***Annexe 1 :* Informations sur le responsable de la demande et la personne de contact**

1. **Personne responsable de la demande d’agrément[[1]](#footnote-1)**

1.1. Veuillez fournir les informations suivantes :

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom |  |
| Fonction |  |
| Date de naissance |  |
| N° de téléphone |  |
|  |  |
| Adresse postale |  |
| Adresse e-mail |  |
| Signature |  |

1.2. Veuillez préciser à quel titre cette personne signe le dossier :

* personne disposant du pouvoir d’engager valablement la société oui/non
* actionnaire qui détiendra le contrôle de l’entreprise oui/non
* futur président du conseil d’administration oui/non
* futur président du comité de direction oui/non

1. **Personne chargée de la préparation du dossier d’agrément[[2]](#footnote-2)**

Veuillez fournir les informations suivantes :

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom |  |
| Fonction |  |
| Date de naissance |  |
| N° de téléphone |  |
|  |  |
| Adresse postale |  |
| Adresse e-mail |  |
| Signature |  |

***Annexe2 :* Informations sur l'entreprise**

1. Entreprise :

* en formation
* entreprise existante

1. Date de constitution de l'entreprise s’il s’agit d’une entreprise existante

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Jour | Mois | Année |

1. Dénomination sociale

|  |
| --- |
|  |

1. Si, dans le passé, l'entreprise a eu une ou plusieurs autres dénominations, il convient de les mentionner en précisant la date à laquelle la modification a eu lieu :

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. Forme Juridique :

|  |
| --- |
|  |

1. Siège social

|  |
| --- |
|  |

1. Capital

|  |  |
| --- | --- |
| Capital social (en lettres et en chiffres) |  |
| Capital libéré (en lettres et en chiffres) |  |

1. Date de la dernière modification des statuts

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Jour | Mois | Année |

1. Veuillez joindre en annexe au présent formulaire une copie des statuts.

***Annexe3 :* Formulaire concernant les branches sur lesquelles porte la demande d’agrément et les autres activités**

|  |  |
| --- | --- |
| **Branches IARD** | |
| **Classification des risques par branche conformément à l’article 333** | |
|  | 1°) Accidents (y compris les accidents de travail et les maladies professionnelles) |
|  | 2°) Maladie |
|  | 3°) Corps de véhicules terrestres (autre que ferroviaire) |
|  | 4°) Corps de véhicules ferroviaires |
|  | 5°) Corps de véhicules aériens |
|  | 6°) Corps de véhicules maritimes, lacustres et fluviaux |
|  | 7°) Marchandises transportées, y compris les marchandises, bagages et tous autres biens. |
|  | 8°) Incendie et éléments naturels |
|  | 9°) Autres dommages aux biens : tout dommage subi par les biens (autres que les biens compris dans les branches 3, 4, 5, 6 et 7) |
|  | 10°) R. C.véhicules terrestres automoteurs |
|  | 11°) R. C. véhicules aériens |
|  | 12°) R. C. véhicules maritimes, lacustres et fluviaux |
|  | 13°) Responsabilité civile générale |
|  | 14°) Crédit |
|  | 15°) Caution : |
|  | 16°) Pertes pécuniaires diverses |
|  | 17°) Protection juridique |
|  | 18°) Assistance |

|  |  |
| --- | --- |
| **Branches Vie et Capitalisation** | |
| **Classification des risques par branche conformément à l’article 335** | |
|  | 20°) Assurance Vie-décès |
|  | 21°) Assurance liée à des fonds d’investissement |
|  | 22°) Opérations tontinières |
|  | 23°) Opérations de capitalisation |

***Annexe 4*** : **Informations sur les actionnaires significatifs( atteignant 20% de participation dans le capital**

Il est demandé à chaque personne (physique ou morale) concernée de compléter le formulaire conforme au modèle joint au point A ou B de la présente annexe. Prière joindre la déclaration personnelle de chaque intéressé, rédigée conformément au modèle de lettre joint au point C.

