

# QUESTIONNAIRE RC LOCATAIRE

(ARTICLE L 215-1 DU CODE DES ASSURANCES)

LE PRÉSENT DOCUMENT S'APPLIQUE AUX LOCATIONS DE LOCAUX À USAGE « D'HABITATION » OU À USAGE MIXTE « PROFESSIONNEL ET D'HABITATION », AU SENS DE L'ARTICLE 2 DE LA LOI 89-462 DU 6 JUILLET 1989

[HTTPS://WWW.LEGIFRANCE.GOUV.FR/AFFICHTEXTEARTICLE.DO?CIDTEXTE=JORFTEXT000000509310&IDARTICLE=LEGIARTI000006475019&DATETEXTE=&CATEGORIELIEN=CID](https://www.legifrance.gouv.fr/AffichTexteArticle.do?cidTexte=JORFTEXT000000509310&idArticle=LEGIARTI000006475019&dateTexte=&categorieLien=cid)

**REmplir IMPERATIVEMENT TOUS LES DOCUMENTS AU STYLO NOIR**

SOCIETE A SOLLICITER : \_\_\_\_\_  
DECLARATION CONCERNANT LE SOUSCRIPTEUR LOCATAIRE :

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

N°TEL : \_\_\_\_\_ ADRESSE MAIL : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

EXERCEZ-VOUS (OU UN AUTRE OCCUPANT) UNE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE À DOMICILE ?  OUI  NON NATURE : \_\_\_\_\_

NOMBRE TOTAL DE PERSONNES VIVANT DANS LE LOGEMENT :

ADULTES \_\_\_\_\_ ENFANTS \_\_\_\_\_

S'AGIT-IL D'UNE COLOCATION ?  OUI  NON NOMBRE DE COLOCATAIRES : \_\_\_\_\_

DATE DE PRISE D'EFFET DU BAIL : \_\_\_\_\_

S'AGIT-IL D'UNE SOUS-LOCATION ?  OUI  NON

L'OCCUPANT EST-IL LOGE A TITRE GRATUIT ?  OUI  NON

DECLARATION CONCERNANT LE SOUSCRIPTEUR BAILLEUR

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

N°TEL : \_\_\_\_\_ ADRESSE MAIL : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

PROFESSION DU LOCATAIRE \_\_\_\_\_

LE LOCATAIRE (OU UN AUTRE OCCUPANT) EXERCE UNE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE À DOMICILE ?  OUI  NON NATURE : \_\_\_\_\_

NOMBRE DE PERSONNES VIVANTS GRATUITEMENT DANS LE LOGEMENT :

ADULTES \_\_\_\_\_ ENFANTS \_\_\_\_\_

S'AGIT-IL D'UNE COLOCATION ?  OUI  NON

IDENTITE DES COLOCATAIRES FIGURANT AU BAIL :

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_ NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_ NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_ NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

DATE DE MISE EN DEMEURE DU LOCATAIRE DEFAILLANT : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SUR LE LOGEMENT LOUÉ

ADRESSE \_\_\_\_\_

MAISON OU  APPARTEMENT SURFACE HABITABLE \_\_\_\_\_

CHALET/MAISON EN BOIS À CÔTÉ DE  MAISON  APPARTEMENT

RÉSIDENCE PRINCIPALE  RÉSIDENCE SECONDAIRE

NOMBRE DE PIÈCES \_\_\_\_\_ A QUEL ÉTAGE HABITEZ VOUS : \_\_\_\_\_

VÉRANDA, VERRIÈRE, BALCON OU TERRASSE FERMÉ :  OUI  NON

PISCINE PRIVATIVE  OUI  NON

DÉPENDANCES (CAVE, GARAGE, REMISE...)  OUI  NON

SURFACE TOTALE DU BIEN LOUÉ \_\_\_\_\_

LOCATION MEUBLÉE  VIDE  NOMBRE D'ÉTAGES DANS L'IMMEUBLE \_\_\_\_\_

L'IMMEUBLE EST-IL CLASSÉ MONUMENT HISTORIQUE ?  OUI  NON

MONTANT DE VOTRE LOYER (HORS CHARGES) : \_\_\_\_\_

JOINDRE UNE QUITTANCE

## ASSURANCE

AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ ASSURÉ ? \_\_\_\_\_ SI OUI : NOM DE LA COMPAGNIE \_\_\_\_\_

