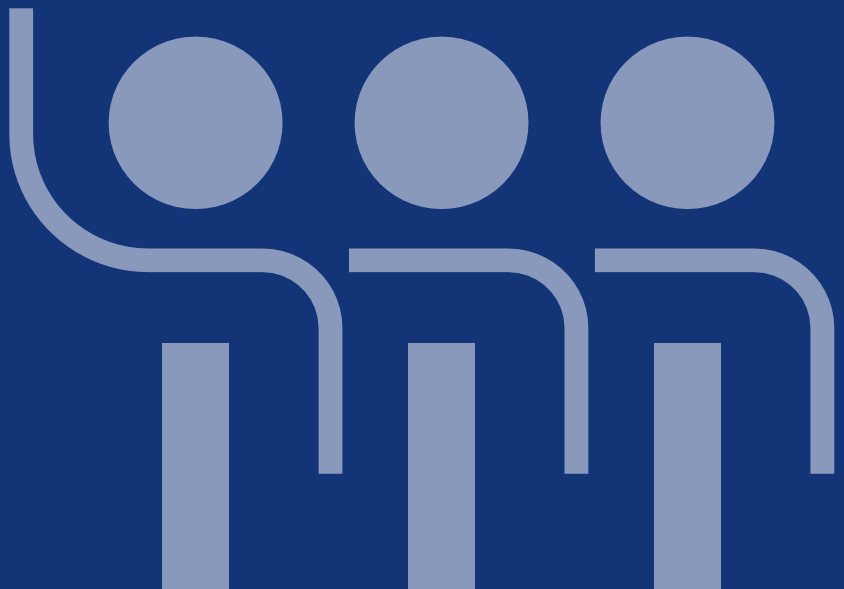


Votre
questionnaire
sur vos besoins en assurance

CONVERGENCE

Assurance associations avec salariés et
organismes assimilés



GS OUEST
assurances

Sophie Coulven
Courtage en Assurances

☎ 07 88 99 76 90

✉ contact@gsouest.fr

🌐 www.gsouest.fr

📍 Campus du Vincin,
Allée des Fougères
56610 ARRADON



Ce questionnaire a pour objet de recueillir vos besoins en assurance et ainsi nous permettre de vous proposer les garanties correspondant au mieux à vos exigences et à vos risques. **Vos réponses et la réception des documents à joindre sont, à ce titre, essentielles.**

DÉNOMINATION SOCIALE DE LA STRUCTURE : <input type="text"/>	
Adresse du siège social : <input type="text"/>	Ville : <input type="text"/>
Code postal : <input type="text"/>	Pays : <input type="text"/>
SIREN : <input type="text"/>	
Représentant légal : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	
NOM : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>
Fonction / Qualité : <input type="text"/>	
CONTACT	
Personne chargée du dossier assurance : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	
NOM : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>
Téléphone fixe : <input type="text"/>	Téléphone portable : <input type="text"/>
E-mail : <input type="text"/>	
Fonction : <input type="text"/>	
Adresse du site internet officiel de la structure : <input type="text"/>	

FONCTIONNEMENT

Nombre de bénévoles (année en cours) :	<input type="text"/>
Nombre d'administrateurs :	<input type="text"/>
Nombre d'effectif temps plein (personnel OGEC et Enseignants):	<input type="text"/>
Masse salariale annuelle brute :	<input type="text"/>
Budget de fonctionnement (année en cours) :	<input type="text"/>
Établissements secondaires :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Secteur d'activité principal : <input type="checkbox"/> Éducation / Formation / Enseignement / Recherche	

CRITERES D'ELIGIBILITE

Le Proposant déclare : AVOIR son siège social immatriculé en France métropolitaine, en Martinique, en Guadeloupe, ou à la Réunion ;
NE PAS AVOIR l'un des statuts juridiques suivants : société de droit public, société civile (notamment SCI, SCP, SNC), exercice en nom propre (notamment autoentrepreneur, société en participation, profession libérale) ;
NE PAS AVOIR de filiales immatriculées aux États-Unis d'Amérique, dans leurs territoires ou possessions ou au Canada.

RESPONSABILITÉ CIVILE DES DIRIGEANTS

Garantir les conséquences financières et les frais de défense résultant de la mise en cause de la responsabilité personnelle des dirigeants de votre structure ou de ses filiales, à la suite d'une faute commise dans l'exercice de leurs fonctions.

> Votre structure est-elle actuellement assurée pour ce risque (Responsabilité civile des dirigeants) ? OUI NON

Si oui, auprès de quel assureur ?