1. ***Renseignements relatifs aux actionnaires significatifs, personnes physiques***

Date :

Dénomination de

l’entreprise d’assurances :

1. Identité de la personne physique actionnaire significatif :

Nom :

Prénom(s) :

Lieu et date de naissance :

Nationalité :

Adresse :

1. Activité professionnelle :

* Société :
* Fonction :

1. Fraction du capital que vous détiendrez dans l’entreprise d’assurances ou que vous détenez actuellement

* Montant :
* Pourcentage :

1. Quotité de droits de vote que vous détiendrez dans l’entreprise d’assurances ou que vous détenez actuellement

* Nombre :
* Pourcentage :

1. Veuillez indiquer l'origine des fonds que vous utiliserez ou avez utilisés pour libérer le capital de l’entreprise d’assurances (patrimoine propre ? emprunt ?).

1. Détenez-vous une participation qualifiée dans d'autres entreprises d’assurances? Dans l'affirmative, veuillez mentionner ces participations (en précisant la dénomination et l'adresse de chaque entreprise d’assurances, ainsi que le pourcentage de la fraction du capital.

1. Sanctions pénales

Avez-vous fait l'objet de sanctions pénales pour vos activités professionnelles à la suite d'une enquête ou d'une procédure à l'initiative d'une association professionnelle ou d'une administration au Burundi ou ailleurs? Dans l'affirmative, veuillez donner les précisions nécessaires.

Pour toute modification relative aux informations qui précèdent, une mise à jour est requise.

Nom de la personne ayant

établi la déclaration

(signature) :

1. ***Renseignements relatifs aux actionnaires significatifs, personnes morales***

Date :

Dénomination de

l’entreprise d’assurances :

1. Identité de la personne morale actionnaire significatif[[3]](#footnote-3)

Dénomination et forme juridique

de la personne morale :

Adresse du siège social :

Lieu et date de constitution :

Droit selon lequel

la société a été constituée :

Objet social :

Liste des administrateurs :

Nom et qualité du signataire

de ce formulaire :

Veuillez joindre en annexe le texte mis à jour et légalisé des statuts.

1. Représentation au conseil d'administration de l'entreprise.

La personne morale est-elle ou sera-t-elle représentée au conseil d'administration de l’entreprise d’assurances? Dans l'affirmative, veuillez donner les renseignements complémentaires suivants:

Identité du représentant

Nom :

Prénom(s) :

Lieu et date de naissance :

Nationalité :

Adresse :

1. Sanctions pénales

Le représentant a-t-il fait l'objet de sanctions pénales pour ses activités professionnelles à la suite d'une enquête ou d'une procédure à l'initiative d'une association professionnelle ou d'une administration ? Dans l'affirmative, veuillez donner les précisions nécessaires.

1. Fraction du capital que la personne morale détient ou détiendra dans l’entreprise d’assurances

* Montant :
* Pourcentage :

1. Quotité de droits de vote que la personne morale détient ou détiendra dans l’entreprise d’assurances

* Nombre :
* Pourcentage :

1. Veuillez indiquer l'origine des fonds qu’utilisera ou qu’a utilisés la personne morale pour libérer le capital de l’entreprise d’assurances (patrimoine propre ? emprunt ?).

1. La personne morale détient-elle une participation qualifiée dans d'autres entreprises d’assurances? Dans l'affirmative, veuillez mentionner ces participations (en précisant la dénomination et l'adresse de chaque entreprise d’assurances, ainsi que le pourcentage de la fraction du capital.

1. Sanctions pénales

La personne morale a-t-elle fait l'objet de sanctions pénales en matière d'activités professionnelles, à la suite d'une enquête ou d'une procédure à l'initiative d'une association professionnelle ou d'une administration ? Dans l'affirmative, veuillez donner les précisions nécessaires.

Pour toute modification relative aux informations qui précèdent, en particulier la liste des signatures, une mise à jour est requise.

Nom de la personne ayant

établi la déclaration :

(signature) :

1. ***Modèle de texte pour la déclaration****[[4]](#footnote-4)*

Monsieur / Madame le Président de la Commission de

Supervision et de Régulation des Assurances

à

**BUJUMBURA**

Monsieur / Madame le Président,

Je certifie que les renseignements contenus en annexe …/... au dossier d’agrément sont sincères et fidèles, et qu'à ma connaissance, il n'existe aucun autre fait important qui doit être signalé à l’Agence de Régulation et de Contrôle des Assurances.

