

**Siège Social**

**106 Impasse des Sarcelles**

**62155 - MERLIMONT**

🕾 : 03.21.94.23.66 - 06 12 47 22 12

🖷 : 03.21.89.82.02

🖱: assurbat@orange.fr

www.assur-bat.fr

**QUESTIONNAIRE ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE ET DECENNALE DES ARCHITECTES, MAITRE D’ŒUVRE, BET et INGENIEURS CONSEILS**

Nom de l’entreprise à assurer :

Numéro de Siret : Date de création :

Nom et prénom du gérant :

Adresse de l’entreprise :

Code postal : Ville :

Tél. : Fax : E-mail :

Effectif total (y compris personnel administratif) Dont ingénieurs / architectes

CA (ou revenu) annuel de l’année dernière:

**1 – VOTRE PROFESSION**

EN POURCENTAGE DE VOTRE CHIFFRE D’AFFAIRE

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Architecte ou agrée | % | Maitre d’œuvre TCE | % | Paysagiste | % |
| Bureau d’étude ou Ingénieur Conseil | % | Economiste de la Construction | % | Architecte d’intérieur | % |
| Expert diagnostic | % | OPC TCE | % | Contrôleur technique | % |
| SPS | % | Maître d’Ouvrage délégué | % | Topographe / Métreur | % |
| Assistant Maître d’œuvre | % | Assistant Maitre d’Ouvrage | % |  |  |

**2 – LES MISSIONS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Catégorie | Missions élémentaires  partielles ou complètes | Abréviations | Honoraires |
| 1 | Mission Permis de Construire | **ASQ + AVP + EXP** | € |
| 2 | Mission Conception | **ESQ + AVP + PRO** | € |
| 3 | Mission Exécution | **ACT + VISA + DET + AOR** | € |
| Mission standard ou complète | **Conception + Exécution** |
| Notes de calculs et plans d’exécution | **EXE** | € |
| 4 | Autres missions (décrire) |  | € |

**3 – TYPE D’OUVRAGE CONCERNÉ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Type | Public | Privé |
| **Bâtiment de bureaux** | % | % |
| **Bâtiment commerciaux** | % | % |
| **Immeuble d’habitation** | % | % |
| **Maisons individuelles** | % | % |
| **Maisons en bois ou ossature bois** | % | % |

**4 – ANTECEDENTS**

Le souscripteur est-il assuré pour le même risque ? : Oui Non

**SI OUI**

Sinistres déclarés ? [ ] Oui [ ] Non

Nom de la compagnie d'assurance :

Numéro de contrat :

Date de fin du contrat :

Le risque a-t-il fait l'objet d'une résiliation ? : [ ] Oui [ ] A votre initiative

[ ] A l’initiative de la compagnie d’assurance

Motif :

[ ] Non

Votre conseiller

Fait à le

Signature et Cachet du Proposant

*Faire précéder la signature de la mention « 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.