



# DEMANDE DE DEVIS

## QUESTIONNAIRE CONTRAT MULTIRISQUES HABITATION

### A envoyer à

Groupe FLOVAL  
32 RUE DES FOLLES PENSEES 62380 BLEQUIN  
FAX 03 21 93 11 97  
Mail : assurances@floval.eu  
TEL : 09 71 30 95 50 / 06 80 41 34 39  
Orias n° 09 051 968 www.orias.fr – Siret 513 837 229 00022 Ape 6622Z  
Sous le contrôle de l'ACP, Autorité de Contrôle Prudentiel 61 rue Taitbout 75436 Paris Cedex 9

NOM :	PRENOM :	
ADRESSE :		
CODE POSTAL :	VILLE :	
ADRESSE DE LA MAISON SI DIFFERENTE :		
CODE POSTAL :	VILLE :	
TEL :	FAX :	PORTABLE :
E-MAIL :	@	

<b>PRECISIONS</b>	DATE D'EFFET :
<input type="checkbox"/> MAISON <input type="checkbox"/> APPARTEMENT	
<input type="checkbox"/> RDC <input type="checkbox"/> INTERMEDIAIRE <input type="checkbox"/> DERNIER	
<input type="checkbox"/> PROPRIETAIRE <input type="checkbox"/> LOCATAIRE	
<input type="checkbox"/> RESIDENCE PRINCIPALE <input type="checkbox"/> RESIDENCE SECONDAIRE <input type="checkbox"/> PNO	
<input type="checkbox"/> PRESENCE D'UNE PISCINE <input type="checkbox"/> PRESENCE D'UN INSERT	
<input type="checkbox"/> PRESENCE D'UN DETECTEUR DE FUMEE	
<input type="checkbox"/> ALARME RELIEE SECURITAS <input type="checkbox"/> ALARME NON RELIEE <input type="checkbox"/> SANS ALARME	
ANNEE DE CONSTRUCTION :	
<input type="checkbox"/> INCONNUE <input type="checkbox"/> MOINS DE 1 AN <input type="checkbox"/> MOINS DE 10 ANS <input type="checkbox"/> APRES 1988 <input type="checkbox"/> AVANT 1960	
<input type="checkbox"/> TOIT DE CHAUME OU SHINGLE	
ETES VOUS ABSENT PLUS DE 90 JOURS PAR AN ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

<b><u>NOMBRE DE PIECES PRINCIPALES :</u></b>	<b>OU SUFACE HABITALE TOTALE :</b>	<b>M<sup>2</sup></b>
__ SALLE A MANGER (SUPERFICIE : __M <sup>2</sup> )	__ SALON (SI PIECE DIFFERENTE DE LA SALLE A MANGER) (SUPERFICIE : __M <sup>2</sup> )	
__ CHAMBRES	__ BUREAU	__ VERANDA
__ M <sup>2</sup> DE DEPENDANCES (GARAGE ; ETABLES...)		

# DEMANDE DE DEVIS

## QUESTIONNAIRE CONTRAT MULTIRISQUES HABITATION

**GARANTIES SOUHAITEES : (CELLES DEJA COCHEES SONT OBLIGATOIRES)**

- |  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RESPONSABILITE CIVILE IMMEUBLE | <input checked="" type="checkbox"/> RC FAMILIALE (SAUF PNO) |
| <input checked="" type="checkbox"/> DEFENSE ET RECOURS             | <input checked="" type="checkbox"/> INCENDIE                |
| <input checked="" type="checkbox"/> CATASTROPHE NATURELLE          | <input checked="" type="checkbox"/> EVENEMENT CLIMATIQUE    |
| <input type="checkbox"/> BRIS DE GLACES                            | <input type="checkbox"/> DEGATS DES EAUX                    |
| <input type="checkbox"/> VOL                                       |   |
| <input type="checkbox"/> DOMMAGE ELECTRIQUE                        |   |

.../...

- RESPONSABILITE CIVILE SCOLAIRE  
↳ NOMBRE D'ENFANTS : \_\_\_\_  
PRECISEZ LES PRENOMS ET LES DATES DE NAISSANCE
- RESPONSABILITE CIVILE CHEVAUX  
↳ NOMBRE DE CHEVAUX : \_\_\_\_
- RC CHASSE

MONTANT DU CAPITAL MOBILIER SOUHAITE : \_\_\_\_\_ € OU \_\_\_\_\_ FF

**OPTION**

- BIENS EN CONGELATEUR
- MATERIEL INFORMATIQUE PRIVE : (PRECISEZ LA VALEUR NEUVE \_\_\_\_\_ €)
- ACTIVITE PROFESSIONNELLE NON SALARIE A DOMICILE
- RC GARDE DE PERSONNES A DOMICILE (NOMBRE DE PERSONNES : \_\_\_\_)
- MATERIEL INFORMATIQUE PROFESSIONNEL :  
(PRECISEZ LA VALEUR NEUVE \_\_\_\_\_ €)

**FRANCHISES**

- CONTRAT SANS FRANCHISE
- FRANCHISE UNIQUEMENT EN BRIS DE GLACES 55 €
- FRANCHISE GENERALE 150 € (SAUF BRIS DE GLACES 55 €)
- FRANCHISE GENERALE 300 € (SAUF BRIS DE GLACES 55 €)
- FRANCHISE GENERALE \_\_\_\_ € (SAUF BRIS DE GLACES \_\_\_\_ €)



# **DEMANDE DE DEVIS**

## **QUESTIONNAIRE CONTRAT MULTIRISQUES HABITATION**

### **ANCIENNE ASSURANCE**

- NON ASSURE  
 ASSURE POUR UNE ANCIENNE HABITATION  
COMPAGNIE : \_\_\_\_\_  
NOMBRE DE SINISTRES DECLARES : \_\_\_\_\_
- ASSURE POUR CETTE HABITATION  
COMPAGNIE : \_\_\_\_\_  
NOMBRE DE SINISTRES DECLARES : \_\_\_\_\_

AVEZ-VOUS EU UN SINISTRE INONDATION DANS LES 24 DERNIERS MOIS ?

OUI  NON

### **MODE DE PAIEMENT**

- ANNUEL     SEMESTRIEL     TRIMESTRIEL     MENSUEL  
*SI MENSUEL PRELEVEMENT OBLIGATOIRE (JOINDRE UN RIB)*
- CHEQUE     PRELEVEMENT (JOINDRE UN RIB)

DATE ET SIGNATURE