

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)

REPLIR IMPERATIVEMENT TOUS LES DOCUMENTS AU STYLO NOIR

SOCIÉTÉ À 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 LOGÉ À 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

IDENTITÉ DES COLOCATAIRES FIGURANT AU BAIL :

NOM _____ PRÉNOM _____ NOM _____ PRÉNOM _____

NOM _____ PRÉNOM _____ NOM _____ PRÉNOM _____

NOM _____ PRÉNOM _____ NOM _____ PRÉNOM _____

DATE DE MISE EN DEMEURE DU LOCATAIRE DÉFAILLANT : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE LOGEMENT LOUE

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 SINISTRÉ RC (PRÉCISEZ PAR ANNÉE) : _____

- NOMBRE DE SINISTRÉ INCENDIE (PRÉCISEZ PAR ANNÉE) : _____

- NOMBRE DE SINISTRÉ DOMMAGES ÉLECTRIQUES (PRÉCISEZ PAR ANNÉE) : _____

- NOMBRE DE SINISTRÉ VOL (PRÉCISEZ PAR ANNÉE) : _____

- NOMBRE DE SINISTRÉ BRIS DE GLACES (PRÉCISEZ PAR ANNÉE) : _____

- NOMBRE DE SINISTRÉ TGN (PRÉCISEZ PAR ANNÉE) : _____

- NOMBRE DE SINISTRÉ CAT NAT (PRÉCISEZ PAR ANNÉE) : _____

- NOMBRE DE SINISTRÉ 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'ÉCHÉANCE 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)

LE (DATE) _____ SIGNATURE :