_\_\_

■ Quels sont vos concurrents les plus proches ? \_\_\_\_\_

**Situation financière**

■ Quelle est le montant des loyers annuels (Hors Taxes) ? \_\_\_\_\_ €

■ Quelle est votre banque? \_\_\_\_\_ Agence de \_\_\_\_\_

■ Avez-vous des emprunts en cours? oui  non  Si oui, montant restant dû \_\_\_\_\_

**Observations éventuelles**

---

---

---

---

---

---

Exemplaire à nous retourner  
signé à chaque page

### CAPITAUX

Catégorie de l'immeuble	Prix de reconstruction au m <sup>2</sup> (indicatif)
<input type="checkbox"/> Modeste (construction standardisée, confort moyen)	<input type="checkbox"/> égal ou supérieur à 900 €
<input type="checkbox"/> Confortable (construction soignée de bon standing)	<input type="checkbox"/> égal ou supérieur à 1 500 €
<input type="checkbox"/> Luxueux (grand standing)	<input type="checkbox"/> égal ou supérieur à 4 500 €

Une estimation préalable de l'immeuble a-t-elle été réalisée par un cabinet d'expertise agréé?\* oui  non

Si oui, à quelle date ? \_\_\_\_\_ Nom du cabinet d'expertise \_\_\_\_\_

\*Joindre **obligatoirement** copie de l'estimation préalable (Tableau des valeurs à assurer)

### GARANTIES DEMANDEES

Incendie, explosions et risques annexes	Limites de garanties
Bâtiments ou Risques locatifs _____ €	Dégâts des eaux _____ -
Contenu (Matériel, mobilier, agencement) _____ €	Tempête, neige, grêle sur les toitures _____ -
Stock de marchandises _____ €	Dommages électriques _____ €
Recours des voisins, des tiers et des locataires _____ €	Dommages causés par les fumées _____ -
Pertes des loyers ou privation de jouissance _____ €	Bris de glaces/Enseignes _____ €
Pertes indirectes _____ €	Vol sur le contenu et/ou marchandises _____ €
Honoraires d'expert (sur dommages directs) _____ -	Vol en tiroir-caisse _____ €
Pertes d'exploitation (Marge brute) _____ €	Vol en coffre-fort _____ €
Valeur vénale du fonds de commerce _____ €	Vol sur la personne (Transport de fonds) _____ €
Honoraires d'expert (sur pertes financières) _____ €	
<b>Franchise</b> Incendie et risques annexes : _____ €	<b>Franchise</b> Autres risques : _____ €

#### LA REGLE PROPORTIONNELLE DES CAPITAUX

La règle proportionnelle des capitaux prévue à l'Article L 121.5 du Code des Assurances est applicable.  
**Dérogation conditionnelle à la règle proportionnelle:** A défaut d'estimation préalable s'il est constaté au moment d'un sinistre, une insuffisance d'assurances n'excédant pas 15% de la valeur déclarée des existants, les Assureurs renonceraient à l'application de la règle proportionnelle.  
 Si cette insuffisance excède 15% des valeurs des existants déclarés, la présente dérogation à la règle proportionnelle devient sans objet.

#### Garanties optionnelles

**Responsabilité civile d'exploitation** \_\_\_\_\_ oui  non

**Protection juridique** \_\_\_\_\_ oui  non

Si oui, indiquer le nombre de bénéficiaires demandés \_\_\_\_\_ Nb dirigeant(s)  Nb portier(s)

Je soussigné, \_\_\_\_\_, agissant en qualité de \_\_\_\_\_ certifie que toutes les déclarations ou réponses faites au présent questionnaire pour servir de base à un éventuel contrat, qu'elles aient été écrites par moi ou par un tiers, sont sincères et, à ma connaissance, véritables.

Je déclare ne pas ignorer que les articles L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances sont applicables si, dans l'appréciation du risque, l'Assureur a été induit en erreur par suite de fausses déclarations intentionnelles ou non intentionnelles de ma part.

Je reconnais, en outre, avoir pris connaissance des Conditions Générales et Conventions Spéciales du contrat proposé.

Fait à \_\_\_\_\_

le \_\_\_\_\_

**Cachet et signature**

**Exemplaire à nous retourner  
signé à chaque page**

Conformément aux articles 35 et 36 de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le Proposant dispose, auprès du siège social de l'Assureur, d'un droit d'accès pour communication ou rectification de toutes informations le concernant et figurant sur tout fichier à l'usage des sociétés d'assurances, de leurs