

## Assurance GLI / Assurance PNO

### Recueil d'informations

(document non contractuel)

**Important ! Les informations collectées nous permettent d'évaluer vos besoins afin de vous proposer l'étude commerciale la mieux adaptée.** Le présent document est établi conformément aux articles L 520-1 et R 520-1 à R520-2 du Code des Assurances. Il a pour finalité de définir vos besoins afin de vous proposer le contrat le plus adapté à votre situation. Vous y trouverez des informations réglementaires relatives à notre cabinet.

#### Vos coordonnées :

Raison sociale : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... E-mail : .....

Date de création : ..... Nom du dirigeant : .....

Carte professionnelle gestion n° : ..... Syndicat : .....

Organisme de caution : ..... Montant de la garantie : .....

Siren : ..... Activités :  Syndic  Gérance  Transaction

#### Votre portefeuille gestion :

Lots gérés / assurés	Habitations	Commerces/Garages
Nombre de lots gérés		
Nombre de lots assurés		
Montant du loyer moyen		
Montant du loyer le plus élevé		

#### Antécédents d'assurance :

Avez-vous déjà souscrit un contrat assurance loyers impayés ?  Oui  Non

Si oui, nom de l'Assureur actuel : ..... Nom Courtier : .....

Taux actuel : ..... Montant prime mensuelle : ..... Echéance anniversaire : .....

Le contrat est-il résilié ?  Oui  Non

Si oui, par qui ?  Assureur  Client pour quel motif : .....

Si votre portefeuille a été assuré, merci de nous transmettre votre statistique sinistre à réclamer auprès de votre assureur actuel.

Critère de solvabilité maximum actuel :  33%  35%  37%

Envisagez-vous l'envoi d'un mailing proposant la garantie à vos propriétaires non assurés ?  Oui  Non

Logiciel de gestion actuel : .....

### Les garanties souhaitées :

- Garantie loyers impayés :**  Oui  Non  
 Protection juridique :  Oui  Non  
 Baux commerciaux :  Oui  Non  
 Vacances locatives  Oui  Non
- Propriétaire non occupant :**  oui  non

Date de transfert des lots précédemment assurés souhaitée : ..... Date d'effet souhaitée : .....

### Informations générales sur notre Cabinet :

**ASSURSAFE**- SAS au capital de 6041,50€  
 Conformément aux obligations légales inhérentes à la profession réglementée d'intermédiaire en assurances, vous trouverez sur cette fiche légale, les informations essentielles relatives à notre cabinet.

**Activité d'intermédiaire en assurance**

**ASSURSAFE** est inscrit au registre des intermédiaires en assurance (ORIAS), en tant que Courtier d'assurance, sous le numéro 20002720, contrôlable sur le site [www.orias.fr](http://www.orias.fr).

Au titre de cette activité, **ASSURSAFE** est soumis à l'autorité de tutelle de l'ACPR dont l'adresse est : **Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution**, 61 Rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09 et l'adresse mail : [daf@acp.banque-france.fr](mailto:daf@acp.banque-france.fr).

Comme la réglementation lui impose, **ASSURSAFE** dispose d'une assurance couvrant sa responsabilité civile professionnelle au titre de son intermédiation en assurance, conformément aux articles L 512-6, R 512-14 et A 512-4 du Code des Assurances. Cette garantie est contrôlée chaque année par l'ORIAS. En cas de réclamation : Service Réclamations du cabinet ou sur [www.qualite-assurances.com](http://www.qualite-assurances.com).

**Rapport avec nos fournisseurs, partenaires et compagnies d'assurance :**

- Un seul représente au moins 30 % de notre chiffre d'affaires Non
- Un ou plusieurs détiennent au moins 10 % du capital du cabinet. Non
- Un ou plusieurs détiennent des droits de vote sur le cabinet Non
- Il existe un lien d'exclusivité avec un ou plusieurs Non

**Mode de facturation et rémunération, fournisseurs, partenaires et compagnies d'assurance**

Pour ses actes d'intermédiation en assurances, **ASSURSAFE** perçoit des commissions de la part de compagnies d'assurances avec lesquelles sont signés des protocoles de distribution. Le détail de cette rémunération par commissions en tant qu'intermédiaire, peut être obtenu par le client en s'adressant à la compagnie qui nous autorise la commercialisation de ses produits.

**CNIL :**

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à **ASSURSAFE**. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Vous reconnaissez avoir pris connaissance du contenu du présent document préalablement à la signature du contrat d'assurance proposé ci-dessus, en avoir reçu un exemplaire et avoir reçu une information sur l'étendue et la définition des garanties proposées.

Fait à : ..... Le : .....

**Le client**

Nom et signature  
 précédée de la mention « lu et approuvé »

**Le courtier**

Nom et signature

**Merci de nous renvoyer ce document rempli et signé à : [service.commercial@assursafe.fr](mailto:service.commercial@assursafe.fr)**

**Pour nous contacter : 04 28 38 62 75**