

QUESTIONNAIRE GLI BAIL PROFESSIONNEL & HABITATION

TRANQUILITE BAILLEUR INTEGRALE LOYERS IMPAYES

DONNÉES DU BAIL :

Locataire entrant (**Moins de 6 mois**) : Oui Non (Si non : possibilité de souscrire après le 6ème mois de location ; sans incidence de paiement avec un délais de carence de 3 mois).

Location meublée : Oui Non

Loyer mensuel : _____ €

Charges mensuelles : _____ €

Montant du dépôt de garantie : _____ €

Le loyer mensuel + charges et taxes doit être compris entre 2001 € et 3000 € et ne doivent pas dépasser 33 % des revenus nets du locataire ou colataires. (Article 4 CG N°61)

Date d'effet du bail : / /

Durée du bail : _____ An(s)

Nombre de titulaires : _____

Au-delà de 2 titulaires, merci de compléter les données sur une feuille séparé en reprenant les questions ci-dessous.

1) DONNÉES TITULAIRE :

Civilité :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Téléphone : / / / /

Situation professionnelle :

- Salarié d'une entreprise du secteur privé non-agricole
- Salarié agricole
- Fonctionnaire
- Profession indépendante (artisan, commerçant, profession libérale)
- Etudiant boursier **(Acceptation avec garant)***
- Etudiant non-salarié, non-boursier **(Acceptation avec un garant)***
- Retraité
- Demandeur d'emploi **(REFUS DE SOUSCRIPTION)**
- Bénéficiaire des minimas sociaux **(REFUS DE SOUSCRIPTION)**

Type de contrat de travail :

- CDI confirmé
- Contrat d'apprentissage **(Acceptation avec un garant)***
- Aucun Contrat confirmé **(Refus sauf Etudiant avec un garant)***
- CDI en période d'essai **(REFUS DE SOUSCRIPTION)**
- CDD **(REFUS DE SOUSCRIPTION)**
- Contrat Temporaire Intérim **(REFUS DE SOUSCRIPTION)**
- Contrat Saisonnier **(REFUS DE SOUSCRIPTION)**
- Contrat de Mission **(REFUS DE SOUSCRIPTION)**
- Contrat d'Intermittence **(REFUS DE SOUSCRIPTION)**

***Le garant doit avoir un CDI confirmé et le loyer+charges et taxes doivent être inférieure à 33 % de ses revenus nets.**

Ressources mensuelles nettes :

Revenu d'activités, traitements, salaires, indemnités, bourses : _____ €

Pensions, retraites, rentes, revenus de placement, revenus fonciers : _____ €

Allocations, prestations familiales : _____ €

Aide au logement : _____ €

2) DONNÉES CO-TITULAIRE :

Civilité :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Téléphone : / / / /

Situation professionnelle :

- Salarié d'une entreprise du secteur privé non-agricole
- Salarié agricole
- Fonctionnaire
- Profession indépendante (artisan, commerçant, profession libérale)
- Etudiant boursier **(Acceptation avec garant)***
- Etudiant non-salarié, non-boursier **(Acceptation avec un garant)***
- Retraité
- Demandeur d'emploi **(REFUS DE SOUSCRIPTION)**
- Bénéficiaire des minimas sociaux **(REFUS DE SOUSCRIPTION)**

Type de contrat de travail :

- CDI confirmé
- Contrat d'apprentissage **(Acceptation avec un garant)***
- Aucun Contrat confirmé **(Refus sauf Etudiant avec un garant)***
- CDI en période d'essai **(REFUS DE SOUSCRIPTION)**
- CDD **(REFUS DE SOUSCRIPTION)**
- Contrat Temporaire Intérim **(REFUS DE SOUSCRIPTION)**
- Contrat Saisonnier **(REFUS DE SOUSCRIPTION)**
- Contrat de Mission **(REFUS DE SOUSCRIPTION)**
- Contrat d'Intermittence **(REFUS DE SOUSCRIPTION)**

**Le garant doit avoir un CDI confirmé et le loyer+charges et taxes doivent être inférieure à 33 % de ses revenus nets.*

Ressources mensuelles nettes :

