



ASSURANCE RESPONSABILITE DES DIRIGEANTS - PME - QUESTIONNAIRE DE SOUSCRIPTION



Chubb Insurance Company of Europe SA – Direction pour la France – 6, boulevard Haussmann, 75009 Paris, France, tél : 01 70 36 65 00.

Ce questionnaire est un document confidentiel qui a pour objet de renseigner l'assureur sur les risques proposés à l'assurance par le Souscripteur. L'attention du Souscripteur est en conséquence attirée sur l'importance des déclarations qui vont suivre. **Si les risques proposés sont acceptés par l'assureur**, ces déclarations serviront de base à l'établissement du contrat. L'absence de réponse à une question équivaut à une réponse positive.

Agent Général Aviva - Nom - Code RRI de l'Agent général d'Aviva	- 151 _____
--	-------------

1. INFORMATIONS GENERALES DU SOUSCRIPTEUR :

- Raison Sociale ou Nom :
- Siège Social ou Adresse :
- Numéro de SIREN :
- Date de Création (JJ/MM/AA) :
- Le Souscripteur a-t-il une forme juridique autre que celle d'une SA, SARL, SAS, EURL , SELARL, Coopérative ? OUI NON
- Le Souscripteur est-t-il inscrit au Registre du Commerce depuis moins de 2 ans ? OUI NON
- Description des activités du Souscripteur et des *filiales* :

(on entend par "filiale" toute société, GIE, GEIE, etc... que le Souscripteur contrôle directement ou indirectement soit par la détention de plus de 50% des droits de vote, soit par le droit statutaire de désigner ou de révoquer la majorité des membres des organes de surveillance et de direction, soit par le biais d'une convention de vote.)

⚠ Pour les sociétés de Haute Technologie, SSII ou de Biotechnologie, pour toutes sociétés exerçant une activité de sport professionnel et pour les Institutions Financières, merci de demander à votre agent une étude personnalisée.

2. INFORMATIONS FINANCIERE CONCERNANT LE SOUSCRIPTEUR ET SES FILIALES

Eléments financiers consolidés du Souscripteur et de ses *filiales* relatifs au dernier exercice clos le **JJ** / **MM** / **AA**

⚠ La clôture du dernier exercice comptable doit avoir eu lieu moins de 18 mois avant la date de signature du présent questionnaire

- Le Chiffre d'affaires annuel consolidé HT du Souscripteur est-il supérieur à 15.000.000 € ? OUI NON
- Les capitaux propres et/ou résultat net du Souscripteur sont-ils négatifs ? OUI NON
- Les capitaux propres d'une des *filiales* sont-ils négatifs ? OUI NON

3. INFORMATIONS CONCERNANT L'ACTIONNARIAT DU SOUSCRIPTEUR

- Le Souscripteur et/ou une de ses *filiales* sont-ils cotés en Bourse ? OUI NON
- Le capital du Souscripteur est-il détenu à plus de 50% par une personne morale ? OUI NON
- Une partie du capital du Souscripteur est-il détenu par une société de capital-risque et/ou un fonds d'investissement ? OUI NON
- Le Souscripteur possède-t-il une ou plusieurs *filiales* situées dans l'un des pays suivants : Afrique du Sud, Australie, Brésil, Canada, Etats-Unis d'Amérique, Hong-Kong, Inde, Nouvelle-Zélande, République d'Irlande, Royaume Uni, Singapour? OUI NON

4. LITIGES ET ASSURANCES

- Le Souscripteur et/ou ses *filiales* ont-ils connaissance, après enquête, de réclamations en cours, amiables ou judiciaires faites à l'encontre de leurs dirigeants, ou de circonstances ou de faits générateurs susceptibles de mettre en jeu la responsabilité civile ou pénale de leurs dirigeants? OUI NON
- Le Souscripteur est-il ou a-t-il déjà été assuré en Responsabilité des Dirigeants ? OUI NON

Si oui, précisez le nom de la Compagnie d'assurance et la date d'échéance du contrat :



Si vous avez répondu OUI à l'une des questions ci-dessus, veuillez demander à votre agent une étude personnalisée

