

1

Je soussigné : M. Mme Melle

Nom : Prénom :

Agissant en qualité de (indiquer votre fonction) :

De l'Apel l'Apel départementale l'Apel académique

Dénomination sociale complète :

Adresse :

Code postal : Ville :

N° de téléphone :

Adresse mail :

2

N° de sociétaire MSC : / / / / / /

3

Déclarations concernant l'association

Je déclare que les caractéristiques de l'association mentionnée ci-dessus sont les suivantes :

Situation financière positive sur les 2 derniers exercices : résultat d'exploitation, résultat net et capitaux propres positifs. Oui Non

Absence de procédure collective à ce jour (Redressement/ liquidation judiciaire) Oui Non

Absence de procédure collective à ce jour (Redressement/ liquidation judiciaire) Oui Non

Absence de recherche de responsabilité du ou des dirigeants à titre personnel sur les 3 derniers exercices Oui Non

Absence de faits susceptibles de donner lieu à réclamation sur les 3 derniers exercices Oui Non

Si vous avez répondu « NON » à au moins une des questions ci-dessus, merci de nous retourner le présent questionnaire accompagné des derniers comptes sociaux de l'association (Bilan et compte de résultat, à défaut budget détaillé recettes / dépenses). Des conditions de garanties spécifiques vous seront proposées.

J'ai répondu « OUI » à toutes les questions

J'ai répondu « OUI » à toutes les questions ci-dessus et je demande l'adhésion de l'association mentionnée en page précédente au contrat «Responsabilité civile des dirigeants d'association» souscrit par l'Apel Nationale auprès de la Mutuelle Saint-Christophe assurances sous le numéro 208500100326 87 aux conditions suivantes .

TARIFS

Apel	Couverture par litige	Cotisation TTC
Académique	80 000 €	150 €
Départementale	45 000 €	45 €
Établissement	38 000 €	38 €

Je déclare que les réponses faites ci-dessus sont exactes, complètes et sincères.

Je reconnaiss avoir été informé, conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée :

- Du caractère obligatoire des réponses aux questions posées et des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L.113-8 (nullité du contrat) et L.113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances.
- Que les destinataires des données personnelles me concernant pourront être d'une part, et en vertu d'une autorisation de la Commission nationale Informatique et Libertés, les collaborateurs de l'assureur responsable du traitement dont la finalité est la souscription, la gestion, et l'exécution des contrats d'assurance et, d'autre part, ses intermédiaires, réassureurs, organismes professionnels habilités ainsi que les sous-traitants missionnés.
- Que mes données peuvent être utilisées dans la mesure où elles sont nécessaires à la gestion et à l'exécution des autres contrats souscrits auprès de lui ou auprès des autres sociétés du groupe auquel il appartient.
- Que je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès de la Mutuelle Saint-Christophe assurances, 277 rue Saint Jacques 75256 Paris cedex 05, pour toute information me concernant.
- Que les données recueillies par l'assureur lors de la souscription et des actes de gestion peuvent être utilisées par la Mutuelle Saint-Christophe assurances à des fins de prospection commerciale. Je peux m'y opposer en écrivant à l'adresse indiquée ci-dessus.
- Les informations contenues dans le présent formulaire ou jointes en annexes à celui-ci seront conservées dans les dossiers de l'assureur et feront partie intégrante du contrat.
- En cas de modifications des déclarations effectuées dans le formulaire ou ses annexes avant la prise d'effet du contrat, le soussigné notifiera ses modifications à l'assureur qui se réserve le droit de modifier ou de retirer son offre.

La signature du présent formulaire ne suffit pas à engager l'assureur.

Fait à :

Le

Cachet du souscripteur

Date d'effet souhaitée :

Date d'échéance :

Fractionnement : annuel

Signature du représentant du souscripteur précédé de la mention « lu et approuvé » :