> Vos dirigeants exercent-ils un mandat de direction pour votre compte dans d'autres structures affiliées ? OUI NON

Si oui, nombre de filiales et dénomination sociale de ces filiales

> Votre structure ou l'une de vos filiales fait-elle objet de l'une des procédures suivantes :

mandat ad hoc, sauvegarde, conciliation redressement

judiciaire, liquidation judiciaire

Si oui, depuis quelle date ?

> Les dirigeants ont-ils déjà fait l'objet de réclamations passées ou en cours, amiables ou judiciaires ? OUI NON

> Votre structure a-t-elle fait l'objet d'une résiliation au titre d'un contrat couvrant la responsabilité personnelle des dirigeants ? OUI NON

Si oui, pour quelle raison ?

Indiquez le nom de l'assureur ?

> Chiffre d'affaires du Proposant et de ses filiales exercice n-1 :

MONTANT DU CHIFFRE D'AFFAIRES HT CONSOLIDÉ OU CUMULÉ :

TARIFICATION

Budget de fonctionnement	Tarif forfaitaire TTC	Garantie choisie
0-50 001	120 €	<input type="checkbox"/>
50 001-150 000	250 €	<input type="checkbox"/>
150 001-300 000	280 €	<input type="checkbox"/>
300 001-500 000	306 €	<input type="checkbox"/>
500 001-750 000	392 €	<input type="checkbox"/>
750 001-1 000 000	468 €	<input type="checkbox"/>
1 000 001- 1 500 000	558 €	<input type="checkbox"/>
1 500 001- 3 000 000	623 €	<input type="checkbox"/>
3 000 001-5 000 000	681 €	<input type="checkbox"/>
5 000 001-7 500 000	701 €	<input type="checkbox"/>
7 500 001-10 000 000	814 €	<input type="checkbox"/>
10 000 000-20 000 000	976 €	<input type="checkbox"/>

Fractionnement : Annuel

Mode de paiement : Par prélèvement automatique

DOCUMENTS À JOINDRE

- > Statuts de l'association
- > Dernier procès verbal d'assemblée générale pour les associations dont la date de création est > 1 an
- > Copie des comptes de résultat et compte d'exploitation

DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

SMACL Assurances et SMACL Assurances SA, en qualité de responsables conjoints du traitement, recueillent et utilisent vos données personnelles pour la souscription, la gestion et l'exécution de votre contrat d'assurance. Vos données peuvent également être traitées dans le cadre de nos obligations en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et dans le cadre du dispositif de lutte contre la fraude mis en œuvre dans l'intérêt légitime de SMACL Assurances, de SMACL Assurances SA et de leurs assurés. Enfin, vos données personnelles peuvent être utilisées dans l'intérêt légitime de SMACL Assurances et SMACL Assurances SA pour effectuer des opérations relatives à la gestion des prospects. Pour plus d'informations sur l'utilisation de vos données ou l'exercice de vos droits (accès, rectification, opposition, etc.), consultez notre espace dédié « Données personnelles » sur notre site internet (www.smacl.fr/donnees-personnelles) ou contactez le Délégué à la protection des données : protectiondesdonnees@smacl.fr

DÉCLARATIONS DE LA STRUCTURE

- Déclare que les informations fournies ci-dessus sont complètes et sincères
- Déclare être informé que les réponses faites : - sont des éléments permettant d'apprécier les risques ;
- ont un caractère obligatoire (cf. article L.113-2, 2° du Code des assurances).

En conséquence, je m'expose en cas de réticence, de fausse déclaration intentionnelle, d'omission ou de déclaration inexacte aux sanctions prévues par les articles L.113-8 (nullité du contrat) ou L.113-9 (notamment réductions des indemnités) du Code des assurances.

Fait à , le

Nom et prénom du signataire :

Qualité du signataire :

Signature et cachet :

smacl.fr



05 49 34 29 30 associations@smacl.fr

Sauf exceptions précisées ci-après, vos contrats sont distribués et assurés par **SMACL ASSURANCES SA** - Société anonyme au capital de 138 801 048 euros, entreprise régie par le Code des assurances, RCS Niort n°833 817 224. 141, avenue Salvador-Allende - CS 20000 - 79031 NIORT CEDEX 9. Les contrats Protection juridique Juris Asso, Responsabilité civile des dirigeants et Sécurité des salariés et bénévoles d'associations sont assurés par **SMACL ASSURANCES** - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes régie par le Code des assurances. RCS Niort n°301 309 605. Siège social : 141, avenue Salvador-Allende - CS 20000 - 79031 NIORT CEDEX 9, et distribué par **SMACL ASSURANCES SA**.



01/2024 - Conception : Direction développement et communication SMACL Assurances.

