



**VOUS ÊTES INVITÉ A RÉPONDRE A L'ENSEMBLE DES QUESTIONS AFIN QUE VOTRE DEMANDE PUISSE ÊTRE TRAITÉE.**

### COURTIER

Nom du Cabinet :

Nom et prénom du représentant :

E-mail :

Téléphone :

Adresse :

N° :

Type de voie :

Nom de la voie :

Code postal :

Ville :

Code ORIAS :

### PROPOSANT (sera le Preneur d'Assurance si le contrat est souscrit)

Raison sociale (fournir un extrait Kbis) :

Forme juridique :

Nom et prénom du représentant :

Siège social : N° :

Type de voie :

Nom de la voie :

Code postal :

Ville :

Code NAF :

Siret :

Téléphone :

Activités exercées :

Groupe industriel ou financier d'appartenance :

Nom :

Adresse :

N° :

Type de voie :

Nom de la voie :

Code postal :

Ville :

Date d'entrée dans le groupe :

Date de création de l'entreprise :

Date de clôture de l'exercice social :

Chiffre d'affaires :

EUR

Effectif :

Identification de vos filiales (si celles-ci doivent être assurées par le futur contrat, joindre pour chacune d'entre elles une note de présentation répondant aux questions de ce formulaire de déclaration de risque).

## CARACTERISTIQUES DU FUTUR CONTRAT

Affaire Nouvelle  Remplacement   
Date d'effet souhaitée : Échéance annuelle :  
Fractionnement : Annuel  Semestriel

## SITUATION DU RISQUE

N° : Type de voie : Nom de la voie :  
Code postal : Ville :  
Bâtiment : Escalier :  
Niveau (RDC, sous-sol, entresol, 1<sup>er</sup>...) : Superficie des locaux : m<sup>2</sup>

## ANTECEDENTS DU RISQUE

### Le Proposant ou l'Assuré ou le Bénéficiaire :

A-t-il été, au cours des 3 dernières années, en liquidation  
ou en redressement judiciaire ? OUI  NON

Si oui, quelle est à ce jour l'évolution de sa situation ? (rachat, plan de continuation...) :

A-t-il été assuré pour ce risque ? OUI  NON

Si oui, par quel assureur ?

N° de contrat :

A-t-il déclaré des sinistres au cours des 3 dernières années ? OUI  NON

Dans l'affirmative, nous en préciser la nature, le nombre, les circonstances, la date et l'importance :

Pour tout sinistre d'un montant supérieur à 1 525 €, donner les détails sur la nature et les circonstances du ou des sinistres par une note que vous joindrez au présent formulaire.

Ces sinistres ont-ils entraîné la résiliation du contrat ? OUI  NON

Si non, motif du changement d'assureur :

Des mesures ont-elles été prises pour éviter le renouvellement  
de sinistres de même nature ? OUI  NON

Si oui, lesquelles :

Autres événements ou circonstances pouvant donner lieu dans l'avenir à la mise en jeu de l'éventuel contrat ?

OUI  NON

Si oui, fournir les détails :

Nombre d'accidents du travail ou maladies professionnelles depuis 5 ans ?

## DESCRIPTION DES IMMEUBLES À ASSURER

### Immeuble d'habitation :

Nom/Type :

Adresse :

Nombre :                      Hauteur :                      (en m)                      Surface développée :                      (en m<sup>2</sup>)

Occupation (nombre de locataires) :

Activité exercée par les occupants :

### Immeuble de bureaux :

Nom/Type :

Adresse :

Nombre :                      Hauteur :                      (en m)                      Surface développée :                      (en m<sup>2</sup>)

Occupation (nombre de locataires) :

Activité exercée par les occupants :

### Immeuble de commerce :

Nom/Type :

Adresse :

Nombre :                      Hauteur :                      (en m)                      Surface développée :                      (en m<sup>2</sup>)

Occupation (nombre de locataires) :

Activité exercée par les occupants :

### Immeuble d'activités industrielles :

Nom/Type :

Adresse :

Nombre :                      Hauteur :                      (en m)                      Surface développée :                      (en m<sup>2</sup>)

Occupation (nombre de locataires) :

Activité exercée par les occupants :

### Autres :

Nom/Type :

Adresse :

Nombre :                      Hauteur :                      (en m)                      Surface développée :                      (en m<sup>2</sup>)

Occupation (nombre de locataires) :

Activité exercée par les occupants :

## IMPLANTATION & AMÉNAGEMENTS

**Implantation en zone :**       industrielle       commerciale  
 résidentielle       agricole

**Présence de sources radioactives ?**      OUI       NON   
 Si OUI, nature :

**Protection de l'environnement : Établissement classé loi 1976 ?**      OUI       NON   
 Déclaration       Autorisation  
 Si OUI, motif :

**Ascenseurs/montes charges**      OUI       NON   
 Age moyen : < à 5 ans      OUI       NON   
 Entre 6 et 10 ans      OUI       NON   
 > à 10 ans      OUI       NON

