

MAITRE D'OEUVRE ET BET

DEMANDE D'ASSURANCE

L'attention du demandeur est attirée sur l'intérêt qu'il a à remplir le présent document de façon complète et précise ; ses déclarations sont en effet destinées à renseigner l'assureur sur l'activité à garantir et serviront de base au contrat.

I - IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Veuillez nous indiquer :

- Vos nom et prénom ou la raison sociale de votre société : _____
- Sigle commercial _____
- Votre adresse ou celle du siège social de votre société :
 N° rue _____
 Code postal |__|_|_|_|_| Ville _____
 N° de téléphone |__|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| N° de portable |__|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
 E-mail _____ N° de télécopie |__|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
- Sa date de création |__|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
- Le numéro SIREN |__|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |__|_|_|_|_| le code NAF |__|_|_|_|_|_|_|_|_|
- Le numéro d'inscription au registre du commerce _____
- Si votre société a des filiales ? OUI NON
Si oui, veuillez joindre à la présente demande la liste de vos filiales (nom et adresse) avec mention de leur activité et de leur chiffre d'affaires. Si vous souhaitez que nous étudions une offre d'assurance pour certaines de vos filiales, il convient de remplir une «demande d'assurance» analogue à la présente pour chaque filiale concernée.
- Si elle est filiale d'une autre société ? OUI NON
 Dans l'affirmative, veuillez nous indiquer ses nom et adresse _____

II - HONORAIRES

Montant total HT des **honoraires facturés(*)** au titre de vos activités pour les 5 derniers exercices (**)

	Année N-5	Année N-4	Année N-3	Année N-2	Année N-1
Montant des honoraires HT facturés					
dont honoraires sous-traités					

(*) Par **honoraires HT facturés**, nous entendons la totalité des honoraires facturés (perçus ou non) pendant la période considérée, y compris ceux rétrocédés à vos sous-traitants, tels qu'ils figurent sur les déclarations adressées à l'Administration fiscale pour le calcul de la TVA, auxquels il convient d'ajouter, le cas échéant, les honoraires qui auraient été réglés directement à vos sous-traitants par les maîtres de l'ouvrage.

(**) Si la date de création de votre cabinet ou de votre société est récente, veuillez indiquer ci-dessus le montant prévisionnel de ces honoraires.

III - DÉCLARATION DES MISSIONS À ASSURER

- Détenez-vous des qualifications professionnelles ? OUI NON

Si OUI, lesquelles ?

OPQIBI

OPQTECC

CFAI

Autres (à préciser) : _____

Merci de nous transmettre une copie des certifications en cours.

- Précisez les missions suivantes que vous réalisez :