Je m'engage à informer immédiatement l’Agence de Régulation et de Contrôle des Assurances de toute modification qui apporterait un changement significatif aux informations communiquées.

Je vous prie d'agréer, **Monsieur le Président**, l'expression de mes sentiments distingués.

Signature

(Nom et qualité

du signataire

de cette lettre) :

Date et lieu :

***Annexe 5* : Informations sur les personnes faisant partie du groupe de l’entreprise d’assurances**

Date :

Dénomination de

l’entreprise d’assurances :

1. Identité de la personne

Personne physique

Nom et prénom :

Adresse postale :

Personne morale

Dénomination et forme juridique

de la société :

Adresse :

Lieu et date de constitution :

Droit selon lequel

la société a été constituée :

Date de clôture du bilan :

Montant du capital souscrit :

Montant du capital libéré :

1. Fraction du capital que la personne morale détient ou détiendra dans l’entreprise d’assurances

* Montant :
* Pourcentage :

1. Quotité de droits de vote que la personne morale détient ou détiendra dans l’entreprise d’assurances

* Nombre :
* Pourcentage :

***Annexe 6***: **Informations à fournir par les candidats à l’exercice d’une fonction de dirigeant d’entreprise**

Les informations demandées dans le présent formulaire sont destinées à la vérification du respect des dispositions des articles 344 et 345 du Code des assurances ainsi que la vérification du respect des dispositions de la circulaire n°540/93/001 du 04 décembre 2020 relative à l’agrément des dirigeants des entreprises d’assurances.

Toute personne physique dont la candidature est présentée pour l’exercice d’une fonction de dirigeant d’une entreprise d’assurances est dès lors invitée à remplir et à communiquer à l’ARCA le présent formulaire.

Doivent en outre être annexés au formulaire :

- copie certifiée conforme de l’acte de naissance datant de moins de six (06) mois

- un certificat de bonnes vie et mœurs récent[[5]](#footnote-5)du candidat dirigeant (ou un document équivalent émis par une autorité étrangère) ;

- un extrait de casier judiciaire récent[[6]](#footnote-6) ;

- son curriculum vitae daté et signé ;

- une copie certifiée conforme des diplômes ;

- deux photos passeport ;

- un certificat de non faillite ;

- une attestation de fonction et tout autre justificatif de l’expérience professionnelle ;

- l’acte portant désignation du dirigeant ;

- une carte de résident pour les étrangers

- tout autre document nécessaire pour une bonne compréhension des réponses fournies.

1. **Identité du candidat dirigeant**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Prénom(s) |  |
| Date et lieu de naissance |  |
| Nationalité |  |
| Domicile |  |
| N° de tél./Mobile |  |
| Adresse e-mail |  |

1. **Informations relatives aux compétences du candidat dirigeant d’entreprise**
   1. Etudes (en commençant par les dernières études)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom de l’établissement | Date  de début | | Date  de fin | | Diplôme obtenu |
| Mois | Année | Mois | Année |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

* 1. Expérience professionnelle au sein d’entreprises du secteur financier au cours des cinq dernières années.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom et domaine d’activité de l’entreprise | Description de la fonction exercée | Date  de début | | Date  de fin | |
| Mois | Année | Mois | Année |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

* 1. Autres expériences professionnelles au cours des cinq dernières années.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom et domaine d’activité de l’entreprise | Description de la fonction exercée | Date  de début | | Date  de fin | |
| Mois | Année | Mois | Année |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

N.B. : Pour les points 2.2 et 2.3, veuillez attacher les attestations des services rendus ou toute autre preuve.

* 1. Veuillez indiquer les raisons de votre départ des entreprises mentionnées ainsi que l’existence, le cas échéant, d’une clause de non-concurrence dans votre contrat ou de tout autre engagement vous liant au titre de fonctions précédemment exercées.

* 1. Quelle fonction exercerez-vous au sein de l’établissement pour lequel votre candidature est présentée, et quelles tâches relèveront plus spécifiquement à ce titre de vos responsabilités.