5. PROGRAMME D'ASSURANCE

Tarifs valables jusqu'au 31 Décembre 2006 inclus

Votre Choix	Catégorie N°	Montant du Chiffre d'Affaires annuel HT Consolidé de votre entreprise (dernier arrêté des comptes publiés)	MONTANT DE GARANTIE par période d'assurance	PRIME ANNUELLE TTC
<input checked="" type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	1	Inférieur à 300.000 €	100.000 €	650 €
<input type="checkbox"/>	2	Compris entre 300.001 € et 750.000 €	250.000 €	735 €
<input type="checkbox"/>	3	Compris entre 750.001 € et 1.500.000 €	500.000 €	925 €
<input type="checkbox"/>	4	Compris entre 1.500.001 € et 3.000.000 €	750.000 €	1 150 €
<input type="checkbox"/>	5	Compris entre 3.000.001 € et 6.000.000 €	1.000.000 €	1 495 €
<input type="checkbox"/>	6	Compris entre 6.000.001 € et 10.000.000 €	1.500.000 €	2 085 €
<input type="checkbox"/>	7	Compris entre 10.000.001 € et 15.000.000 €	2.000.000 €	2 700 €



Si votre chiffre d'affaires est supérieur à 15.000.000 € demandez à votre Agent une étude personnalisée

La garantie est subordonnée à l'acceptation écrite du risque par l'assureur. En cas d'acceptation, la date d'effet du contrat sera la date de signature du présent questionnaire.

6. DECLARATION



CE QUESTIONNAIRE EST UN DOCUMENT CONFIDENTIEL QUI SERT DE BASE À L'ETABLISSEMENT D'UN CONTRAT D'ASSURANCE EN CAS D'ACCEPTATION DU RISQUE PAR L'ASSUREUR.

- LE SOUSCRIPTEUR DÉCLARE :
 - ➔ SINCÈRES ET EXACTS LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS AU POINTS 1 A 5 CI-DESSUS,
 - ➔ NE PAS AVOIR CONNAISSANCE DE FAITS DOMMAGEABLES POUVANT DONNER LIEU À UNE RÉCLAMATION SUSCEPTIBLE D'ÊTRE GARANTIE AUX TERMES DU PROJET DE CONTRAT D'ASSURANCE.
- TOUTE RÉTICENCE, OMISSION, DÉCLARATION FAUSSE OU INEXACTE, ENTRAÎNERA L'APPLICATION DES SANCTIONS PRÉVUES PAR LES ARTICLES L113-8 ET L113-9 DU CODE DES ASSURANCES.
- LE SOUSCRIPTEUR DÉCLARE ÉGALEMENT :
 - ➔ AVOIR REÇU ET PRIS CONNAISSANCE DU PROJET DE CONTRAT D'ASSURANCE (REF. RDD PME AVIVA ED. SEPTEMBRE 2006) ET EN ACCEPTER LES DISPOSITIONS ;
 - ➔ AVOIR REÇU ET PRIS CONNAISSANCE DE LA FICHE D'INFORMATION RELATIVE AU FONCTIONNEMENT DES GARANTIES « RESPONSABILITE CIVILE » DANS LE TEMPS (ARRETE DU 31 OCTOBRE 2003).
- LE SOUSCRIPTEUR S'ENGAGE À INFORMER L'ASSUREUR DE TOUTE MODIFICATION DES DÉCLARATIONS CONTENUES DANS CE QUESTIONNAIRE QUI POURRAIT SURVENIR ENTRE SA DATE DE SIGNATURE ET LA DATE D'ACCEPTATION DU RISQUE PAR L'ASSUREUR.
- LE SOUSCRIPTEUR DONNE À L'AGENT AVIVA MENTIONNE EN ENTÊTE DU PRÉSENT QUESTIONNAIRE MANDAT EXCLUSIF DE PLACEMENT DE LA GARANTIE RESPONSABILITE DES DIRIGEANTS AUPRÈS DE LA COMPAGNIE CHUBB INSURANCE COMPANY OF EUROPE S.A., LE PRÉSENT MANDAT ANNULANT TOUT MANDAT ET/OU INSTRUCTIONS PRÉCÉDENTS.

➔ CACHET :	➔ SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL : NOM : _____ QUALITÉ : _____ DATE (JJ/MM/AA) : ____ / ____ / ____ SIGNATURE : _____
------------	--