

QUESTIONNAIRE RC LOCATAIRE

(ARTICLE L 215-1 DU CODE DES ASSURANCES)

LE PRÉSENT DOCUMENT S'APPLIQUE AUX LOCATIONS DE LOCAUX À USAGE « D'HABITATION » OU À USAGE MIXTE « PROFESSIONNEL ET D'HABITATION », AU SENS DE L'ARTICLE 2 DE LA LOI 89-462 DU 6 JUILLET 1989

[HTTPS://WWW.LEGIFRANCE.GOUV.FR/AFFICHTEXTEARTICLE.DO?CIDTEXTE=JORFTEXT00000509310&IDARTICLE=LEGIARTI000006475019&DATETEXTE=&CATEGORIELIEN=CID](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?cidTexte=JORFTEXT00000509310&idArticle=LEGIARTI000006475019&dateTexte=&categorieLien=cid)

REmplir IMPERATIVEMENT TOUS LES DOCUMENTS AU STYLO NOIR

SOCIETE A SOLLICITER : _____
DECLARATION CONCERNANT LE SOUSCRIPTEUR LOCATAIRE :

NOM : _____ PRENOM : _____

N°TEL : _____ ADRESSE MAIL : _____

ADRESSE : _____

EXERCEZ-VOUS (OU UN AUTRE OCCUPANT) UNE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE À DOMICILE ? OUI NON NATURE : _____

NOMBRE TOTAL DE PERSONNES VIVANT DANS LE LOGEMENT :

ADULTES _____ ENFANTS _____

S'AGIT-IL D'UNE COLOCATION ? OUI NON NOMBRE DE COLOCATAIRES : _____

DATE DE PRISE D'EFFET DU BAIL : _____

S'AGIT-IL D'UNE SOUS-LOCATION ? OUI NON

L'OCCUPANT EST-IL LOGE A TITRE GRATUIT ? OUI NON

DECLARATION CONCERNANT LE SOUSCRIPTEUR BAILLEUR

NOM : _____ PRENOM : _____

N°TEL : _____ ADRESSE MAIL : _____

ADRESSE : _____

PROFESSION DU LOCATAIRE _____

LE LOCATAIRE (OU UN AUTRE OCCUPANT) EXERCE UNE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE À DOMICILE ? OUI NON NATURE : _____

NOMBRE DE PERSONNES VIVANTS GRATUITEMENT DANS LE LOGEMENT :

ADULTES _____ ENFANTS _____

S'AGIT-IL D'UNE COLOCATION ? OUI NON

IDENTITE DES COLOCATAIRES FIGURANT AU BAIL :

NOM _____ PRÉNOM _____ NOM _____ PRÉNOM _____

NOM _____ PRÉNOM _____ NOM _____ PRÉNOM _____

NOM _____ PRÉNOM _____ NOM _____ PRÉNOM _____

DATE DE MISE EN DEMEURE DU LOCATAIRE DEFAILLANT : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE LOGEMENT LOUE

ADRESSE _____

MAISON OU APPARTEMENT SURFACE HABITABLE _____

CHALET/MAISON EN BOIS À CÔTÉ DE MAISON APPARTEMENT

RÉSIDENCE PRINCIPALE RÉSIDENCE SECONDAIRE

NOMBRE DE PIÈCES _____ A QUEL ÉTAGE HABITEZ VOUS : _____

VÉRANDA, VERRIÈRE, BALCON OU TERRASSE FERMÉ : OUI NON

PISCINE PRIVATIVE OUI NON

DÉPENDANCES (CAVE, GARAGE, REMISE...) OUI NON SURFACE TOTALE _____

LOCATION MEUBLÉE VIDE NOMBRE D'ÉTAGES DANS L'IMMEUBLE _____

L'IMMEUBLE EST-IL CLASSÉ MONUMENT HISTORIQUE ? OUI NON

MONTANT DE VOTRE LOYER (HORS CHARGES) : _____

JOINDRE UNE QUITTANCE

ASSURANCE

AVEZ-VOUS DÉJÀ ÊTÉ ASSURÉ ? _____ SI OUI : NOM DE LA COMPAGNIE _____

INDIQUEZ LE MONTANT DE LA PRIME _____ POUR QUELLE GARANTIE _____

AVEZ-VOUS DÉJÀ ÊTÉ SINISTRÉ AU COURS DES 36 DERNIERS MOIS ? _____ SI OUI :

- NOMBRE DE SINISTRÉ RC : _____

- NOMBRE DE SINISTRÉ INCENDIE : _____

- NOMBRE DE SINISTRÉ DOMMAGES ÉLECTRIQUES : _____

- NOMBRE DE SINISTRÉ VOL : _____

- NOMBRE DE SINISTRÉ BRIS DE GLACES : _____

- NOMBRE DE SINISTRÉ TGN : _____

- NOMBRE DE SINISTRÉ CAT NAT : _____

- NOMBRE DE SINISTRÉ DÉGÂT DES EAUX : _____

ET POUR QUEL MONTANT _____

AVEZ-VOUS ÊTÉ RESILIÉ PAR VOTRE PRÉCÉDENT ASSUREUR ? _____

SI OUI : MOTIF _____ DATE DE RESILIATION DU CONTRAT : _____

RÉSILIATION SUITE À IMPAYÉ IMPAYÉ RÉGULARISÉ AUTRES MOTIFS

JOINDRE VOTRE DERNIER AVIS D'ÉCHÉANCE

TYPE DE CHAUFFAGE ET COMBUSTIBLES

AVEZ-VOUS UNE CHEMINEE

OUI NON

RAMONAGE ___ x PAR AN ET DATE DU DERNIER RAMONAGE : _____

CHEMINÉE À FOYER OUVERT

OUI NON

INSERT OU POELE A BOIS :

OUI NON

SI OUI, INSTALLE PAR UN PROFESSIONNEL :

OUI NON

ETES VOUS CHAUFFE AU GAZ OU VOTRE CUISINE EST ELLE EQUIPEE EN GAZ

OUI NON

AVEZ-VOUS UNE CHAUDIERE INDIVIDUELLE OUI NON

SI OUI, DATE DU DERNIER PASSAGE DE L'ENTREPRISE CHARGEE DE SON ENTRETIEN
(JOINDRE L'ATTESTATION REMISE A CET EFFET : _____

ETES VOUS CHAUFFE A L'ELECTRICITE OUI NON

AUTRE COMBUSTIBLE, VEUILLEZ PRÉCISER _____

PARIS, LE (DATE) _____ SIGNATURE :