



# QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DU RISQUE

Multirisques Immeuble - PNO/PNE - Habitations, Bureaux, Commerces, Locaux d'activité  
(Occupés, partiellement occupés, aggravés, vacants)

**à retourner par mail à conseil@assurancesdirect.com ou fax 09 55 220 200**

Les réponses aux questions posées dans le présent questionnaire présentent un caractère obligatoire. Le souscripteur reconnaît avoir été informé 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. Ce questionnaire est destiné à servir de base à l'établissement d'un éventuel contrat d'assurance. Le souscripteur certifie que toutes les déclarations ou réponses faites au présent questionnaire sont sincères, complètes et, à sa connaissance, véritables, qu'elles aient été écrites par lui ou par un tiers. Les informations renseignées peuvent être transmises par le Souscripteur à ses assureurs (partenaire ou mandant) dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion et à l'exécution du contrat. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Le souscripteur peut exercer ce droit et obtenir communication des informations le concernant, en écrivant à :

**AssurancesDirect LASSUREUR SARL – Passage Marcilly – 71100 CHALON SUR SAONE.**

## APPORTEUR

Nom de votre Cabinet : ... LASSUREUR SARL ..... ORIAS : 09051556 \_

Nom du responsable : (1) ... GOETHEL ..... Prénom : ... Philippe .....

Adresse : ... PASSAGE MARCILLY .....

Code Postal : 71100 ..... Ville : CHALON SUR SAONE .....

Tél. : 09 50 220 200 ..... Fax : 09 55 220 200 ..... E-mail : ... conseil@assurancesdirect.com .....

(1) ou nom du gestionnaire en charge du dossier.

## SOUSCRIPTEUR ET ADRESSE DU RISQUE

### Coordonnées du Souscripteur

Nom : ..... Prénom : .....

Qualité (2) : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél. : ..... Fax : ..... E-mail : .....

### Adresse du risque

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

(2) Propriétaire non-occupant – Copropriétaire non-occupant – Propriétaire occupant partiel – Syndic Professionnel – Syndic bénévole – SCI – Autres.

## DESCRIPTIF DU RISQUE

Nombre de bâtiments : ..... les bâtiments sont :  totalement vides  partiellement occupés

S'agit il d'Immeuble(s) de Grande Hauteur (> 28 m : bureaux ou mixtes et > 50 m : habitations) :  OUI  NON

L'immeuble est il classé ou inscrit à l'inventaire supplémentaire des Monuments Historiques :  OUI  NON

Superficie totale développée des locaux : ..... m<sup>2</sup> - Année de construction : .....

La surface des bureaux, commerces, locaux d'activités représente plus de 25 % de la surface totale :  OUI  NON

Les bâtiments sont-ils en communication ?  OUI  NON

Bâtiment(s) N°	Nombre de Niveaux RdC inclus	Nombre de Niveaux en sous-sol	Superficie en M <sup>2</sup>	Coût de la Construction à Neuf en Euros/M <sup>2</sup>	ACTIVITÉS EXERCÉES PRÉCISES

Un des baux avec un locataire exploitant prévoit-il une renonciation réciproque à recours ?  OUI  NON

(Si oui, joindre impérativement la copie du bail en question)

Nouvelle Société Lassureur – Passage Marcilly – 71100 CHALON SUR SAONE

Tél +33 (0)950 220 200- Fax +33 (0)955 220 200 - E-mail Conseil@assurancesdirect.com - Internet www.ASSURANCESDIRECT.com

Garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle QBE conformes aux articles L 530-1 et L 530-2 du Code des Assurances SARL au capital de 1 000 € SIREN 514 355 122 00011 - ORIAS sous le N° 09 051 556 (www.orias.fr)

## VOISINAGE – SITUATION GEOGRAPHIQUE

### Voisinage :

Le risque est-il isolé ?  OUI  NON - Distance :  moins de 10 mètres  plus de 10 mètres

Sous toiture distincte ?  OUI  NON

Nature du voisinage :  habitation  bureaux  commerce  autre : .....

Existe-t-il d'autres biens inoccupés dans ce secteur ?  OUI  NON

Qualité des immeubles environnants : Tags  OUI  NON

Détériorations :  OUI  NON

### Situation géographique :

Le risque est-il situé :  Centre ville  Faubourg  ZI ou ZAC  Village  Campagne

Est-il situé dans une zone exposée aux crues ?  OUI  NON

Existence d'un PPRI (Plan de Prévention des Risques d'Inondation) ?  OUI  NON

- Si oui dans quelle zone est-il situé ?  ROUGE  BLEUE  BLANCHE

Autres risques potentiels, commentaires ?  OUI  NON - Précisez : .....

.....  
.....

## PROTECTION CONTRE L'INCENDIE

### Nature des matériaux constituant la construction :

Ossature : .....

Murs extérieurs : .....

Planchers : .....

Charpente : .....

Couverture : .....

Isolation :  OUI  NON - Mouse  PU  Minérale

Aménagements intérieurs : .....

