

PROPOSANT (ADMINISTRATEUR DE BIENS)

Forme juridique : Nom propre SARL EURL Autre (préciser) : _____

Raison sociale : _____

Dirigeant : _____

Adresse : _____ CP / ville : _____

Tel : _____ Fax : _____

Activité : _____ Date de Création : _____ Code SIREN _____

Date de création de l'activité de gestion : ____/____/____

Carte de gestion N° : _____ (joindre une copie) Délivrée le : ____/____/____

■ Êtes-vous affilié à une chambre professionnelle : oui non Si oui, laquelle ? _____

■ Nom de votre organisme de garantie pour l'activité gestion : _____

■ Montant de la garantie : _____

■ Quel logiciel informatique utilisez-vous pour la gestion ? _____

■ Comment entendez-vous proposer l'assurance « Garantie Loyers Impayés » ? :

A/ pour les lots déjà en gestion :

• par mailing auprès des propriétaires oui non

B/ pour les nouvelles gérances :

• en inclusion « systématique » dans le mandat de gestion oui non

• en proposition « systématique » dans le mandat de gestion oui non

■ Avez-vous un correspondant huissier habituel ? oui non

Quelles sont ses coordonnées ? : _____

■ Avez-vous un correspondant avocat habituel ? oui non

Quelles sont ses coordonnées ? : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LES LOTS D'HABITATION et/ou MIXTES GERES

Types de lots	Nombre de lots	Quittancement annuel	Montant du loyer mensuel le + élevé
Lots d'habitation et/ou mixtes gérés			
Lots d'habitation déjà assurés			

SINISTRALITE SUR L'ENSEMBLE DU PORTEFEUILLE au cours des 24 DERNIERS MOIS

Joindre **obligatoirement** la statistique détaillée de chaque contrat, émanant du précédent assureur.

Cette statistique devra porter sur les 24 derniers mois + l'exercice en cours, établie depuis moins de 3 mois.

VOS ASSURANCES ACTUELLES

■ Avez-vous déjà souscrit un contrat d'assurance Loyers Impayés ?		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Nom de la compagnie : _____		Nom du courtier /Agent : _____	
Date d'effet : ____/____/____	Date d'échéance : ____/____	Prime annuelle TTC : _____	
Nombre de lots assurés : _____	Montant du quittance annuel des lots assurés : _____		
Ce contrat est-il résilié ?		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui à quelle date : ____/____/____		Pour quel motif ? : _____	
■ Avez-vous déjà souscrit un contrat d'assurance Vacance Locative ?		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Nom de la compagnie : _____		Nom du courtier /Agent : _____	
Date d'effet : ____/____/____	Date d'échéance : ____/____	Prime annuelle TTC : _____	
Nombre de mois de garantie : _____	Franchise par sinistre : _____		
Nombre de lots assurés : _____	Montant du quittance annuel des lots assurés : _____		
Ce contrat est-il résilié ?		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui à quelle date : ____/____/____		Pour quel motif ? : _____	

GARANTIES SOUHAITEES (Contrat annuel avec tacite reconduction) (* Ces options ne sont pas cumulables)

<input type="checkbox"/> Garantie principale Loyers Impayés et Contentieux Locatif <input type="checkbox"/> Option Protection Juridique <input type="checkbox"/> Option Dégradations immobilières <input type="checkbox"/> Option Inoccupation (*) <input type="checkbox"/> Option vacance Locative (*)	
Date d'effet souhaitée : ____/____/____	Échéance souhaitée : ____/____
Fractionnement : Trimestriel	
Mode de paiement :	<input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Virement

Les informations fournies sur le présent questionnaire serviront de base à l'étude permettant de déterminer l'offre de garantie et de tarification. Au terme d'un délai de deux mois au-delà de la présentation de cette offre, les données renseignées seront considérées comme caduques.

Le proposant certifie que les réponses faites aux questions qui précèdent et le contenu des documents joints, sont exacts sachant qu'en cas de réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte, il s'expose aux sanctions prévues par les articles L.113-8 et L.113-9 du Code des Assurances.

Les données à caractère personnel recueillies par l'Assureur, responsable du traitement, sont nécessaires à l'appréciation du risque, la gestion du contrat éventuellement souscrit ainsi que la prospection commerciale. Elles pourront être transmises à ses partenaires aux mêmes fins. Vous disposez d'un droit d'opposition, d'accès et de rectification auprès de la Direction générale de l'Assureur à l'adresse de son siège social.

Fait en un exemplaire à _____

Le _____

Cachet du courtier

Nom / prénom et fonction du signataire

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :

Cachet de l'entreprise (administrateur de biens)