



ASSURANCE PISCINISTE

Nom ou Raison Sociale :

Numéro SIREN :

Date de création :

Nom du Dirigeant ou Responsable Assurance :

Tél. : E-mail :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Site internet :

Situation du risque (si différent de ci-dessus) :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Date de construction du bâtiment :

■ Chiffres :

CA prévisionnel	€	CA n-1	€	CA n-2	€
Marge brute	%	Marge brute n-1	%	Marge brute n-2	%
CA négoce	€		% du CA négoce sur CA TOTAL		%
CA entretien service	€		% du CA entretien et service sur CA TOTAL		%

Nombre de salariés : Masse salariale : €

NATURE DE L'ACTIVITE	% du CA	% du CA sous-traité	Qualifications
Structure Maçonnerie			
Structure Métal			
Structure Plastique			
Structure Préfabriqué			
Structure Préfabriqué en dur à revêtement polyester stratifié			
Structure Préfabriqué en polyester stratifié			
Structure Préfabriqué en aluminium			
Liniers			

Hauteur maximum des ouvrages réalisés :

Surface maximum par chantier des ouvrages réalisés : (y compris sous-traitant)

L'assuré déclare :

- ne pas exercer l'activité de constructeur de maisons individuelles
- ne pas réaliser des travaux de technique non courante
- ne pas intervenir sur des monuments historiques
- les produits mis en oeuvre font l'objet d'avis technique

L'entreprise justifie :

D'un avis technique rendu par le CSTB	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
D'une certification à jour délivrée par Qualibat	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
D'une qualification à jour délivrée par Qualibat	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
D'une adhésion à la FPP depuis 3 ans	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Pour les entreprises adhérentes à la FPP, joindre une copie de l'attestation d'adhésion.

Vos sous-traitants :

Possèdent-ils des qualifications Qualibat ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Sont-ils assurés en Responsabilité Décennale ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Faites-vous toujours appel aux mêmes ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Vos bâtiments :

Pour votre bâtiment, vous êtes : Propriétaire Copropriétaire Locataire Autre

Si vous êtes locataire, avez-vous renoncé à un recours ? oui non

Pour votre fond de commerce, vous êtes : Propriétaire Gérant Autre

Estimation de la valeur à neuf de reconstruction ou de remplacement par le propriétaire et/ou l'exploitant :

Bâtiments : €

Embellissement / aménagements : €

Matériels et mobiliers professionnels : €

Marchandises et produits : €

Effets de la clientèle : €

Mobilier et effets personnels : €

Perte d'exploitation marge brute : €

Valeur vénale : €

TOTAL DOMMAGE POTENTIEL AUX BIENS : €

Surface développée des bâtiments : m²
dont surface des combles, sous-sols, greniers non aménagés : m²
dont surface à usage privé : m²
Adresse :

Nature de la construction :

matériaux des murs :

matériaux de la toiture :

Prévention - Protection :

Alarme :..... Nom de l'utilisateur : N° APSAD :

Certificat de conformité : oui non

Télésurveillance : oui non Contrat entretien en cours : oui non

Coffre-fort : oui non Si oui, marque :

Protection incendie, vérifiée annuellement ?

Electricité oui non

Extincteurs oui non

RIA oui non

Installation détection automatique d'incendie avec alarme asservie et contrat d'entretien
 oui non

ANTÉCÉDENTS DU RISQUE - ANCIENNETÉ - 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 n° du contrat ?

- Quel est le nom de votre courtier ?

- Quelle est la date d'échéance de votre contrat ?

- 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 Civile ? oui non

Si oui, Joindre votre relevé d'information qui est à demander à votre Assureur.

Des mesures ont-elles été prises pour éviter le renouvellement de sinistres de même nature que ceux déjà survenus ?

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 :