



Demande d'adhésion 2009

Responsabilité Personnelle des Dirigeants d'Entreprises

[des solutions] pour les dirigeants d'entreprises



***Une solution simple et
complète pour préserver
votre patrimoine privé en
cas de mise en cause
personnelle***

Questionnaire proposition

Afin de mieux appréhender l'environnement juridique et financier de votre entreprise, nous vous remercions de bien vouloir répondre précisément aux questions ci-dessous. L'Assureur s'engage à garder confidentielles l'ensemble des informations communiquées par la Société proposante. A compter de sa signature, ce questionnaire est valable 6 mois.

1	Nom et adresse de la société proposante :																									
2	Date de création <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>																									
3	<p>Activité de l'entreprise :</p> <p>Préciser si votre entreprise exerce l'une des activités suivantes (cochez la case correspondante) :</p> <p>- institutions financières (banque, assurance, mutuelle, gestionnaire de patrimoine, capital investissement,...) <input type="checkbox"/> oui* <input type="checkbox"/> non</p> <p>- sport professionnel <input type="checkbox"/> oui* <input type="checkbox"/> non</p>																									
4	<p>- Votre entreprise fait-elle partie d'un groupe ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Si oui, précisez le nom du groupe ou de la société holding :</p>																									
5	<p>- Votre société est-elle cotée en bourse ? <input type="checkbox"/> oui* <input type="checkbox"/> non</p> <p>- Votre entreprise a-t-elle pratiqué, au cours des 3 dernières années, des opérations d'acquisition ou de structuration de capital à effet de levier ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>																									
6	<p>Une personne morale détient elle plus de 50% des droits de vote de l'adhérente ? <input type="checkbox"/> oui* <input type="checkbox"/> non</p>																									
7	<p>Votre entreprise possède-t-elle des filiales ou participations ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Si oui, précisez le nombre de filiales et les pays d'implantation :</p>																									
8	<p>L'entreprise a-t-elle connaissance après enquête de réclamations passées ou en cours, amiables ou judiciaires faites à l'encontre de ses dirigeants, de ceux de ses filiales de ses sous filiales ou de ses participations, ou de circonstance et/ou fautes professionnelles ayant mises ou susceptibles de mettre en jeu leur responsabilité civile, administrative ou pénale ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Si oui, précisez :</p>																									
9	<p>Merci de nous indiquer les éléments financiers suivants pour la société mère et les filiales : Selon bilan arrêté au <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> (dernier bilan paru)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;"></th> <th style="width: 25%;">SOCIETE MERE</th> <th colspan="2" style="width: 40%;">FILIALES</th> <th style="width: 15%;">TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nom</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Capitaux propres</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Chiffre d'affaires HT</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Résultat net</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Si le chiffre d'affaires consolidé est supérieur à 12 000 000 € ou si le résultat net est négatif, il sera proposé par April Assurances une offre adaptée. Si l'entreprise et/ou ses filiales présentent des capitaux propres négatifs April Assurances ne pourra apporter de solution.</p>		SOCIETE MERE	FILIALES		TOTAL	Nom					Capitaux propres					Chiffre d'affaires HT					Résultat net				
	SOCIETE MERE	FILIALES		TOTAL																						
Nom																										
Capitaux propres																										
Chiffre d'affaires HT																										
Résultat net																										
10	<p>- Votre entreprise dispose-t-elle d'un contrat couvrant la responsabilité personnelle des dirigeants souscrit auprès de Chubb Insurance Company of Europe SE ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>- Votre entreprise a-t-elle fait l'objet d'une résiliation au titre d'un contrat couvrant la responsabilité personnelle des dirigeants ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Si oui, précisez la raison et le nom de l'assureur :</p>																									

*Si vous avez répondu oui, il sera proposé par APRIL Assurances une offre adaptée

Important

Le signataire déclare que les renseignements communiqués par ce document sont exacts et qu'il n'a volontairement omis ou supprimé aucun fait. Le signataire s'engage également à informer l'Assureur de toutes les modifications à ses déclarations qui pourraient survenir entre ce jour et la date d'effet de l'adhésion au contrat RESPONSABILITE PERSONNELLE DES DIRIGEANTS. Le signataire donne à APRIL Assurances mandat exclusif d'étude de sa garantie RESPONSABILITE PERSONNELLE DES DIRIGEANTS auprès de CHUBB INSURANCE COMPANY OF EUROPE SE.

Date

Signature avec nom et fonction du signataire
représentant légal de la société proposante

Cachet de la société proposante

APRIL Assurances

Immeuble APRILLUM

114 Boulevard Marius Vivier Merle

69439 Lyon Cedex 03

Je joins à mon envoi

Important

- 1 La demande d'adhésion et le questionnaire proposition : remplis, datés et signés,**
- 2 Un relevé d'identité bancaire ou postal,**
- 3 Une autorisation de prélèvement remplie et signée.**

J'envoie l'ensemble des documents à
APRIL Assurances - Direction Prévoyance - Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03

Et après l'adhésion ?

Votre demande d'adhésion est traitée le jour de sa réception par APRIL Assurances. La prise d'effet de vos garanties peut intervenir au plus tôt le lendemain de la date de réception, sous réserve d'acceptation du risque par APRIL Assurances et du paiement de la première cotisation.

Dans les jours qui suivent la signature de votre contrat, votre assureur-conseil vous remet votre dossier d'assuré comprenant :

- **Votre certificat d'adhésion,**
- **Votre avis d'échéance (situation de votre compte),**
- **Un nouvel exemplaire des conditions générales de votre contrat,**
- **Une présentation de notre service de renseignements juridiques personnalisés.**

Code apporteur 69083

BUZZ ASSURANCE
BP 105 - Service clients
83061 TOULON CEDEX
Tel 04 94 98 60 79

production@buzzassurance.com
www.buzzassurance.com

APRIL ASSURANCES UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social,

Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
Fax 04 78 53 65 18 - Internet www.april.fr

S.A. au capital de 500 000 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 (www.oriass.fr)
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