* 1. Dans le tableau ci-après doivent être mentionnées les coordonnées d’au moins deux personnes de référence. L'une d'entre elles devrait si possible représenter un employeur précédent.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1 | 2 | 3 |
| Nom et prénom |  |  |  |
| Adresse |  |  |  |
| Téléphone/GSM |  |  |  |
| Qualité |  |  |  |

1. **Informations relatives à l’honorabilité du candidat dirigeant**
   1. Avez-vous fait l'objet de sanctions pénales pour vos activités professionnelles à la suite d'une enquête ou d'une procédure à l'initiative d'une association professionnelle ou d'une administration au Burundi ou ailleurs? Dans l'affirmative, veuillez donner les précisions nécessaires.

* 1. Avez-vous fait l’objet d’un licenciement pour faute grave, ou d’une rupture pour faute grave d’un contrat en exécution duquel vous exerciez une activité professionnelle à titre d’indépendant ?

* 1. Une société dont vous êtes ou étiez dirigeant, a-t-elle fait l’objet d’un refus ou d’un retrait d’agrément ?

1. **Autres informations relatives au candidat dirigeant**

Etes-vous investi d'un ou de plusieurs mandats de gestion portant sur des avoirs ou des comptes de personnes tierces, y compris des membres de votre famille, soit à titre personnel, soit par le biais d'une société de droit burundais ou étranger ?

***Annexe 7* : Proposition de désignation d’un compliance officer**

1. Nom de l'entreprise :

* Identité de la personne à qui la fonction de Compliance Officer sera confiée

* Place du Compliance Officer au sein de l’organisation

* La personne qui sera chargée de la fonction de Compliance Officer exerce-t-elle / exercera-telle d’autres tâches pour l’entreprise concernée ? Si oui, lesquelles ?

* Diplômes et formations

* Expérience professionnelle

Fait le…./…../20..

(Signature d’une personne pouvant engager l'entreprise)

(Nom et qualité du signataire)

***Annexe 8* : Proposition de désignation du responsable de la prévention du blanchiment de capitaux et du financement du terrorisme**

1. Nom de l'entreprise :
2. Identité du responsable :

1. Place du responsable au sein

de l’organisation :

1. La personne responsable exerce-t-elle ou

exercera-t-elle d’autres tâches pour l’entreprise

concernée ? Si oui, les quelles ? :

1. Diplômes et formations :

1. Expérience professionnelle :

Fait le…./…../20..

(Signature d’une personne pouvant engager l'entreprise)

(Nom et qualité du signataire)

***Annexe 9*: Propositionde désignation du responsable de l’audit interne**

1. Nom de l'entreprise :
2. Identité de la personne à qui la

fonction d'audit interne sera confiée[[7]](#footnote-7) :

* 1. En cas de personne morale, nom du représentant :
  2. La personne qui sera chargée de la fonction

d'audit interne est-elle / sera-t-elle un membre

du personnel de l'entreprise concernée ? : OUI / NON

S'il a été répondu "Non" à la question 2.2, joindre le contrat.

* 1. La personne qui sera chargée de la fonction

d'audit interne exerce-t-elle /exercera-t-elle

d'autres tâches pour l'entreprise concernée[[8]](#footnote-8) ? : OUI / NON

S'il a été répondu "Oui" à la question 2.3, préciser les autres tâches à exercer par cette personne.

* 1. Diplômes et formations :

* 1. Expérience professionnelle antérieure :

Fait le…./…../20….

(Signature d’une personne pouvant engager l'entreprise)

(Nom et qualité du signataire)

***Annexe 10*: Proposition de désignation d'un commissaire aux comptes**

L'entreprise contrôlée ci-après dénommée :

(dénomination sociale)

***PROPOSE*** de désigner, pour le mandat de commissaire aux comptes, le(s) commissaire(s) aux comptes ci-après dénommé(e)(s):

(nom du commissaire aux comptes)

pour la période allant du: ……./……/20.... (date du début du mandat)

au:

……./…… /20….(date de fin du mandat)

Le(s) commissaire(s) aux comptes adhère(nt) à cette proposition et déclare(nt) avoir pris connaissance

des directifs de l’ARCA aux commissaires aux commissaires aux comptes :

Le ……../……./20….

(signature du commissaire aux comptes)

***Annexe 11*: Propositionde désignation d’un actuaire[[9]](#footnote-9)**

Entreprise d’assurances

Nom :

Prénom(s) :

Lieu et date de naissance41[[10]](#footnote-10) :

Adresse :

Nationalité :

Connaissance des langues :

Diplôme (s)42[[11]](#footnote-11) :

Expérience professionnelle antérieure :

Fonction (s) et mission (s) actuelle (s) :

Le cas échéant, l’association professionnelle

à laquelle l’actuaire est affiliée :

Fait le…./…../20..