**Contrat d'entretien/maintenance ?**      OUI       NON   
 Si oui, périodicité :  
 Normes de sécurité :

**Vérification :**      OUI       NON   
 Date :

**Mise en conformité :**      OUI       NON   
 Date :

**Piscines ?**      OUI       NON   
 Si oui, âge moyen:       < à 5 ans       entre 6 et 10 ans       > à 10 ans  
 Contrat d'entretien/maintenance ?      OUI       NON   
 Si oui, périodicité :  
 Normes de sécurité :  
 Vérification ?      OUI       NON   
 Date :  
 Mise en conformité :      OUI       NON   
 Date :

**Aires de jeux**      OUI       NON   
 Si oui, âge moyen:       < à 5 ans       entre 6 et 10 ans       > à 10 ans  
 Contrat d'entretien/maintenance ?      OUI       NON   
 Si oui, périodicité :  
 Normes de sécurité :  
 Vérification ?      OUI       NON   
 Date :  
 Mise en conformité :      OUI       NON   
 Date :

**Entretien des bâtiments ?**      OUI       NON   
 Age moyen :       < à 5 ans       entre 6 et 10 ans       > à 10 ans

Contrat d'entretien/maintenance ? OUI  NON

Si oui, périodicité :

Normes de sécurité :

Vérification : OUI  NON

Date :

Mise en conformité : OUI  NON

Date :

Ravalement : OUI  NON

Date :

Entretien de la toiture : OUI  NON

Date :

## MOYENS HUMAINS

	Nombre	Qualification	Nature des contrats
Principaux responsables			
Personnel technique			
Personnel administratif			
Autre personnel			

Rémunération du personnel (montant total des sommes figurant sur la déclaration annuelle des données sociales - DASS 1) EUR

**Le proposant fait-il appel à des sous-traitants et/ou à des prestataires de service ?**

OUI  NON

Si oui,

Quels sont ses critères de sélection ?

Pour quel travail ?

Est-il effectué des contrôles sur le travail des sous-traitants/prestataires ? OUI  NON

Si oui, sous quelle forme ?

### Recours - fournisseurs/sous traitants/prestataires

Tous recours sont-ils maintenus contre eux et leurs assureurs ? OUI  NON

Le proposant vérifie-t-il que les fournisseurs/les sous-traitants/prestataires sont couverts par un contrat d'assurance RC Exploitation et Après Livraison Après Travaux/décennale/professionnelle

OUI  NON

Nous vous remercions du soin apporté à remplir ce formulaire, et à le compléter suivant vos propres besoins.

*Les informations à caractère personnel recueillies par ALBINGIA sont indispensables à la gestion de votre demande. Ces informations ont également pour finalité la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution des contrats d'assurance souscrits.*

*L'ensemble des réponses aux questions sont obligatoires ; à défaut de réponse à l'une d'entre elles, votre demande pourrait ne pas être traitée.*

*Toute opération relative aux données à caractère personnel est soumise aux dispositions du règlement européen 2016/679 sur la protection des données à caractère personnel.*

*Nous vous informons que les données recueillies pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus aux entités composant la compagnie ALBINGIA en France ainsi que, si nécessaire, à ses intermédiaires et réassureurs, sous-traitants et prestataires, dans le respect de la législation sur la protection des données à caractère personnel, et dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées.*

*Par ailleurs, vous êtes informé qu'en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, ALBINGIA peut être amené à communiquer des informations à des autorités administratives ou judiciaires habilitées.*

*En application de la réglementation et en particulier du Règlement européen 2016/679, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de limitation des informations qui vous concernent, en justifiant de votre identité en écrivant à l'adresse suivante : ALBINGIA – Délégué à la protection des données (DPD) - 109/111 rue Victor Hugo, 92300 LEVALLOIS PERRET - par mail : [dpd@albingia.fr](mailto:dpd@albingia.fr)*

*Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.*

*Les données vous concernant seront conservées pendant une durée de 3 (TROIS) ans à compter de la collecte ou du dernier contact en l'absence de conclusion d'un contrat.*

*En cas de contestation, vous disposez du droit de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés. En cas de décès, et en l'absence de directives de votre part, vous êtes informé que vos héritiers disposent d'un droit de s'opposer à la poursuite des traitements de vos données ou faire procéder à leur mise à jour.*

**Vous certifiez exactes les déclarations de la présente proposition qui pourront constituer la base d'un contrat d'assurance et reconnaissez avoir pris connaissance du texte des articles L.113.8 et L.113.9 du Code des Assurances repris ci-après.**

**Vous vous engagez à nous déclarer tout élément susceptible de modifier notre appréciation du risque et qui surviendrait postérieurement à la remise de la présente proposition, notamment tout événement susceptible de mettre en jeu les garanties de l'éventuel contrat.**

Fait à

Le

Faites précéder la signature de « *Lu et Approuvé* »  
et apposer le cachet du proposant

#### Extraits du Code des Assurances

##### Article L. 113.8

Indépendamment des causes ordinaires de nullité et sous réserve des dispositions de l'Article L.132.26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'Assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

##### Article L.113.9

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'Assureur a le droit de maintenir le contrat, moyennant soit une augmentation de prime acceptée par l'Assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'Assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps ou l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

### PARTIE RÉSERVÉE A L'INTERMÉDIAIRE

Connaissez-vous personnellement le proposant ?

OUI  NON

Si oui, depuis combien de temps ?

Fait à

Le

SIGNATURE DU COURTIER, APORTEUR DE L'AFFAIRE