

**Assurance responsabilité civile et risques annexes**

**Annexe financière n°1**

***A fournir en complément de l’Acte d’engagement***

***Société (ou Cabinet)*** :

*Adresse* :

*Représentant de la Société (ou du Cabinet)* :

Madame / Monsieur :

Fonction :

Accepte de garantir l’Institution nationale des Invalides, *sise* : 6 boulevard des Invalides CS 70807 – 75700 Paris cedex 07.

**Sans réserve**

**Avec réserves** *(énumérer et préciser les exclusions, dérogations, modifications par rapport au cahier des charges)*

Aux clauses et conditions du cahier des charges.

* ***Assurance responsabilité civile et risques annexes***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **GARANTIES** | **TAUX HT / FORFAIT** | **COTISATION ANNUELLE** | |
| Responsabilité civile et risques annexes  Assiette de cotisation : ………………€ |  | HT | TTC |
| € | € |
| Défense recours |  | € | € |

**Observations / Réserves**

**Numérotées et détaillées**

***Signataires*** :

*Fait à …………, le Fait à …………, le*

*L’Assureur L’intermédiaire*