



QUESTIONNAIRE D'ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE DIRIGEANTS ASSOCIATION

I. - IDENTIFICATION DU PROPOSANT / DE L'ASSURE SI DIFFERENT DU PROPOSANT

Nom de l'association :

Adresse :

Effectif salarié :

Nombre de membres personnes physiques :

Nombre de membres personnes morales :

N° de téléphone : N° de télécopie :

Nom du responsable chargé des questions d'assurances :

II. - GENERALITES

- joindre les STATUTS
- joindre le BUDGET DEPENSES/ RECETTE selon dernière année clôturée
- joindre le BUDGET DEPENSES/ RECETTE selon prévisionnel année en cours.
- joindre la LISTE DES MEMBRES DU COMITE DIRECTEUR précisant leur fonction.

Nombre d'années dans l'activité à assurer :

Lieux où s'exercent les activités aéronautiques et autres de l'assuré :

Nom de structures affiliées dont les dirigeants sont à assurer :

III. LITIGES :

Avez-vous connaissance, après enquête, de réclamations en cours amiables ou judiciaires faites à l'encontre de vos dirigeants, de ceux de structures affiliées à assurer, ou de circonstances et/ou fautes de gestion susceptibles de mettre en jeu votre responsabilité civile ou pénale ?

Oui - Non (*Rayer la mention inutile*)

Si oui, merci de préciser :

V17.11.2022

Etes-vous (ou l'une de vos structures, ou l'un de ses dirigeants) déjà parties à un litige ou à des procédures (civiles ou pénales), quelle qu'en soit la nature, susceptible d'avoir une influence sensible sur la santé financière de l'association et de son patrimoine ?

Oui - Non (*Rayer la mention inutile*)

Si oui, merci de préciser :

Renseignements pris auprès de vos dirigeants, de ceux de vos structures à assurer, avez-vous connaissance de faits ou d'événements qui pourraient donner lieu à une réclamation susceptible de mettre en jeu les garanties d'un contrat d'assurance Responsabilité des dirigeants ?

Oui - Non (*Rayer la mention inutile*)

Si oui, merci de préciser :

IV. ANTECEDENTS :

Le Proposant était-il assuré au cours des trois dernières années en RC DIRIGEANTS :

Si oui auprès de quelle Société ?.....

Motif de résiliation / non-renouvellement :

S'il s'est produit des sinistres durant les 5 dernières années remplir le cadre ci-dessous :

DATE DE SURVENANCE

NATURE DU DOMMAGE

COÛT REEL OU ESTIME

Citer également les événements qui pourraient mettre en cause votre responsabilité.

V17.11.2022

Souhaitez-vous une étude d'assurance de **Protection Juridique** ?

(Rayer les mentions inutiles)

* OUI, je n'en possède pas * NON, je ne suis pas intéressé * NON, j'en possède déjà une

Souhaitez-vous une étude personnalisée de votre **Responsabilité Civile des Dirigeants** ?

(Rayer les mentions inutiles)

* OUI, je n'en possède pas * NON, je ne suis pas intéressé * NON, j'en possède déjà une

ETES-VOUS UNE PERSONNE POLITIQUEMENT EXPOSEE (PPE) ou PROCHE D'UNE PPE ? :

NON OUI

Qui est PPE ? *

Les personnes qui exercent, ou ont cessé d'exercer depuis moins d'un an, des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives pour le compte de la France, d'un État étranger ou d'une organisation internationale, ainsi que leurs proches (membres famille...).

Les personnes étroitement associées aux PPE, notamment dans le cadre d'une société ou structure juridique (fiducie ou trust) ou entretenant un lien d'affaires (commercial ou économique) étroit.

* Selon l'article R561-18 du Code Monétaire Financier - Information désormais rendue nécessaire en vertu de la lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme.

ETES-VOUS UNE PERSONNE MORALE ? NON OUI

Si OUI : Nom du bénéficiaire effectif de la personne morale (si différent de vous) :
.....

En tant que profession réglementée, nous devons identifier les bénéficiaires effectifs de nos clients (la ou les personnes physiques qui possèdent directement ou indirectement plus de 25% du capital ou des droits de vote de la personne morale, ou à défaut la personne physique qui exerce un pouvoir de contrôle sur les organes de direction ou de gestion de cette dernière).

SUPPORT DE COMMUNICATION :

Comment souhaitez-vous recevoir l'ensemble de nos correspondances/ contrats :

100% papier 100% digital

CONSENTEMENT ACTION COMMERCIALE :

Acceptez-vous de recevoir de la part d'AIR COURTAGE ASSURANCES par email, SMS, téléphone ou par courrier des informations à caractère commercial susceptibles de vous intéresser ?

NON OUI

Les réponses faites au présent questionnaire sont soumises, en cas d'omission, d'inexactitude ou de fausse déclaration, aux sanctions prévues par les articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances.

Le soussigné peut demander à l'Assureur communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à usage de l'Assureur, de ses mandataires, des réassureurs et des organismes professionnels.

Date :	NOM PRENOM de la personne signataire habilitée à engager la société proposante :
 Signature :	

Questionnaire à retourner compléter et signé :

Par mail à : aeroclub@air-assurances.com

Ou Par courrier à : 330 Allée des Lilas – Hôtel d'Entreprises Pierre Blanche - 01150 ST VULBAS

V17.11.2022