

Formulaire de nomination ou de renouvellement de dirigeant effectif

Organisme d'assurance, de réassurance ou de retraite professionnelle supplémentaire, ou tête de groupe

1 IDENTITÉ DU BÉNÉFICIAIRE

2 FONCTION ET ORGANISATION

3 DISPONIBILITÉ ET CONFLITS D'INTERÊTS

4 HONORABILITÉ

Informations relatives à la personne nommée ou renouvelée

Civilité *

Madame Monsieur


Nom *

Nom d'usage *

Prénom *

Autres prénoms

Date de naissance *

Pays de naissance *

Code postal commune de naissance *

Commune de naissance *

Nationalité *

Autre nationalité

Niveau de connaissance en français *

Nom du père *

Prénom du père *

Nom de la mère *

Prénom de la mère *

Adresse personnelle *

(Indiquer le lieu de résidence envisagé à la suite de la prise de fonction s'il est différent du lieu actuel. Tout changement d'adresse devra être porté à la connaissance du secrétariat de l'ACPR.)

Adresse *

Pays *

Code postal *

Ville *

Email *

Pièce d'identité *

Fournir une copie ou la version scannée d'une pièce d'identité, comportant photographie, en cours de validité de l'agent personne physique.




Glisser / déposer votre fichier

OU

Curriculum vitae *

Fournir le ou les curriculum vitae en français, actualisés, datés et signés, de l'agent ou de ses responsables. Le curriculum vitae précisera obligatoirement le niveau, la nature et la durée des responsabilités exercées au cours des dix dernières années.




Glisser / déposer votre fichier


OU

* Champ obligatoire

ENVOYER

SAUVEGARDER

ANNULER

Suivant 

Formulaire de nomination ou de renouvellement de dirigeant effectif

Organisme d'assurance, de réassurance ou de retraite professionnelle supplémentaire, ou tête de groupe

1 IDENTITÉ DU BÉNÉFICIAIRE

2 FONCTION ET ORGANISATION

3 DISPONIBILITÉ ET CONFLITS D'INTERÊTS

4 HONORABILITÉ

Informations relatives à la fonction

Fonction dont fait l'objet le présent formulaire *

Date d'entrée en fonction *



Fonctions actuellement exercées au sein de l'entreprise avant la nomination (le cas échéant) *

Fonctions exercées après la nomination *

Le dirigeant effectif a-t-il la qualité de mandataire social ? *

Oui

Non

Quelle est l'étendue des pouvoirs qui vous sont délégués ? *

Quel est leur mode d'attribution ? *

Procès-Verbal *

Fournir le procès-verbal du Conseil d'administration ou du Conseil de surveillance nommant la personne concernée par la présente demande comme dirigeant effectif.



 Glisser / déposer votre fichier

OU

Fichier...

La personne nommée remplace-t-elle quelqu'un d'autre ? *

Oui

Non

Date de fin de mandat *

jj/mm/aaaa



Commentaire *

Dirigeants effectifs



Renseignez les informations ci-dessous pour chaque dirigeant effectif (au sens de l'article L.612-23-1-II du CMF), y compris la personne concernée par la présente demande et détailler les attributions, les connaissances (formation initiale, formation continue) et l'expérience (faire notamment figurer les éventuelles autres fonctions exercées au cours des dix dernières années) Mettre en évidence les fonctions exercées dans le domaine des assurances



Identité *

Fonctions *

Attributions *

Date de nomination et, le cas échéant, durée du mandat *

Formations initiale et continue *

Expérience (assurance/hors assurance en précisant la durée) *

Compétences/Principaux domaines d'expertise *



Organigramme *

Fournir un organigramme fonctionnel de l'organisme pour lequel la présente déclaration est faite. L'organigramme devra préciser les modalités de partage des responsabilités avec les autres dirigeants effectifs.



Glisser / déposer votre fichier

OU

Fichier...

* Champ obligatoire

ENVOYER

SAUVEGARDER

ANNULER

⏪ Précédent | Suivant ⏩

Formulaire de nomination ou de renouvellement de dirigeant effectif

Organisme d'assurance, de réassurance ou de retraite professionnelle supplémentaire, ou tête de groupe

1

IDENTITÉ DU BÉNÉFICIAIRE

2

FONCTION ET ORGANISATION

3

DISPONIBILITÉ ET CONFLITS D'INTERÊTS

4

HONORABILITÉ



Renseignez les informations ci-dessous s'il est prévu que vous commenciez ou continuiez à exercer d'autres postes de responsable de fonction clef ou des mandats de direction et administration"

Mandats au sein du groupe d'appartenance

Avez-vous d'autres mandats au sein du groupe d'appartenance de l'organisme (au sens du L.356-1 du code des assurances) *

Oui Non

Entité ayant leur siège en France

Entité ayant leur siège hors de France

Intitulé du poste *

Dénomination sociale *

Forme juridique *

SIREN, code LEI le cas échéant *



Si vous cumulez des mandats et notamment au sein de la même entité, merci de préciser les dispositions prises afin de remédier à d'éventuels conflits d'intérêts au regard de la notice de l'ACPR du 2 novembre 2016. *

Sans objet le cas échéant

Mandats à l'extérieur du groupe d'appartenance

Avez vous d'autres mandats en dehors du groupe d'appartenance *

Oui Non

Entité ayant leur siège en France

Entité ayant leur siège hors de France

Intitulé du poste *

Dénomination sociale *

Forme juridique *

SIREN, code LEI le cas échéant *



Si vous cumulez des mandats et notamment au sein de la même entité, merci de préciser les dispositions prises afin de remédier à d'éventuels conflits d'intérêts au regard de la notice de l'ACPR du 2 novembre 2016. *

