Coordonnées du courtier
Nom: OPTICOURTAGE Sarl Nom: 2 rue d'estienne d'orves 92140 CLAMART CP: 06 59 35 63 96 N° tel: philippe.blanc@opticourtage E-mail: 07037769
2 rue d'estienne d'orves
92140 CLAMART
O6 59 35 63 96
N° tel :
E-mail:07027760
N°ORIAS :

QUESTIONNAIRE ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE PROMOTEURS

1 – RENSEIGNEMENTS GENERAUX Merci de compléter ce document en lettres capitales						
Raison sociale :						
Adresse :						
Code postal : Ville :						
Tél.: Fax: E-mail:						
N° SIRET : Code NAF :						
Forme juridique : Nom du dirigeant :						
Date de création : / / Nombre de salariés :						
Date de clôture de l'exercice comptable : / /						
2 – FICHE D'IDENTITE DE L'ENTREPRISE						
a) <u>Activité de l'entrepr</u>	ise :					
Lotisseur		Promoteur immobil	ier			
Maître d'ouvrage de	délégué 🔲 Autre					
Marchand de biens Précisez :						
b) <u>Historique</u> :						
Veuillez compléter le tableau ci-dessous :						
	Coût de construction total					
	annuel	Frais internes	Ventes de lotissements ou terrains			
Année en cours (N) *	3 4 20		*, *			
N-1		9				
N-2		7				

c) Projets importants:

Veuillez référencer vos 3 chantiers les plus importants avec leur coût de construction dans le tableau ci-dessous :

Nom du projet	Type de co	nstruction	Coût de constructi	on du projet en €
	2 × 2	4		
	(
3 – A PROPOS DE VOTRE ACTIVITE				
Les entrepreneurs ou intervenants extér entreprendre les travaux pour lesquels il Oui Non				
Avez-vous fait l'objet de mise en cause p années (entreprises et projets préalables Oui Non		écurité, protection e	t/ou santé au cours d	es 10 dernières
Qui a habituellement la responsabilité de	e la mission SPS sur	les sites sur lesquels	vous intervenez ? :	
Veuillez indiquer le coût de construction	du plus gros chantie	er anticipé pour l'anr	ée à venir ? :	
4 – ANTECEDENTS				
Veuillez compléter les questions ci-desso	us uniquement si v	otre société a été cr	éée depuis plus d'un a	an et/ou déjà assur
Etes-vous, ou avez-vous été dans une de	ces situations ?			
Redressement judiciaire ? Sans assurance depuis plus d'un an ? Résilié pour sinistre ? Résilié pour non-paiement ?	Oui Non	Si oui, date du redr	essement judiciaire :	1 1
Le souscripteur est-il assuré ? :	☐ Non			
Si oui :		The state of the s	2	
Nom de la compagnie d'assurance : Numéro de contrat :				
Date d'effet du contrat :				

Pour quel motif le contrat d'assurance doit-il prendre, ou a-t-il pris fin :							
on): 🔲 Oui 🔲 Non							
Si oui, précisez :							
La Compagnie d'assurances se retire du secteur : Oui Non							
Suite à un sinistre (ou déclaration d'un sinistre) :							
similaires à celles de cette proposition ? urs de travaux) :							
ous:							
Montant estimé Montant réglé Clôturé oui/non							
x questions ci-dessus, qui serviront de base au éclarations intentionnelles, omissions ou							
elon le cas, les sanctions prévues par les articles L113- elle de l'indemnité).							
Fait à : Le :							
Signature du proposant Faire précéder la signature de la mention manuscrite « lu et approuvé »							

Les informations contenues dans ce document sont destinées aux propres fichiers de la Société et éventuellement à ceux d'organismes professionnels de l'assurance. Vous avez la possibilité de demander la communication des renseignements vous concernant contenus dans ce questionnaire et, le cas échéant, de les faire rectifier dans les conditions prévues par la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.