(Signature d’une personne pouvant engager l'entreprise)

(Nom et qualité du signataire)

***Annexe 12* : Etat relatif aux éléments constitutifs de la marge de solvabilité**

1. **Entreprise Non vie ou IARD**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Eléments[[12]](#footnote-12)  1°) Capital social versé  2°) Moitié de la fraction non versée du capital social  3°) Réserves ne correspondant pas à des engagements  4°) Bénéfice reporté  5°) Plus-values de réévaluations  **Total**  **A DEDUIRE**  Eléments incorporels inscrits au bilan :  1°) Frais d’établissement  2°) Autres actifs incorporels  Pertes  **Total** | Au moment de la  demande d’agrément | Prévision 1er  exercice | Prévision 2è  exercice | Prévision 3è  exercice |
| ……………  ……………  …………….  …………….  …………….  …………….  ……………..  ………………  ………………  ………………  ……………… | ……………  ……………  …………….  …………….  …………….  …………….  ……………..  ………………  ………………  ………………  ……………… | ……………  ……………  …………….  …………….  …………….  …………….  ……………..  ………………  ………………  ………………  ……………… | ……………  ……………  …………….  …………….  …………….  …………….  ……………..  ………………  ………………  ………………  ……………… |

1. **Entreprise Vie et Capitalisation**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Eléments[[13]](#footnote-13)  1°) Capital social versé  2°) Moitié de la fraction non versée du capital social  3°) Réserves ne correspondant pas à des engagements  4°) Bénéfice reporté  5°) Plus-values de réévaluations  **Total**  **A DEDUIRE**  Eléments incorporels inscrits au bilan :  1°) Frais d’établissement  2°) Autres actifs incorporels  Pertes  **Total** | Au moment de la  demande d’agrément | Prévision 1er  exercice | Prévision 2è  exercice | Prévision 3è  exercice |
| ……………  ……………  …………….  …………….  …………….  …………….  ……………..  ………………  ………………  ………………  ……………… | ……………  ……………  …………….  …………….  …………….  …………….  ……………..  ………………  ………………  ………………  ……………… | ……………  ……………  …………….  …………….  …………….  …………….  ……………..  ………………  ………………  ………………  ……………… | ……………  ……………  …………….  …………….  …………….  …………….  ……………..  ………………  ………………  ………………  ……………… |

1. Personne qui signe le dossier d’agrément et qui est responsable de la véracité des informations communiquées dans le dossier d’agrément. [↑](#footnote-ref-1)
2. Personne que l’ARCA peut contacter pour toute question ou information concernant le dossier d’agrément. [↑](#footnote-ref-2)
3. Qui détient directement ou indirectement 20% ou plus du capital social ou des droits de vote [↑](#footnote-ref-3)
4. Tout actionnaire pour lequel l’annexe 4 est établie, est tenu de renvoyer une telle déclaration, complétée et signée, à l’ARCA. [↑](#footnote-ref-4)
5. Datant de moins de trois mois. [↑](#footnote-ref-5)
6. Datant de moins de trois mois [↑](#footnote-ref-6)
7. Il s'agit soit du membre du personnel de l'entreprise, soit de la personne ( physique ou morale) à qui la fonction

   d'audit interne est confiée, [↑](#footnote-ref-7)
8. Sont visées ici les tâches exercées par le membre du personnel chargé de la fonction d'audit interne dans

   l'entreprise concernée ou celles exercées par le tiers à qui la fonction d'audit interne a été confiée [↑](#footnote-ref-8)
9. Prière de communiquer systématiquement toute modification ultérieure à ces données [↑](#footnote-ref-9)
10. Prière de joindre un extrait d’acte de naissance [↑](#footnote-ref-10)
11. Prière de joindre une copie certifiée conforme du (ou des) diplôme(s) [↑](#footnote-ref-11)
12. Article 445 du code des assurances [↑](#footnote-ref-12)
13. Article 445 du code des assurances [↑](#footnote-ref-13)