**FICHE « BESOINS DU CLIENT »  
pour une** **assurance responsabilité civile professionnelle**

**« MISSION UNIQUE »**

*La présente fiche d’information est établie en conformité avec les obligations incombant aux entreprises d’assurance et contenues dans la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, en vigueur depuis le 1er novembre 2014, dans la loi du 2 août 2002 relative à la surveillance du secteur financier et aux services financiers, ainsi que des arrêtés d'exécution y afférents, et la loi sur la vente à distance.*

*AR-CO scrl est une compagnie d’assurances agréée par la Banque Nationale de Belgique et la FSMA (Autorité des services et marchés financiers) sous le n° 330.*

1. **Contact de vente directe**

Date de prise de contact :

Personne de contact chez AR-CO :

Adresse email du client :

OUI -  NON : Le client confirme son choix de recevoir les informations légales, précontractuelles et contractuelles, par voie électronique à l’adresse indiquée ci-avant, ou de les consulter sur notre site web.

**Renseignements spécifiques communiqués par téléphone :**

* *La fiche d’information sur la Compagnie, la fiche d’information produit (contenu, prime minimum et méthode de calcul de la prime définitive) et les Conditions Générales sont accessibles sur le site internet d’AR-CO et seront communiqués au prospect-client en annexe de l’email de confirmation.*
* *Les documents contractuels sont transmis en français.*
* *Toutes les informations précontractuelles et contractuelles sont établies selon le droit belge.*
* *Les différentes étapes techniques en vue de la conclusion du contrat se feront moyennant échanges par courrier électronique.*
* *Droit de rétractation : 14 jours à partir de la date d’acceptation par le client.*
* *AR-CO gardera le contrat conclu dans ses archives et le client pourra en recevoir une copie électronique sur simple demande.*

1. **Renseignements relatifs au client**

*Ces renseignements sont encodés pendant la conversation téléphonique ou le rendez-vous avec le client – preneur d’assurance. Ces informations sont vérifiées par celui-ci.*

**II.1. PRENEUR D’ASSURANCE**

**II.1.1. Activité professionnelle**

**II.1.2. Statut**  *(à choisir parmi les 3 situations décrites ci-après)*

La Personne Physique qui exerce elle-même la profession à assurer

La Personne Morale qui exerce elle-même la profession à assurer (en cas d’ARCHITECTE ou de GEOMETRE)

L’association ou Personne Morale qui n’exerce pas elle-même la profession, mais pour compte de qui la profession est exercée.

Nom, (prénom) : N° Registre National :

Si société : SPRL, SA, SC, SRLU,  (\*) Représentée par :

Rue, n° : Code postal, commune :

N° d’entreprise : Téléphone :

GSM : Email :

Si architecte : Inscsrit au tableau / liste (\*) du Conseil Provincial de l’Ordre des Architectes (OA) à :

N° de l’OA : Date de la première inscription à l’OA :

Si stagiaire : date du début du stage : La dernière année d’étude en architecture :

**II.2. ASSURÉ(S) :**

*S’il s’agit* *de la même personne que le preneur : indiquer* IDEM

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Nom | Prénom | Profession (\*) | Type de mission (\*\*) | N° BCE | Assureur actuel |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

(\*) *Complétez la colonne «* Profession*» avec le(s) code(s) correspondant indiqué(s) ci-après. Plusieurs codes peuvent être indiqués pour une même personne, si nécessaire :*

Architecte : **ARCH** Ingénieur technique : **IRT**EC Ingénieur civil des constructions : **IRSTA**

Géomètre : **GEOM** Architecte d’intérieur : **AINT** Architecte paysagiste : **APAY**

Project manager : **PROJ** Coordinateur sécurité-santé : **COOR** Spécialiste d’énergie ou de ventilation : **ENGY**

Urbaniste : **URBA** Dessinateur : **DESS** Organisme de contrôle : **CNTR**

Expert environnement : **EXPM** Expert en construction : **EXPC** Promoteur : **PROM**

Syndic : **SYND** Facility Manager : **FAMA** Consultant : **CONS** Autre : ***à préciser***

(\*\*) *Complétez la colonne «*Type de mission*» avec le(s) code(s) correspondant indiqué(s) ci-après. Plusieurs codes peuvent être indiqués pour une même personne, si nécessaire* :

Mission complète : **01** Expertise : **05** Mission type A : jusqu’à demande de permis de bâtir : **02**

Stabilité : **06** Géomètre : **08** Mission type B : jusqu’au dossier d’exécution : **03**

Techniques spéciales : **07** Gestion: **09** Mission type C : contrôle des travaux : **04**

Conception/projet : **10** Dessinateur : **11** CSS conception et/ou réalisation : **13**

Promoteur : **12** Urbanisme : **18** Architecture d’intérieur conception et exécution : **14**

PEB/énergie/ventilation : **19** Autres : ***à préciser*** Architecture d’intérieur exécution : **15**

Architecture paysagiste conception et exécution : **16** Architecture paysagiste conception : **17**

**Nous vous demandons de joindre à la présente :**

les statistiques des sinistres pour chaque assuré

1. **Vos exigences et besoins pour une assurance RC professionnelle**

Vous demandez d’assurer le risque suivant : **responsabilité civile professionnelle « mission unique » pour les professions indiquées.**

À partir de la date :

***NB*** : *Cette date ne peut être antérieure à la date de réception par AR-CO du présent document signé par le preneur.*