Sans objet le cas échéant

Veuillez également préciser dans quelle mesure votre disponibilité sera suffisante pour exercer effectivement l'ensemble de ces missions. *

Informations complémentaires

Avez-vous détenu au cours des dernières années au moins 20% du capital ou des droits de vote d'une entreprise, été un associé en nom ou un associé en commandité d'une autre entreprise ? *

Oui Non

Nom de l'entreprise *

Activité de l'entreprise *

Niveau de participation (en pourcentage du capital et en droits de vote) *

Période concernée *

Lien entre ces entreprises et l'organisme qui le dépose *



Êtes vous liés par certains engagements (clause de non concurrence par exemple) pris en France ou à l'étranger au titre des fonctions précédemment exercées (fonctions clés ou autres fonctions équivalentes) ? *

Oui Non

Commentaire *

Avez-vous, directement ou indirectement par l'intermédiaire de proches, des liens financiers ou non financiers avec les dirigeants, les membres du conseil ou les titulaires de postes clés de l'entreprise mentionnée dans ce questionnaire ? *

Oui Non

Avez-vous, directement ou indirectement par l'intermédiaire de proches, des liens financiers ou non financiers avec les dirigeants, les membres du conseil ou les titulaires de postes clés de la maison-mère, des actionnaires de contrôle, des filiales ou des sociétés dans lesquelles cette entreprise détient des participations ? *

Oui Non

* Champ obligatoire

ENVOYER

SAUVEGARDER

ANNULER

⏪ Précédent | Suivant ⏩

Formulaire de nomination ou de renouvellement de dirigeant effectif

Organisme d'assurance, de réassurance ou de retraite professionnelle supplémentaire, ou tête de groupe

1 IDENTITÉ DU BÉNÉFICIAIRE

2 FONCTION ET ORGANISATION

3 DISPONIBILITÉ ET CONFLITS D'INTERÊTS

4 HONORABILITÉ



Les entreprises pour lesquelles les informations ci-dessous doivent être précisées sont celles où:

- vous exercez encore des responsabilités ou des fonctions de dirigeants ;
- vous avez exercé au cours des dix dernières années ;
- vous déterminez une participation d'au moins 20% ;
- vous êtes ou vous avez été un associé en nom ou un associé commandité.

Préciser, pour chacun des cas ci-dessous, si l'une des entreprises concernées

S'est vu refuser ou retirer une autorisation ou un agrément dans le domaine bancaire, des assurances ou financier, en France ou à l'étranger ou a fait l'objet d'une mesure de redressement ou liquidation judiciaires en précisant les procédures en cours *

Oui Non

Commentaire *

A vu ses commissaires aux comptes ou les contrôleurs légaux pour les entreprises ayant leur siège social à l'étranger refuser de certifier les comptes ou assortir leur certification de réserves. *

Oui Non

Commentaire *

A fait l'objet d'une condamnation pénale, d'une sanction administrative ou disciplinaire prise par une autorité de contrôle ou une organisation professionnelle, notamment une mesure de suspension ou d'exclusion d'une organisation professionnelle en France ou à l'étranger. Une telle procédure est-elle en cours ? *

Oui Non

Commentaire *

Préciser, pour chacun des cas ci-dessous, si vous avez fait l'objet au cours des dix dernières années

D'une déclaration de non condamnation relative aux I et II de l'article L322-2 du code des assurances d'une condamnation pénale, d'une interdiction de gérer, d'une sanction administrative ou disciplinaire d'une autorité de contrôle ou professionnelle ou d'une mesure de suspension ou d'exclusion d'une organisation professionnelle en France ou à l'étranger. Faites-vous actuellement l'objet d'une telle procédure ? *

Oui Non

Commentaire *

D'un licenciement pour faute professionnelle ou d'une révocation d'un de vos mandats (donnez dans ce cas toutes précisions utiles). Une telle procédure est-elle en cours en France ou à l'étranger ? *

Oui Non

Commentaire *

Casier judiciaire *

Fournir le bulletin n°3 du casier judiciaire datant de moins de 3 mois ou un document équivalent délivré par une autorité administrative ou judiciaire compétente de l'État dont la personne est un ressortissant. Lorsqu'elles sont ressortissantes d'un État qui n'est pas partie à l'accord sur l'Espace Économique Européen, les documents attestant de la régularité de leur situation sur le territoire français. Pour les dirigeants effectifs ne résidant pas en France depuis trois ans au moins, une attestation tenant lieu d'extrait de casier judiciaire, émanant de l'autorité compétente du pays où le déclarant réside et comportant la désignation de l'autorité signataire et du pays concerné



OU

Autres informations

Avez-vous fait l'objet d'un examen par une autre autorité de supervision des assurances ou une autre autorité non assurancielle de votre expérience, compétence et honorabilité ? *

Oui

Non

Si oui préciser le nom de l'autorité de supervision et le pays *

Préciser la date de cette évaluation *

Résultat de l'évaluation *

Fournir, le cas échéant, toute information susceptible d'éclairer l'appréciation de l'ACPR sur votre honorabilité et votre compétence *

Renseigner non concerné le cas échéant

Autres documents associés à la demande



OU

 Fichier...

* Champ obligatoire

ENVOYER

SAUVEGARDER

ANNULER

⏪ Précédent