	MISSIONS *	Nombre d'années d'expérience	Montant total HT des honoraires facturés du dernier exercice
<input type="checkbox"/>	Maîtrise d'œuvre de conception et de réalisation		
<input type="checkbox"/>	Maîtrise d'œuvre limitée à l'exécution		
<input type="checkbox"/>	Maîtrise d'œuvre et coordination de système de sécurité incendie (SSI)		
<input type="checkbox"/>	Maîtrise d'œuvre amiante		
<input type="checkbox"/>	Ordonnancement, pilotage et coordination de chantier (OPC)		
<input type="checkbox"/>	Architecture d'intérieur avec intervention sur la structure de la construction		
<input type="checkbox"/>	Architecture d'intérieur sans intervention sur la structure de la construction		
<input type="checkbox"/>	Assistance à maîtrise d'ouvrage (AMO)		
<input type="checkbox"/>	Attestation de prise en compte de la réglementation acoustique		
<input type="checkbox"/>	Attestation de prise en compte de la réglementation thermique		
<input type="checkbox"/>	Coordination sécurité et protection de la santé (SPS)		
Diagnostics			
<input type="checkbox"/>	• accessibilité		
<input type="checkbox"/>	• amiante		
<input type="checkbox"/>	• assainissement non collectif		
<input type="checkbox"/>	• constat de risque d'exposition au plomb (CREP)		
<input type="checkbox"/>	• contrôle ascenseurs		
<input type="checkbox"/>	• décence des logements		
<input type="checkbox"/>	• déchets		
<input type="checkbox"/>	• état des installations intérieures de gaz		
<input type="checkbox"/>	• état des risques naturels et technologiques		
<input type="checkbox"/>	• état parasitaire (champignons)		
<input type="checkbox"/>	• état termites		
<input type="checkbox"/>	• expertise ascenseurs		
<input type="checkbox"/>	• installations intérieures d'électricité		
<input type="checkbox"/>	• légionnelle		
<input type="checkbox"/>	• loi SRU		
<input type="checkbox"/>	• performance énergétique (DPE)		
<input type="checkbox"/>	• prêts aidés (ou état des lieux de conformité aux normes minimales de surface et d'habitabilité)		
<input type="checkbox"/>	• radon		
<input type="checkbox"/>	Économie de la construction		
<input type="checkbox"/>	Économie de la construction avec direction des travaux		
<input type="checkbox"/>	Économie de la construction avec maîtrise d'œuvre totale		
Études techniques spécialisées :			
<input type="checkbox"/>	• électricité		
<input type="checkbox"/>	• fluides, CVCD, électricité, plomberie, génie climatique		

<input type="checkbox"/>	• isolation acoustique		
<input type="checkbox"/>	• structure, clos, couvert		
<input type="checkbox"/>	• VRD, terrassement		
<input type="checkbox"/>	• VRD, terrassement, paysagiste		

<input type="checkbox"/>	Expertise amiable et/ou arbitrage		
<input type="checkbox"/>	Expertise et conseil en rénovation énergétique		
<input type="checkbox"/>	Expertise judiciaire		

<input type="checkbox"/>	Métré vérification		
<input type="checkbox"/>	Mission de méthode		
<input type="checkbox"/>	Mission de programmation		
<input type="checkbox"/>	Mission de synthèse		
<input type="checkbox"/>	Relevé de mesures Loi Carrez		
<input type="checkbox"/>	Test de perméabilité à l'air de l'enveloppe (Infiltrométrie)		
<input type="checkbox"/>	Topographie		
<input type="checkbox"/>	Activités annexes - Formation - Pratique du droit à titre accessoire		
<input type="checkbox"/>	Autres (à préciser) :		

Nous vous rappelons que les missions non déclarées ne sont pas assurées.

IV – STRUCTURE ET MOYENS INTERNES

Votre effectif total : _____

Renseignez dans le tableau ci-dessous les seuls responsables techniques faisant partie de votre effectif :

NOM Prénom	Fonction	Diplômes* (en adaptation avec la mission exercée)

V - DÉMARCHES QUALITÉ

- Avez-vous engagé une démarche « qualité » ? OUI NON
- Si OUI, nature de la démarche : *(Joindre la dernière attestation de renouvellement)*
 - ISO 9001
 - NF THERMIQUE
 - Autre démarche qualité : (préciser) _____

VI - QUESTIONS COMPLÉMENTAIRES

Exercez-vous une activité liée au domaine de l'environnement (ex. identification des risques des installations classées, études d'impact sur l'environnement, contrôle de produits polluants, conception et/ou réalisation de dispositifs de réduction d'émissions polluantes...) OUI NON

