**ATTESTATION D’ASSURANCE**

**Les soussignés, signataires autorisés de** (raison sociale et adresse complètes de l’Assureur)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………

…..………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………..…..…

**attestent de ce que la personne physique ou morale ci-après désignée :**

(Nom du Conseiller à la clientèle ou Raison sociale du Prestataire de services financiers) …………………………….…………………………….………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………..……………

**est couvert par la police d’assurance responsabilité civile professionnelle en vigueur :**

(n° de police) ………………………………**, dont le titulaire est :** (Nom et adresse du Titulaire de la police)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**et de ce que cette police remplit les conditions posées à l’art. 32 OSFIN, à savoir :**

* **L’assurance responsabilité civile professionnelle couvre la responsabilité civile légale pour les dommages pécuniaires résultant de violations d’obligations de diligence professionnelle commises par le prestataire de services financiers ou par le conseiller à la clientèle dans l’exercice de son activité.**
* **La somme d’assurance disponible pour couvrir l’ensemble des sinistres sur une année s’élève à au moins CHF 500’000. Si l’assurance est conclue par un prestataire de services financiers qui emploie plusieurs conseillers à la clientèle, la somme d’assurance est au moins la suivante:**
  + **pour deux à quatre conseillers: CHF 1'500'000.-;**
  + **pour cinq à huit conseillers: CHF 3'000'000.-;**
  + **pour plus de huit conseillers: CHF 10'000'000.-.**
* **L’assurance responsabilité civile professionnelle prévoit un délai de résiliation ordinaire d’au moins trois mois. Elle couvre également les prétentions pour dommages émises dans l’année qui suit la fin du contrat d’assurance, pour autant que les dommages aient été causés pendant la durée du contrat et qu’aucune autre assurance n’ait d’obligation de prestations.**

**Lieu, date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Signatures, noms et prénoms :**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**