Revenu d'activités, traitements, salaires, indemnités, bourses : _____ €
Pensions, retraites, rentes, revenus de placement, revenus fonciers : _____ €
Allocations, prestations familiales : _____ €
Aide au logement : _____ €

BIEN DONNÉ EN LOCATION (IMMEUBLE DE RAPPORT):

Bâtiment :

Bâtiments complément :

Voie :

Voie complément :

Code postal :

Commune :

Nombre de pièces :

Nombre de m² :

Type de bien : Maison Appartement Immeuble / Nombre de logement :

Usage du bien* : Bail Habitation Bail Professionnel Bail Mixte (habitation & professionnel)

**[Les baux commerciaux ne peuvent pas bénéficier de la garantie]*

=> Je souhaite obtenir un devis pour l'assurance du logement en propriétaire bailleur : Oui Non

DONNÉES PROPRIETAIRE :

Civilité : Nom : Prénom :
Date de naissance : / / Téléphone : / / / /
E-m@il : Profession :
Rue :
Code postal : Commune :

DONNÉES DU CONTRAT :

Date d'effet souhaitée* : / / [*Le dossier sera validé à J+1 ouvré, pas de date rétroactive]

Fractionnement souhaitée : Annuel Semestriel Trimestriel* Mensuel*

J'opte pour le prélèvement (merci de fournir un R.I.B et compléter l'autorisation de prélèvement en page 4 ; *obligatoire pour le fractionnement mensuel et trimestriel).

- Avez-vous fait l'objet d'une résiliation par votre précédent assureur pour un risque similaire ?
 Oui Non
- Avez-vous eu plus d'une procédure judiciaire relative à l'immeuble de rapport désigné au cours des 36 derniers mois ?
 Oui Non

Si vous avez fait l'objet d'une résiliation par l'assureur ou si vous avez eu au moins deux procédures judiciaires au cours des 36 derniers mois, l'acceptation doit être soumise à la compagnie.

PRIME D'ASSURANCE :

3,75 % x Loyer annuel + Charges et taxes soit : _____ € / An => (Minimum de prime 900 €)

Le propriétaire Bailleur reconnaît avoir vérifié l'ensemble des documents fournis par le futur locataire permettant de vérifier son éligibilité au contrat TBI (Conditions Générales N°61) et qui lui seront demandés en cas de sinistre à défaut la garantie Loyers Impayés ne sera pas acquise, l'Européenne d'Assurance ne pourra être tenu responsable en cas de fausse déclaration, oubli ou omission de l'assuré, les éléments étant déclaratifs à la souscription.

Date : / /

Signature :

*L'envoi de ce questionnaire ne constitue pas le contrat et doit être soumis au préalable à la compagnie pour validation des critères d'éligibilités au contrat TBI.

Besoin d'un devis ? Habitation, Immeuble, Auto, Flotte, Plaisance, Santé, Vie, Epargne, Décennale, Rc pro, Entreprise... N'hésitez pas à nous consulter; nous avons la solution !

Siège Social 131 cours Emile Zola 69100 VILLEURBANNE ☎ : 0 472 654 420 📠 : 0 478 031 405

E-mail : contact@europeenneassurance.fr - RCS LYON B 390 769 685 - SIRET 390 769 685 000 20 - Code NAF 6622 Z

Sous contrôle de l'ACAM, Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles 61 rue Taitbout 75009 PARIS

N° ORIAS 07 002 212- Site Web ORIAS : www.orias.fr

Assurance de responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conforme au Code des Assurances.

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

Nom et adresse de l'établissement teneur du compte à débiter :

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si la situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par DAS désignée ci-dessous.
En cas de litige sur un prélèvement, je pourrais en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte.

Je réglerai le différend directement avec la DAS

Nom et adresse du créancier

DAS
33, rue de Sydney
72045 LE MANS CEDEX 2

Nom et adresse du débiteur

N° NATIONAL D'EMETTEUR

00 3222

Compte à débiter

| code banque | code guichet | n° de compte | clé RIB |
|-------------|--------------|--------------|---------|
|-------------|--------------|--------------|---------|

Le à

Signature

Les informations contenues dans la présente autorisation ne seront utilisées que pour les seules nécessités de gestion et pourront donner lieu à l'exercice du droit individuel d'accès auprès de DAS, dans les conditions prévues par la Commission Informatique et Liberté.