INDIQUEZ LE MONTANT DE LA PRIME \_\_\_\_\_ POUR QUELLE GARANTIE \_\_\_\_\_

AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ SINISTRÉ AU COURS DES 36 DERNIERS MOIS ? \_\_\_\_\_ SI OUI :

- NOMBRE DE SINISTRE RC (PRÉCISEZ PAR ANNÉE) : \_\_\_\_\_

- NOMBRE DE SINISTRE INCENDIE (PRÉCISEZ PAR ANNÉE) : \_\_\_\_\_

- NOMBRE DE SINISTRE DOMMAGES ÉLECTRIQUES (PRÉCISEZ PAR ANNÉE) : \_\_\_\_\_

- NOMBRE DE SINISTRE VOL (PRÉCISEZ PAR ANNÉE) : \_\_\_\_\_

- NOMBRE DE SINISTRE BRIS DE GLACES (PRÉCISEZ PAR ANNÉE) : \_\_\_\_\_

- NOMBRE DE SINISTRE TGN (PRÉCISEZ PAR ANNÉE) : \_\_\_\_\_

- NOMBRE DE SINISTRE CAT NAT (PRÉCISEZ PAR ANNÉE) : \_\_\_\_\_

- NOMBRE DE SINISTRE DÉGÂT DES EAUX (PRÉCISEZ PAR ANNÉE) : \_\_\_\_\_

ET POUR QUEL MONTANT \_\_\_\_\_

AVEZ-VOUS ÉTÉ RÉSILIÉ PAR VOTRE PRÉCÉDENT ASSUREUR ? \_\_\_\_\_

SI OUI : MOTIF \_\_\_\_\_ DATE DE RÉSILIATION DU CONTRAT : \_\_\_\_\_

RÉSILIATION SUITE À IMPAYÉ  IMPAYÉ RÉGULARISÉ  AUTRES MOTIFS

JOINDRE VOTRE DERNIER AVIS D'ÉCHEANCE ET UN RELEVÉ DE SINISTRALITÉ

## TYPE DE CHAUFFAGE ET COMBUSTIBLES

AVEZ-VOUS UNE CHEMINEE

OUI  NON

RAMONAGE \_\_\_ x PAR AN ET DATE DU DERNIER RAMONAGE : \_\_\_\_\_

CHEMINÉE À FOYER OUVERT

OUI  NON

INSERT OU POELE A BOIS :

OUI  NON

SI OUI, INSTALLE PAR UN PROFESSIONNEL :

OUI  NON

ETES VOUS CHAUFFE AU GAZ OU VOTRE CUISINE EST ELLE EQUIPEE EN GAZ

OUI  NON

AVEZ-VOUS UNE CHAUDIERE INDIVIDUELLE  OUI  NON

SI OUI, DATE DU DERNIER PASSAGE DE L'ENTREPRISE CHARGEE DE SON ENTRETIEN  
(JOINDRE L'ATTESTATION REMISE A CET EFFET : \_\_\_\_\_)

ETES VOUS CHAUFFE A L'ELECTRICITE  OUI  NON

AUTRE COMBUSTIBLE, VEUILLEZ PRÉCISER \_\_\_\_\_

**NB : L'assuré doit fournir des informations exactes dans sa déclaration ; une fausse déclaration peut entraîner la nullité du contrat d'assurance (Article L 113-8 du code des assurances)**

PARIS, LE (DATE) \_\_\_\_\_ SIGNATURE :