### Existe-t-il des moyens de protection contre l'incendie ?

Extincteurs - Nombre : ... - Certificat (Q4)  OUI  NON

RIA - Nombre : ... - Certificat (Q5)  OUI  NON

Sprinkler - Hors service  OUI  NON - Purgé  OUI  NON - Certificat (Q1)  OUI  NON

Bornes incendie extérieures - à quelle distance ? ... m

Electricité : vérifiée  OUI  NON - Hors Service  OUI  NON

conforme  OUI  NON - Certificat (Q18)  OUI  NON

Délai d'intervention des pompiers ? ... minutes

## PROTECTION DU RISQUE (VOL, VANDALISME,...)

### Protection du bâtiment :

Contrôle des entrées :  OUI  NON - digicode :  OUI  NON

Gardiennage  OUI  NON

Visite régulière du site :  OUI  NON

Surveillance électronique :  OUI  NON - de quel type ? .....

Reliée :  au propriétaire  à la gendarmerie  à une société spécialisée,

Nom de la société : .....

Autres protections : Rondes contrôlées  OUI  NON

Plots anti-béliers  OUI  NON

Toit protégé  OUI  NON

Site entièrement clôturé  OUI  NON



### ANTECEDENTS DU RISQUE (sur les 60 derniers mois)

**Attention** à compléter obligatoirement et de façon détaillée. Joindre impérativement les statistiques COMPAGNIE

Précédent Assureur : ..... N° de contrat : .....

Echéance du contrat : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Résiliation par :  La Compagnie Motif : .....

l'Assuré Motif : .....

Date de résiliation : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### Sinistres des 5 dernières années :

NATURE	NOMBRE	COUT TOTAL	INDEMNITE PERCUE	OBSERVATIONS
Incendie, explosions				
Tempêtes				
Catastrophes naturelles				
Catastrophes technologiques				
Dégâts des eaux				
Domages électriques				
Vol et vandalisme				
Responsabilité Civile				

### OBSERVATIONS

Indiquez ici tous les autres éléments d'appréciation des risques pouvant modifier l'avis des souscripteurs :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### RAPPEL – DOCUMENTS A JOINDRE

- Statistique de sinistralité de l'assureur tenant (**obligatoire**),
- Bail de chacun des locataires ayant une activité commerciale ou professionnelle,
- Extrait Kbis du ou des risque(s) aggravant(s),
- Eventuellement photos et/ou tout élément permettant une meilleure appréciation du risque.

**TABLEAU RÉCAPITULATIF DES GARANTIES SOUHAITÉES :**

PERTES SUR DOMMAGES DIRECTS		Sommes assurées en €
1. <b>Bâtiment</b> (si propriétaire ou agissant pour compte) Dont agencements et installations immeubles par nature ou destinés à l'être. Tant pour le compte du souscripteur que, avec renonciation à recours, pour celui de : .....	<input type="checkbox"/> Valeur d'assurance vétusté déduite	
	<input type="checkbox"/> Valeur à neuf	
2. <b>Pertes indirectes</b> (y compris honoraires expert selon barème UPEIMEC)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
3. <b>Recours des voisins, tiers ou locataires</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
4. <b>Pertes d'usage ou de loyers</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>TOTAL DES SOMMES ASSUREES</b>		
<b>LIMITATION CONTRACTUELLE D'INDEMNITÉ</b>		
<b>Franchises</b>		
Franchise sur incendie / explosions	<b>1,5 / 4 / 6 / 10 / 15 x l'indice FFB</b>	
Franchise sur autres événements	<b>1,5 x l'indice FFB</b>	
Franchise Catastrophes Naturelles (au minimum selon la législation en vigueur) ou : <b>20% ou 30% du montant du sinistre</b>		
<b>GARANTIES ANNEXES</b>	<b>Franchises</b>	<b>Sommes assurées en €</b>
Dégâts des eaux, infiltrations, refoulements d'égouts, gel	<b>1 x l'indice FFB</b>	
Dommages aux appareils électriques	<b>1 x l'indice FFB</b>	
Bris de glace, d'enseignes, marbres	<b>1 x l'indice FFB</b>	
Vol et dégradations pour vol et tentative	<b>1,5 x l'indice FFB</b>	

En signant ce document, vous n'êtes pas tenu de contracter l'assurance (Art. L112-2 du Code des Assurances) mais si une note de couverture est établie, les renseignements indiqués dans la présente soumission serviront de base à l'établissement du contrat et seront considérés comme en faisant partie intégrante.

Les frais de dossier du Cabinet LASSUREUR sont de 10% de la cotisation HT et réglés à la souscription, vous facturez vos honoraires à votre client. **POUR EVITER TOUT LITIGE ULTERIEUR SI CE DOCUMENT EST INCOMPLET OU MAL RENSEIGNE IL NE SERA SUIVI D'AUCUN EFFET A 212-1 du CA**  
 ► Délivrance du devis : il sera délivré pour une durée de validité limitée à 72 heures et si rien n'est souscrit par FAX pendant cette période, le dossier sera sous saisine et archivé 12 mois, nous ne dérogeons jamais à cette règle.

