

Ce questionnaire est à compléter pour toute demande de garantie de vos bureaux en Tous Risques en prenant soin de compléter les informations pour les différentes adresses de risques en cas de demande de couverture de plusieurs sites.

**Identification du proposant**

---

**Nom ou raison sociale**

Adresse 1 : .....  
 Site Web : .....  
 N° SIREN : ..... Code APE .....  
 Activité : .....

**Assurés additionnels** (lorsque les bureaux assurés sont occupés par une société et ses filiales. Désigner les filiales par leurs appellations respectives)

Adresse 2 : ..... Activité : .....  
 Adresse 3 : ..... Activité : .....  
 Adresse 4 : ..... Activité : .....

**Capitaux à assurer**

---

	Adresse 1	Adresse 2	Adresse 3	Adresse 4
Mobilier professionnel (1) (2)	.....€	.....€	.....€	.....€
Matériel professionnel (3)	.....€	.....€	.....€	.....€
dont Matériel en tous lieux	.....€	.....€	.....€	.....€
Pertes financières (4)	.....€	.....€	.....€	.....€
Surface développée	.....m <sup>2</sup>	.....m <sup>2</sup>	.....m <sup>2</sup>	.....m <sup>2</sup>
Chiffre d'affaires HT	.....€	.....€	.....€	.....€
LCI si requise (5)	.....€	.....€	.....€	.....€

(1) Si vous êtes locataire, les aménagements (revêtements muraux, de sols, agencements) font partie de votre capital mobilier professionnel. Y compris les objets d'art ou de collection, les espèces et valeurs.  
 (2) Mobilier professionnel : les aménagements de vos bâtiments ainsi que l'ensemble des objets mobiliers et des consommables utilisés pour les besoins de votre activité professionnelle vous appartenant ou non, les objets de collection, les espèces et valeurs.  
 (3) Matériel professionnel : les équipements professionnels informatiques, bureautiques, électroniques, de télécommunication et de sécurité ainsi que les transformateurs.  
 (4) Montant forfaitaire comprenant frais et pertes après sinistre, frais supplémentaires d'exploitation, perte de revenus, perte de la valeur vénale.  
 (5) Limite contractuelle d'indemnité éventuellement souhaitée.

## Qualité de l'occupant

	Adresse 1	Adresse 2	Adresse 3	Adresse 4
Locataire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Locataire d'un logement aménagé partiellement en bureau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Locataire agissant pour le compte du propriétaire (indiquer son nom : .....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y a-t-il une clause de renonciation à recours réciproque dans votre bail ? (joindre la copie de votre bail)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Propriétaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Propriétaire d'un logement aménagé partiellement en bureau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Situation du risque

	Adresse 1	Adresse 2	Adresse 3	Adresse 4
Bureau occupant la totalité d'un bâtiment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bureau dans un immeuble collectif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Protection du risque

	Adresse 1	Adresse 2	Adresse 3	Adresse 4
Les portes d'accès sont au minimum munies de deux points de fermeture dont l'un au moins est de « sûreté »	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Les bureaux sont équipés d'une alarme contre le vol reliée à une société de télésurveillance avec un contrat d'entretien annuel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Les bureaux sont équipés d'un système de détection automatique d'incendie relié à une société spécialisée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Les bureaux sont gardiennés tous les soirs et les week-ends 24h/24h	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres : .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres : .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres : .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## Antécédents du risque

Merci de nous communiquer les sinistres que vous avez déclaré, indemnisés ou non, au titre de votre contrat dommages aux biens sur les 5 dernières années.

	Adresse 1	Adresse 2	Adresse 3	Adresse 4
Circonstances	.....	.....	.....	.....
Date et montant indemnisé	.. / .. / .. €	.. / .. / .. €	.. / .. / .. €	.. / .. / .. €
Circonstances	.....	.....	.....	.....
Date et montant indemnisé	.. / .. / .. €	.. / .. / .. €	.. / .. / .. €	.. / .. / .. €
Circonstances	.....	.....	.....	.....
Date et montant indemnisé	.. / .. / .. €	.. / .. / .. €	.. / .. / .. €	.. / .. / .. €

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

Adresse 1	Adresse 2	Adresse 3	Adresse 4
.....	.....	.....	.....

## Situation d'assurance

	Adresse 1	Adresse 2	Adresse 3	Adresse 4
Quel est votre assureur en dommages aux biens ?	.....	.....	.....	.....
Franchise	.....€	.....€	.....€	.....€
Montant de la prime annuelle	.....€	.....€	.....€	.....€
Echéance	.....	.....	.....	.....
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 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Motif du changement d'assureur ?	.....	.....	.....	.....

## Garanties souhaitées

---

- Dommages aux biens, Pertes financières
- Responsabilité Civile Propriétaire
- Responsabilité Civile Locataire
- Responsabilité Civile Exploitation / Employeur
- Assistance
- Protection juridique

Date de prise d'effet : . . / . . / . . . .

Fractionnement souhaité :  Annuel  Semestriel

Echéance souhaitée : .....

## Déclaration et signature

---

Le preneur d'assurance déclare que les bâtiments à assurer ne sont pas :

- Des ensembles de fond de commerce en communication directe ou par passage couvert exploités par divers commerçants dont la superficie développée est supérieure à 3.000 m<sup>2</sup>
- Des immeubles ou groupes d'immeubles en communication dont la superficie développée est supérieure à 20.000 m<sup>2</sup>
- Des immeubles de grande hauteur (+ de 28m)
- Des bâtiments faisant l'objet d'un classement ou d'une inscription en tout ou partie au titre des monuments historiques.

Je soussigné(e).....,

déclare qu'à ma connaissance, **tous les renseignements donnés**, que le formulaire ait été rempli **de ma main ou 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 des 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

### Informatique et liberté

En application de la loi 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 assureur pour toute information le concernant dans les fichiers à leur usage.