



## ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE ARCHITECTE

Nom ou Raison Sociale : .....

Numéro SIREN : .....

Date de création : .....

Nom du Dirigeant ou Responsable Assurance : .....

Tél. : .....

E-mail : .....

Adresse : .....

Code Postal : .....

Ville : .....

Possédez-vous un label et/ou une certification ?  oui  non

Si oui, merci de préciser (et de joindre une copie) : .....

Appartenez-vous à une organisation professionnelle ?  oui  non

Si oui, merci de préciser : .....

■ Effectif total : ..... dont .....responsables  
.....personnels qualifiés techniques

■ Diplômes des principaux responsables (joindre un curriculum vitae) :

Nom	Diplômes et année d'obtention	Expériences dans la spécialité

### Éléments chiffrés

■ Votre chiffre d'affaires (montant des honoraires) :

Année	En France	Hors France
Exercice en cours (prévisionnel)		
N-1		
N-2		

## Missions exercées

Désignation des Missions	X	Ventilation en % du CA
Mission complète et/ou partielle de maîtrise d'oeuvre (conception, direction, contrôle général et réalisation)		
Ordonnancement, Pilotage et Coordination de travaux (O.P.C.)		
Technicien de l'économie de la construction (mètreur vérificateur)		
Assistance à Maître d'ouvrage		
Mission d'architecte ou d'agréé en architecture inscrit au tableau de l'ordre de : ..... depuis le : ..... sous le n° : .....		
Mission limitée au simple dépôt de permis de construire		
Bureau d'études techniques - spécialité (préciser) :		
Autres missions à préciser :		

## Nature des Ouvrages sur lesquels portent les missions

Ouvrages	Public	Privé
Immeuble collectif Habitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maisons individuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immeuble de Bureaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bâtiments à usage commercial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bâtiments industriels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bâtiments agricoles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouvrages de Génie Civil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hôpitaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Valeur totale des immeubles sur lesquels ont porté vos études durant l'exercice précédent :

.....

Valeur, description et honoraires perçus au titre des 5 ouvrages de bâtiment les plus importants sur lesquels ont porté vos missions au cours des 5 dernières années :

.....

.....

Valeur, description et honoraires perçus au titre des 5 ouvrages de génie civil les plus importants sur lesquels ont porté vos missions au cours des 5 dernières années :

.....

.....

.....

Principaux clients : .....  
.....

Travaillez-vous à partir de bureaux situés hors de France ?  oui  non

Acceptez-vous contractuellement la compétence de juridictions autres que françaises ?  
 oui  non

Etes-vous la filiale d'un groupe ou lié à une holding ?  oui  non

Son nom : .....

## ANTÉCÉDENTS DU RISQUE – EXPÉRIENCE

■ Etes-vous, ou avez-vous été assuré sans interruption pour le même risque ?  
 oui  non

- Par quel type de contrat ?      Responsabilité décennale       Responsabilité civile

- Quel est le nom de votre assureur et le n° du contrat ? .....

- Quel est le nom de votre courtier ? .....

- Le contrat est-il ?      en cours       résilié pour le .....

- En cas de résiliation, le contrat est-il résilié :      par l'assuré       par l'assureur

- Motif de la résiliation ? .....

■ Avez-vous eu des sinistres déclarés à votre assureur, indemnisés ou non, mettant en cause votre responsabilité RC et/ou décennale ?  oui  non

N'oubliez pas de joindre votre relevé d'information qui est à demander à votre Assureur.

### Déclaration et signature :

Je soussigné(e) ..... déclare qu'à ma connaissance, tous les renseignements donnés, que le questionnaire ait été rempli de ma main ou de celle de mon mandataire, sont exacts. Je reconnais être informé(e) de l'obligation de sincérité des réponses au présent questionnaire et des conséquences qui résulteraient d'une omission ou d'une fausse déclaration, à savoir la nullité du contrat (article L 113-8 du Code des Assurances) ou la réduction des indemnités (article L 133-9 du Code des Assurances). En signant cette déclaration, je ne suis pas tenu(e) d'accepter les termes de la proposition d'assurance faite par les assureurs, mais dans le cas où un contrat serait accepté, les déclarations faites dans ce questionnaire feront partie intégrante du contrat et lui serviront de base.

Fait à ..... le .....  
Signature :