



**Diagnostic Immobilier by Hiscox**  
Questionnaire préalable d'assurance



**Identification  
du proposant**

Raison sociale

Adresse de la société

Site web

Code APE

Code SIREN

Forme juridique

Date de création :

Possédez-vous un label et/ou une certification ?

 Oui  Non

Si Oui, merci de préciser :

Appartenez-vous à une organisation professionnelle ?

 Oui  Non

Si Oui, merci de préciser :

**Personnel**

Effectif : Total

Dont diagnostiqueurs

Pour chaque diagnostiqueur, veuillez fournir les informations suivantes :

Nom Prénom	Formation (organisme)	Formation (durée)	Date de la formation	Domaine de compétence	Années d'expérience	Label apte (O/N)

**Concernant  
votre activité**

Montant du chiffre d'affaires réalisé (y compris les honoraires) :

Période comptable du

au

	Dernier exercice	Exercice en cours	Exercice à venir
France	€	€	€
USA / CANADA	€	€	€
Reste du monde	€	€	€



Les rapports de missions sont-ils réalisés et saisis par les techniciens qui effectuent les missions ?

Oui  Non

Si Non, merci de préciser :

Le rapport est-il signé par le technicien qui a effectué la mission ?

Oui  Non

Si Non, merci de préciser :

Quels sont les 5 contrats les plus importants réalisés ces trois dernières années ?

Client	Nature du contrat	Montant du contrat	Durée
		€	
		€	
		€	
		€	
		€	

### Sous-traitance

Faites-vous appel à des sous-traitants ?

Oui  Non

Si Oui, quels sont vos critères de sélection ?

Quel pourcentage de votre activité est sous-traité ?

%

Quelle partie de votre activité est sous-traitée ?

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

Oui  Non

Est-il effectué des contrôles sur leurs travaux ?

Oui  Non

Imposez-vous une assurance RC Professionnelle à vos sous-traitants ?

Oui  Non

Si Oui, imposez-vous un montant spécifique ?

€

**Antécédents du risque**

Merci de nous communiquer les litiges que vous avez déclarés, indemnisés ou non, qui auraient pu ou non, engager la responsabilité de votre entreprise sur les 5 dernières années :

Circonstances	Date	Montant indemnisé
		€
		€
		€
		€

Des mesures ont-elles été prises pour éviter le renouvellement de sinistres de même nature que ceux déjà survenus ?

Oui  Non

Si Oui, lesquelles ?

Avez-vous connaissance d'autres événements ou circonstances pouvant donner lieu dans l'avenir à la mise en jeu de la garantie d'assurance ?

Oui  Non

Si Oui, fournir les détails :

**Situation d'assurance**

Êtes-vous assuré en RC Professionnelle ?

Oui  Non

Si Oui, quel est votre assureur ?

N° de contrat

Montant de la garantie

€

Franchise RC Professionnelle

€

Montant de la prime provisionnelle

€

Taux de révision

Avez-vous été titulaire d'un contrat de même nature ayant fait l'objet de la part du précédent assureur, d'une résiliation pour sinistre au cours des 12 derniers mois ?

Oui  Non

Motif du changement d'assureur ?

Date de prise d'effet souhaitée

Montant de garantie souhaitée

 €

Mode de règlement

 Paiement annuel Paiement annuel par prélèvement automatique Paiement semestriel par prélèvement automatique Paiement trimestriel par prélèvement automatique Paiement mensuel par prélèvement automatique

Echéance souhaitée

**Déclaration et signature**

Je soussigné(e)

déclare qu'à ma connaissance, **tous les renseignements donnés**, que le questionnaire ait été rempli **de ma main ou de celle de mon mandataire, sont exacts.**

Je reconnais être informé(e) de **l'obligation de sincérité des réponses** au présent questionnaire et des **conséquences qui résulteraient d'une omission ou d'une fausse déclaration**, à savoir la nullité du contrat (Article L 113-8 du Code des Assurances) **ou la réduction des indemnités** (Article L 113-9 du Code des Assurances). En signant cette déclaration, je ne suis pas tenu(e) d'accepter les termes de la proposition d'assurance faite par les assureurs, mais **dans le cas où un contrat serait accepté, les déclarations faites dans ce questionnaire feront partie intégrante du contrat et lui serviront de base.**

Fait à

le

Signature

**Documents à joindre :**

- curriculum vitae des diagnostiqueurs en cas de création

**Vos autres besoins d'assurance**

Dans le cadre de la couverture de vos risques professionnels, souhaitez-vous étudier, sans engagement de votre part, des garanties complémentaires ?

- Tous Risques bureaux (*Office by Hiscox*) ?

 Oui  Non

- Responsabilité des dirigeants (*Dirigeants by Hiscox*) ?

 Oui  Non

**Informatique et Liberté :** en application de la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès des assureurs pour toute information le concernant contenue dans les fichiers à leur usage.