*Afin de pouvoir vous proposer une couverture d'assurance optimale répondant à votre demande, AR-CO analyse, d’une part, le risque à assurer et, d’autre part, vos exigences et besoins relatifs au contrat d’assurance à souscrire. Nous attirons votre attention sur le risque de sous-assurance, de sur assurance, de double assurance et de couverture inadéquate.*

*Vos réponses seront reprises dans l’offre d’assurance et/ou se reflèteront dans la description des garanties reprises dans les conditions particulières du produit que vous souhaitez souscrire.*

*Vous confirmez déclarer exactement toutes les circonstances connues de vous qui doivent raisonnablement être considérées comme des données susceptibles d’influencer cette analyse.*

*Dans le cadre de cette analyse, diverses questions vous ont été posées concernant notamment :*

**III.1. MAÎTRE DE L’OUVRAGE :**

Nom, (prénom) : N° Registre National :

Si société : SPRL, SA, SC, SRLU,  (\*) Représentée par :

Rue, n° : Code postal, commune :

N° d’entreprise : Téléphone :

GSM : Email :

**III.2. DESCRIPTION DU RISQUE :**

**III.2.1. Edifice/mission :**

Rue, n° : Code postal, commune, pays :

Destination : résidence – bureaux – commerce – industrie – sports – autre :

Nature de travaux : nouvelle construction – extension – transformation – rénovation – démolition *(Biffer ce qui ne correspond pas)*

**III.2.2. Estimation de la valeur globale de l’édifice :** EUR HTVA

***NB*** :*Cette valeur comprend aussi les ouvrages de stabilité, les techniques spéciales, les parachèvements, la valeur par entreprise des éventuels travaux réalisés par les soins du maître de l’ouvrage. Elle ne comprend pas : les honoraires, les ouvrages existants.*

**III.2.3. Estimation de la valeur totale des honoraires :** EUR HTVA

***NB*** *Cette valeur comprend tous les honoraires pour les différentes parties de la mission : architecture, stabilité, techniques spéciales, etc.*

**III.2.4. Dates :**

Début estimé des travaux : Fin estimée des travaux :

**III.2.5. Composition du dossier :**

**Nous vous demandons de joindre à la présente** : *(sinon à nous fournir dès que ces documents seront établis)*

OUI -  NON : copie de la convention signée avec le Maître de l’Ouvrage

OUI -  NON : copies des plans d’exécution sauf si un contrôleur technique (SECO, AIB, etc.) intervient ou si une assurance contrôle a été souscrite

OUI -  NON : copie(s) de(s) autre(s) police(s) couvrant, le cas échéant, la mission (TRC, décennale, TOP GLOBALE du M.O., assurance contrôle, etc.), afin de pouvoir déterminer la réduction éventuelle à appliquer sur le taux de votre prime R.C.

**III.3. COUVERTURE MATÉRIELLE ET IMMATÉRIELLE souhaitée par sinistre :**

*AR-CO vous propose de choisir ou d’indiquer vous-même le montant souhaité de couverture, mais elle pourra, le cas échéant, vous proposer un autre montant plus adapté après analyse du risque et en fonction des spécificités de la mission à assurer.*

750.000,00 EUR  1.000.000,00 EUR  1.250.000,00 EUR

1.500.000,00 EUR  2.500.000,00 EUR  Autre :

**III.4. FRANCHISE souhaitée par sinistre :**

Min. 500,00 + 15% du montant des interventions avec un max. de 6.250,00 EUR

Min. 1.500,00 + 15% du montant des interventions avec un max. de 7.500,00 EUR

FF 5.000,00 EUR  FF 6.250,00 EUR  FF 7.500,00 EUR

Autre :

**NB** : *Les montants de la franchise sont à indexer à l’indice ABEX : 648*

**III.5. AUTRES REMARQUES :**

**IV. Informations fournies par la Compagnie**

* Vous confirmez avoir reçu les informations suivantes :

Fiche d’information sur la compagnie AR-CO  Fiche d’information produit

Conditions générales du contrat d’assurance  Autres:

* Par le canal suivant :

Courrier électronique  Lors d’un entretien téléphonique

Lors d’un entretien au siège de la compagnie  Autre:

**Protection des données privées :**

*Le Preneur autorise l’Assureur et l’intermédiaire en assurances, en tant que gestionnaire du dossier, de traiter les données privées pour autant que c’est autorisé ou obligatoire en vertu de la loi, ou nécessaire ou conseillé pour la gestion et l’exécution du contrat conclu, l’évaluation de la relation clientèle, l’évaluation du risque, la prévention des abus, et la lutte contre la fraude.*

*L’Assureur peut conclure des contrats avec des tiers pour la prestation des services dans le cadre du traitement des données. L’Assureur prendra des mesures adéquates afin que les tiers garantissent le caractère confidentiel et la sécurité des données.*

*Le Preneur autorise l’Assureur et l’intermédiaire en assurances de traiter les données privées à des fins de marketing, promotion et d’informations sur les produits et services de l’Assureur, par téléphone, poste ou email. Le Preneur peut s’y opposer par l’envoi d’un email à l’adresse* [*privacy@ar-co.be*](mailto:privacy@ar-co.be) *, ou en prenant contact avec son intermédiaire en assurances.*

*Le Preneur a le droit d’accéder et de rectifier ses données privées. Il doit pour ce faire envoyer un message écrit, en ajoutant une copie de sa carte d’identité. En outre, il peut consulter le registre public auprès de la Commission du respect de la Vie Privée.*

*Nom, prénom et signature du client : Lieu et date :*