Annexe I

État déclaratif et fiches

État déclaratif

à remplir par l’organisme d’assurance

Joindre à cet état déclaratif la fiche 1 et les fiches 2 et/ou 3, 4 et/ou 5 dûment remplies par l’expert.

Toute modification du contenu de cette fiche avant la fin de la mission d’expertise et/ou d’actualisation intermédiaire doit être portée sans délai à la connaissance de l’ACPR.

Les évaluations des biens immobiliers ou fonciers réalisées par un expert qui n’aurait pas été accepté dans les conditions de l’instruction no 2017-I-xx sont réputées être non conformes aux dispositions de l’article R.343-11 du code des assurances. De même, toute demande d’acceptation transmise alors que l’expertise a déjà été réalisée n’entre pas dans le cadre de l’article R.343-11 du code des assurances

L’acceptation de l’expert par l’ACPR est réputée accordée dans un délai de deux mois à réception du dossier complet comportant l’état déclaratif et les fiches 1, 2 et/ou 3, 4 et/ou 5 suivant missions.

**Campagne d’expertise exercice comptable de l’année 20**

Organisme relevant :

du Code des assurances

du Code de la mutualité

du Code de la sécurité sociale

No SIREN de l’organisme :

LEI[[1]](#footnote-1) :

Dénomination sociale complète et sigle :

**Identité du dirigeant**

Civilité :

Nom :

Prénom :

Fonction :

**Identité du signataire de la demande d’acceptation de l’expert (si différente du dirigeant)**

Civilité :

Nom :

Prénom :

Fonction :

**Coordonnées du correspondant en charge du suivi de la demande d’acceptation**

Civilité :

Nom :

Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Courriel :

**Mission d’expertise**

Année de la première mission de l’expert proposé au sein de l’organisme

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom de l’expert | Année | Type d’expertise  (immobilière ou centrale) |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Budget de la mission**

* Montant de la mission d’expertise :
* Nombre de biens concernés par la mission d’expertise :
* Biens détenus en direct :
* Nombre de sociétés immobilières ou foncières (détenues majoritairement par l’organisme) :
* Montant des missions d’actualisations intermédiaires :

**DéCLARATION**

Le signataire confirme que l’organisme d’assurance qu’il représente s’est assuré de la compétence, de l’expérience et de l’indépendance de l’expert proposé à l’acceptation de l’ACPR.

Il confirme qu’il n’existe à sa connaissance aucun élément de nature à mettre en cause l’indépendance de l’expert proposé.

Nom, prénom de la personne signataire :

Date :

Signature :

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, les droits d’accès et de rectification des données personnelles peuvent être exercés auprès du Secrétariat général de l’ACPR – 4, place de Budapest CS 92459 75436 PARIS Cedex 09.

1. . *Legal Entity Identifier* : identifiant à utiliser, le cas échéant. [↑](#footnote-ref-1)