• **Vous déclarez ne pas intervenir sur les ouvrages suivants :**

- Ouvrages réalisés sur ou sous l'eau
- Corps de chaussées, revêtements et ouvrages accessoires de plates-formes portuaires
- Phares côtiers (sauf ceux construits sur la terre ferme)
- Chemins de grues ou portiques
- Élévateur de navires
- Métros (à l'exception de la station de métro)
- Infrastructures ferroviaires souterraines (à l'exception des gares)
- Centres d'enfouissement technique (CET)
- Installations de recyclage, centres de tri, de regroupement et de dépôt pour les matériaux re-valorisables
- Ouvrages de rejet ainsi que leurs équipements hydrauliques, thermiques, électriques, d'automatisme, de télécommande, de télé-indication
- Réseaux de vapeur d'eau ou d'eau surchauffée
- Réseaux d'air comprimé
- Pipe-lines (oléoducs)
- Centrales hydrauliques, solaires
- Éoliennes
- Ouvrages de prise et rejet d'eau (émissaires)
- Installations de géothermie
- Ouvrages de stockage d'eau : barrages, retenues
- Réseaux de chaleur, réseaux de chauffage urbain, réseaux industriels en général
- Portes d'écluse, ponts levants

À défaut, indiquer le type d'ouvrages sur lequel vous intervenez (étude spécifique indispensable) :

.....

VII - VOS ANTÉCÉDENTS

• Avez-vous déjà été assuré pour les mêmes risques ? OUI NON

Nom et adresse du précédent assureur	
Numéro de contrat	
Date d'effet	
Date de résiliation	
Motif de résiliation	
Si votre contrat n'est pas encore résilié, veuillez indiquer la date de sa prochaine échéance :	

- Avez-vous été l'objet, au cours des cinq dernières années, de mises en cause au titre de votre responsabilité professionnelle ? OUI NON
Si **OUI**, complétez ci-dessous :

Année de réclamation	Nature des dommages (+ préciser responsabilité civile/décennale/dommages environnementaux)	Montant	Pourcentage de responsabilité

- Avez-vous connaissance actuellement de faits litigieux susceptibles d'engager votre responsabilité professionnelle ? OUI NON

Si **OUI**, lesquels : _____

- Avez-vous fait l'objet d'une procédure collective au cours des cinq dernières années (sauvegarde, redressement judiciaire) ? OUI NON

Si **OUI**, de quelle nature ? _____

VIII- TERRITORIALITÉ

- Exercez-vous des prestations professionnelles en Allemagne Belgique, Luxembourg, Italie, Espagne, Suisse, principauté d'Andorre et de Monaco? OUI NON

Si **OUI**, précisez lesquels : _____

IX - PRISE D'EFFET DE VOTRE CONTRAT

- Vous voulez que votre contrat prenne effet à la date du : _____ à 0 heure.

Vous déclarez sincères et à votre connaissance, exacts, les renseignements fournis ci-dessus et certifiez qu'ils ne comportent aucune restriction de nature à nous induire en erreur dans l'appréciation du risque proposé.

Vous acceptez, en conséquence, que le présent questionnaire de déclaration de risque serve de base au contrat que vous désirez souscrire et en fasse partie intégrante.

Vous reconnaissez avoir été informé que :

- **toute modification, en cours de contrat, des renseignements indiqués dans le présent document, constitutive d'une aggravation de risque, permet à l'assureur de dénoncer le contrat ou de proposer un nouveau montant de prime, conformément à l'article L.113-4 du code des assurances ;**
- **toute réticence, fausse déclaration ou inexactitude dans les réponses aux questions qui précèdent, entraîne les sanctions prévues aux articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités ou résiliation du contrat) du Code des assurances ;**
- **vous pouvez nous demander communication et rectification de toute information vous concernant, qui figurerait sur tout fichier à usage de la Société. Ce droit, prévu par la loi du 6 janvier 1978, peut être exercé auprès du service clientèle de la compagnie.**

Fait à : _____, le _____

Le demandeur (cachet et signature)

Formulaire à retourner à l'adresse e-mail suivante : contact@axston.fr

DOCUMENTS À JOINDRE

Pour obtenir une simple cotation:

Renseigner complètement le questionnaire et nous fournir si possible une copie de vos conditions actuelles.

Pour émettre le contrat

- Relevé de sinistralité des précédents assureurs sur les 5 dernières années
- Extrait Kbis
- Copie de la demande d'inscription à l'ordre des architectes (si création)
- Copie des CV et diplômes obtenus