**Compagnies interrogées : (afin de ne pas refaire une seconde fois la présentation)**

**Aucune solution de placement n'a été trouvée**

**PS : le mandat exclusif de placement est strictement obligatoire pour nous permettre de présenter le risque**

**Fait à :** ..... **le :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature et cachet commercial de l'Apporteur :  
 CABINET LASSUREUR  
 PASSAGE MARCILLY  
 71100 CHALON SUR SAONE  
 TEL 0950 220 200  
 FAX 0955 220 200  
 MAIL : CONSEIL@ASSURANCESDIRECT.COM

Signature et cachet commercial du souscripteur :  
 ORDRE ET MANDAT EXCLUSIF DE PLACEMENT –  
 SAISINE SUR 12 MOIS

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RISQUE AGGRAVANT**

On entend par risque aggravant : discothèque, restaurant à thème ou avec piste de danse, bowling, cabaret, clubs et autres loisirs de nuit, mais aussi d'une manière générale, tout établissement dont l'activité aggrave le risque incendie (station service automobile, boulangerie, travail mécanique du bois, minoterie, chimie fine, fabrication de literie et rembourrage, centres de recyclages... *liste non exhaustive*).

**Protection contre l'intrusion :**

Nombre de serrures de la porte principale : ..... Matériau : .....

Nombre de serrures des entrées secondaires : ..... Matériau : .....

Système complémentaire de protection :  barres transversales  chaînes avec cadenas  
 autre : .....

Alarme anti-intrusion :  OUI  NON

Bascule GSM :  OUI  NON

Télésurveillance/télétransmission (avec enregistrement des évènements) :  OUI  NON

Nom de la société de télésurveillance : .....

Vidéosurveillance avec enregistrement :  en exploitation  24 h / 24 et 7 j / 7

Gardiennage :  OUI  NON

**Protection contre l'incendie :**

Nombre d'extincteurs : ..... de robinets d'incendie : .....

Nombre de détecteurs de fumée et / ou de chaleur : .....

Les détecteurs sont-ils reliés à une société de télésurveillance :  OUI  NON

Nom de la société de télésurveillance : .....

**Contrôles :**
**- Installations électriques**

Organisme du contrôle annuel des installations électriques : .....

Date du dernier contrôle : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Coupe circuit général :  OUI  NON

Appareils fonctionnant en continu :  OUI  NON

**- Chauffage**

Type : ..... Date du dernier contrôle : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**- Extraction d'air**

Type : ..... Organisme : .....

Date du dernier contrôle : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**- Alarmes**

Organisme de contrôle de l'alarme anti-intrusion : .....

Date du dernier contrôle : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Organisme de contrôle des détections automatiques incendie : .....

Date du dernier contrôle : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Organisme de contrôle de l'alarme anti-incendie (SSI) : .....

Date du dernier contrôle : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**- Extincteurs**

Nombre : .....

Date du dernier contrôle : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Exploitation**

Code NAF : ..... Type ERP : .....

Activités :  discothèque  restaurant avec piste de danse  bowling  bar  club

Autre activité : .....

N° RCS : ..... Effectif : .....

Année de création de la société : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ - **Joindre un extrait KBis récent.**

Redressement judiciaire :  OUI  NON Liquidation judiciaire :  OUI  NON

L'établissement a-t-il déjà subi une fermeture administrative :  OUI  NON

Motif : ..... Année : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Ouverture :  permanente  saisonnière (du : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ au : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

**Si pluralité de risque aggravant, dupliquez cette page et complétez une page par établissement**



# MANDAT EXCLUSIF DE PLACEMENT ET DE GESTION

(A faire remplir, signer et tamponner par le client)

Monsieur,

Je soussigné, \_\_\_\_\_

Représentant \_\_\_\_\_

Domicilié à \_\_\_\_\_

vous informe avoir choisi comme mandataire, à l'exclusion de tout autre intermédiaire, le cabinet en référence ; Le présent ordre annule et remplace tous ordres qui auraient pu être donnés antérieurement et ce pour saisine ferme de 12 mois.

Nom de l'affaire et adresse :

Mandate, à l' exclusion de tout autre Courtier, le cabinet LASSUREUR  
ASSURANCEDIRECT.COM– 5 Passage Marcilly –71100 CHALON SUR SAONE  
Agissant pour procéder à l'étude et la gestion des polices d'assurance auprès de ses  
fournisseurs :

Pour le placement et la gestion

- D'un risque situé a :

- Pour un contrat :

Pour le bon ordre, notre assureur conseil, le cabinet LASSUREUR ORIAS 09051556

Sera votre seul interlocuteur direct concernant ces contrats d'assurance.

Le présent mandat annule et remplace tout autre précédemment signé ou pouvant être signé.

Bon pour ordre ferme et inaliénable.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature DU CLIENT :

Précédée des mots : Lu et approuvé

ATTENTION CE DOCUMENT DOIT ETRE SIGNE DU CLIENT UNIQUEMENT EN APPLICATION DE L'ARTICLE A 212-1 du code des assurances ET DES SANCTIONS APPLICABLES (L 113-8 et L 113-9 du CA)

