

QUESTIONNAIRE
RC COPROPRIETAIRE

(ARTICLE L 215-2 DU CODE DES ASSURANCES)

REEMPLIR IMPERATIVEMENT TOUS LES DOCUMENTS AU STYLO NOIR

SOCIETE A SOLLICITER : _____
DECLARATION CONCERNANT LE SOUSCRIPTEUR :

NOM : _____ PRENOM : _____

N°TEL : _____ ADRESSE MAIL : _____

ADRESSE : _____

ETES-VOUS COPROPRIÉTAIRE OCCUPANT OUI NON

SI OUI : EN RÉSIDENCE PRINCIPALE EN RÉSIDENCE SECONDAIRE

SI VOUS ÊTES COPROPRIÉTAIRE NON OCCUPANT, LE BIEN EST-IL DONNÉ EN LOCATION ?

OUI NON

UNE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE OU COMMERCIALE EST-ELLE EXERCÉE DANS LES
LOCAUX ? OUI NON

SI OUI , MERCI DE PRÉCISER : _____

SURFACE DU BIEN _____ M²

ASSURANCE

AVEZ-VOUS DEJA ETE ASSURE ? _____ SI OUI : NOM DE LA COMPAGNIE _____

INDIQUEZ LE MONTANT DE LA PRIME _____ POUR QUELLE GARANTIE _____

AVEZ-VOUS DEJA ETE SINISTRE 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) : _____

-INDIQUER LE NOMBRE DE SINISTRES RESPONSABLE : _____

ET POUR QUEL MONTANT _____

AVEZ-VOUS ETE RESILIE PAR VOTRE PRECEDENT ASSUREUR ? _____

SI OUI : MOTIF _____ DATE DE RESILIATION DU CONTRAT _____

RÉSILIATION SUITE À IMPAYÉ IMPAYÉ RÉGULARISÉ AUTRES MOTIFS

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

RENSEIGNEMENTS SUR LA COPROPRIETE :

ADRESSE : _____

NUMÉRO D'IMMATRICULATION DE LA COPROPRIETE (EXEMPLE : AD286 1 128) :.....

VOIR : [HTTPS://WWW.REGISTRE-COPROPRIETES.GOUV.FR/ANNUAIRE](https://www.registre-coproprietes.gouv.fr/annuaire)

SI PAS DE NUMERO D'IMMATRICULATION MERCI DE JOINDRE LE RÈGLEMENT DE COPROPRIETE INTEGRAL

DATE DE CONSTRUCTION : ____/____/____

BÂTIMENT CLASSÉ MONUMENT HISTORIQUE OUI NON

DÉPENDANCES : OUI, SURFACES : _____ NON

NATURE DE LA CONSTRUCTION :

STRUCTURE INCOMBUSTIBLE (BÉTON, PIERRE, ...) STRUCTURE COMBUSTIBLE

(BOIS, MATIÈRES PLASTIQUES, MATERIAUX ORGANIQUES, ...) AUTRES

(À PRÉCISER) : _____

NOMBRE DE BATIMENTS DISTINCTS DANS LA COPRO : _____

NOMBRE DE CAGES D'ESCALIERS DANS CHQUE BÂTIMENT : _____

NOMBRE D'ÉTAGES DANS L'IMMEUBLE _____

ASCENSEUR : OUI NON - NOMBRE D'ASCENSEURS : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE RISQUE ASSURÉ :

ÉTAGE : _____

PARKING : SOUTERRAIN EXTÉRIEUR BOX

CAVE : OUI NON

NOMBRE DE PIECES : _____

INSERT OU POELE A BOIS OUI, NOMBRE : _____ NON

BALCON TERRASSE OU TOITURE TERRASSE JARDIN PRIVATIF

NON

L'IMMEUBLE EST-IL EQUIPÉ DE GARDES-CORPS : OUI NON

AVEC BALCONNIÈRES : OUI NON

L'IMMEUBLE FAIT-IL L'OBJET D'UN ARRETE DE MISE EN SÉCURITÉ OUI NON DATE : _____

JOINDRE L'ARRÊTE DE MISE EN SÉCURITÉ ET UNE PHOTO RECENTE DE L'IMMEUBLE

EQUIPEMENT DU LOT DE COPROPRIETE

TYPE DE CHAUFFAGE : INDIVIDUEL COLLECTIF

GAZ FUEL ÉLECTRIQUE AUTRE (À PRÉCISER) : _____

CHEMINÉE : OUI NON

RAMONAGE ___ x PAR AN ET DATE DU DERNIER RAMONAGE : _____

INSERT : OUI NON **INSTALLÉ PAR UN PROFESSIONNEL :** OUI NON

AVEZ-VOUS UNE CHAUDIERE INDIVIDUELLE ? OUI NON

SI OUI, DATE DU DERNIER PASSAGE DE L'ENTREPRISE CHARGÉE DE SON ENTRETIEN (JOINDRE L'ATTESTATION REMISE A CET EFFET : _____

TYPE D'APPAREIL DE CUISSON :

GAZ ÉLECTRIQUE AUTRE (À PRÉCISER) : _____

DE QUAND DATE L'INSTALLATION ÉLECTRIQUE : _____ / _____ / _____

AVEZ-VOUS ÉQUIPÉ AMENAGÉ OU MEUBLÉ VOTRE LOT ?

- CUISINES AMENAGÉE EQUIPÉE (FRIGO, CUISINIÈRE, ETC...) ? OUI NON

- SALLE DE BAINS AMENAGÉE EQUIPÉE (MEUBLES ENCASTRÉS, ...) ? OUI NON

- AUTRES ÉQUIPEMENTS, BIEN MOBILIERS ? ... A PRÉCISER : _____

S'AGIT-IL D'UN MEUBLÉ ? OUI NON

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 :