

Questionnaire d'assurance

Diagnostic Immobilier

Le questionnaire doit obligatoirement être accompagné des pièces suivantes :

- Copie de l'acte d'immatriculation (Kbis ou autre)
- Copie des certifications
- CV



1. Identification du proposant :

Raison sociale

Nom du dirigeant / Gérant

Adresse de la société

Site web Email

Date de création N° SIREN

Avez-vous une certification ou un label ? OUI NON

Si oui, merci de préciser :

Appartenez-vous à une organisation professionnelle ? OUI NON

Si oui, merci de préciser :

Personnel de la société :

Effectif total : Nombre de Diagnostiqueur :

Pour chaque diagnostiqueur, veuillez nous compléter les informations suivantes et nous fournir les attestations de formations :

Nom / Prénom	Formation (organisme) et durée	Date de la formation	Domaine de compétence	Années d'expérience	Apte (Oui / Non)	Date de fin de validité
				ans		
				ans		
				ans		
				ans		
				ans		
				ans		

2. Chiffre d'affaires (y compris les honoraires) / Répartition Clientèle

Lieux Géographiques	Activités en % du CA
France hors DOM TOM	%
DOM TOM	%
Union Européenne	%
USA / Canada	%
Autres (à préciser)	%

- Quel est le montant moyen de vos prestations ?

3. Activités Exercées

	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	% du CA
Exposition au plomb (CREP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Recherche de plomb avant travaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Diagnostic de risque d'intoxication au plomb dans les peintures (DRIP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Diagnostic gaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Diagnostic monoxyde de Carbone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Diagnostic de performance énergétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Etat de l'installation intérieure de l'électricité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Diagnostic acoustique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Diagnostic de la qualité de l'air intérieur dans les locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Risques naturels et technologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Assainissement autonome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Millièmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Loi Boutin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Etat des lieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Diagnostic Technique SRU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Prêt conventionné : normes d'habitabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Diagnostic sécurité piscine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Diagnostic radon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Diagnostic légionellose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Diagnostic Accessibilité Handicapé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Loi Carrez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Diagnostic amiante avant-vente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Dossier technique amiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Diagnostic termites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Etat parasitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Diagnostic amiante avant travaux/ démolition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Autre(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%

- Les rapports sont ils réalisés et saisis par les techniciens qui effectuent la mission ? OUI NON

Si non, merci de préciser _____

- Le rapport est il signé par le technicien qui effectue la mission ? OUI NON

Si non, merci de préciser _____

- Utilisez-vous un logiciel spécifique d'aide à la rédaction des rapports ? OUI NON

4. Consultants / Sous-traitants

➤ Utilisez-vous les services de Consultants / Sous-traitants ? OUI NON

➤ Quel pourcentage de votre activité est sous-traitée ?

➤ Quelle partie de votre activité est sous-traitée ?

➤ Quels sont vos critères de sélection ?

➤ Effectuez-vous des contrôles des travaux effectués ? OUI NON

➤ Leur imposez-vous de souscrire leur propre contrat de RC professionnelle? OUI NON

Si oui, quelle couverture minimum leur demandez-vous de souscrire ?

➤ Tous les recours sont ils maintenus contre eux et leurs assureurs ? OUI NON

5. Assurance Précédente

➤ Etes-vous actuellement assurés en Responsabilité Civile Professionnelle OUI NON

Si oui, merci de préciser :

Nom de l'Assureur:

Date d'échéance du contrat:

Montant de garantie:

Montant de la franchise:

6. Antécédent sinistre

- Une / des réclamations a/ont-elle(s) été formulée(s) à votre
encontre ou de vos filiales au cours des 6 dernières années OUI NON
- Si oui, merci de préciser

Circonstances	Date	Montant indemnisé
		€
		€
		€
		€
		€

- Avez-vous mis en place des mesures pour éviter le renouvellement
de sinistres de même nature ? OUI NON

Si oui, merci de préciser

- Avez-vous connaissance de circonstance(s), d'erreur(s), ou de
fait(s) susceptible(s) de donner lieu à une/des réclamation(s) à
votre encontre ou a vos filiales OUI NON

Si oui, merci de préciser

7. Votre demande d'assurance

- Date d'effet souhaitée :

Déclarations du souscripteur

Je déclare/nous déclarons par la présente que les déclarations et indications susvisées sont exactes, qu'il n'y a de ma/notre part aucune réticence ou fausse déclaration d'un fait matériel quelconque (ce sous peine de nullité du contrat).

Conformément aux termes de l'article L.113-2 al.2 du Code des Assurances, je conviens/nous convenons que le présent Questionnaire d'assurance, le document "Annexe" complété ainsi que tous justificatifs joints serviront de base à l'établissement d'une éventuelle proposition d'assurance et qu'ils feront ensuite partie intégrante du contrat souscrit en responsabilité civile professionnelle auprès des assureurs du LLOYD'S (souscripteurs du Lloyd's de Londres).

Il est expressément rappelé que toute réticence ou déclaration intentionnellement fausse, toute omission ou déclaration inexacte quant au risque à garantir ou quant à la modification du risque garanti entraîne l'application, suivant les cas, des sanctions prévues par les dispositions des articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des Assurances.

Nom de la personne
ayant qualité pour
engager le souscripteur

Date / lieu

Fait à :

Le :

Informatique et Libertés – traitement des données personnelles : Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données vous concernant en envoyant un courrier à l'assureur.- 1 rue Saint Georges – 75009 PARIS.

