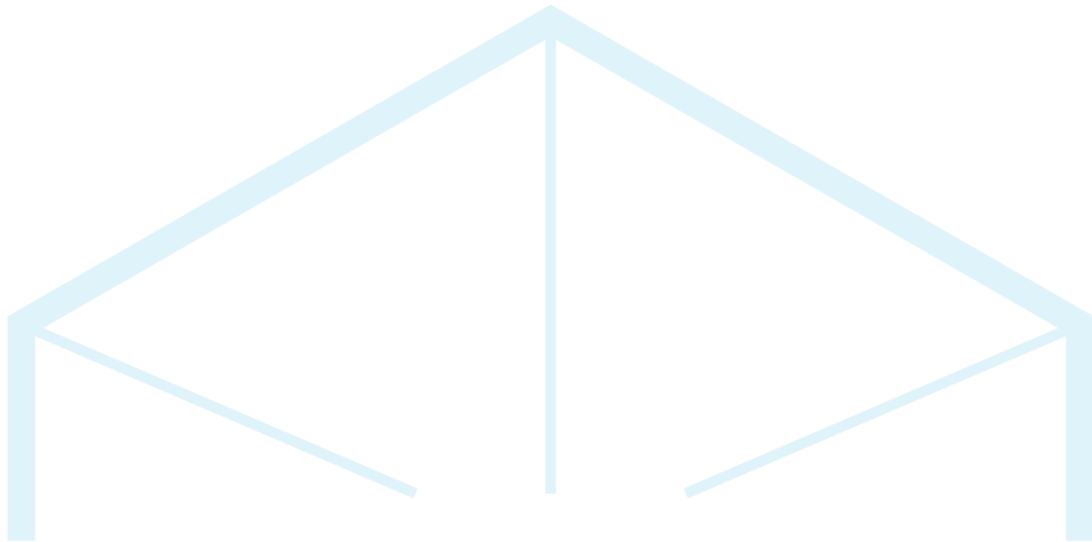


Dossier de Candidature

2022

À propos de la CNSCRA



La **Compagnie Nationale des Services de Conseil en Risques & Assurances** est un Syndicat Professionnel qui a été créé en **1987**

(d'abord sous le nom de SNPC, puis, en 1999, lorsque le SNASS l'a rejoint, sous la dénomination de SACRA et depuis 2018 sous celle de CNSCRA)

regroupant des Entreprises Prestataires de Services de

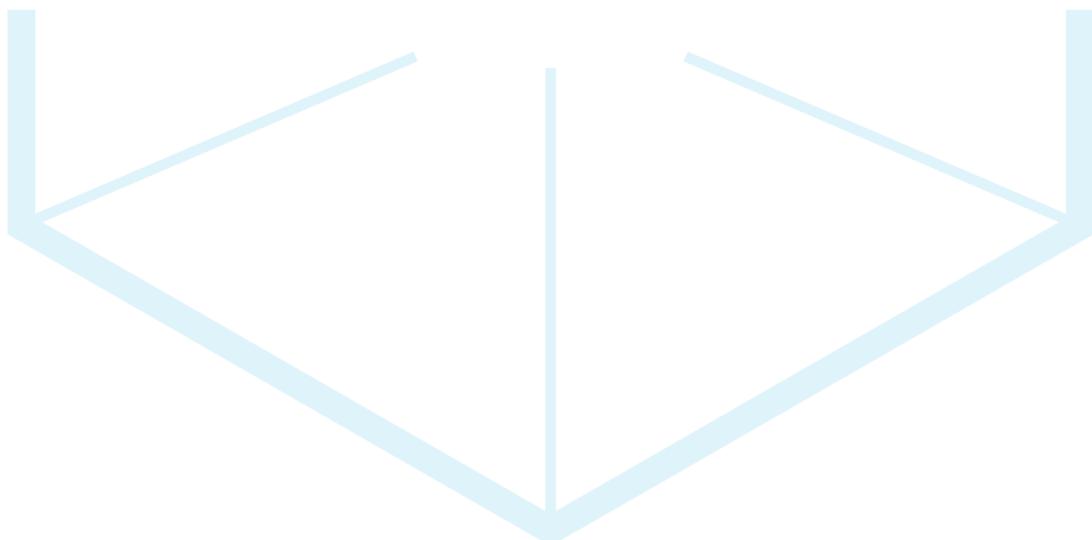
- **Conseil en Gestion de Risques**
- **Intervention en Prévention des Risques Professionnels** *(iPRP enregistrés auprès de la DiRECCTE)*
- **Conseil en Assurances** *(immatriculés au Registre Unique tenu par l'ORiAS)*
- **Conseil en Protection Sociale** *(immatriculés au Registre Unique tenu par l'ORiAS)*
- **Expertise d'Assuré** *(estimation préalable, expertise sinistre)*

à ce titre, elle est un membre à part entière de l'Écosystème Assuranciel.

Dans le cadre de sa promotion de bonnes pratiques professionnelles elle a notamment publié les **REGLES PROFESSIONNELLES DES SERVICES DE CONSEIL EN ASSURANCES**

mis en place le **LABEL CNSCRA**

ainsi que les **CNSCRA campus** *(sessions de formation et développement professionnels continus)*



Les informations & documents nécessaires à l'instruction de votre candidature

- Document de présentation (type "C.V.") de votre **formation initiale & continue** ainsi de que votre **parcours professionnel** et des **missions** que vous avez conduites

- Extrait Kbis** (ou extrait K, si vous exercez en Ei ou EIRL) **original de moins de trois mois**
+ merci d'indiquer ici :

Date de début d'activité ____ / ____ / ____ n° SIREN _____

Dénomination _____

Forme d'exercice Ei EIRL EURL SASU SARL SAS SA autre _____

Siège social _____

Téléphone _____ T.Portable _____

Courriel _____ @ _____ . _____

Website **www** . _____ . _____

Dirigeant(s)

Prénom	Nom	Fonction

Effectif total

Salariés <i>(y compris alternants)</i>	intérimaires	Stagiaires	Non-Salariés
---	--------------	------------	--------------

Chiffre d'Affaires

	réalisé au cours de l'exercice écoulé	prévisionnel de l'exercice en cours
France métropolitaine & outre-mer	€	€
reste de l'Espace Économique Européen	€	€
Suisse	€	€
Royaume uni	€	€
USA/Canada	€	€
reste du Monde	€	€

Établissement permanent **hors de France** Non Oui, merci d'indiquer où : _____

Si votre entreprise est **en cours de constitution**, vous n'êtes probablement pas en mesure de nous fournir votre K ou Kbis, dans ce cas, merci de cocher cette case

▪ Profession

Audit & Conseil en Gestion de Risques

Oui Non

dans l'affirmative, merci de joindre les **Diplômes** (CEFAR, ARM, GGRC, IMR, MGR, MRI, MRAE, MSRI, GRITE, EAGRIE, MRSM,...) ou **Certificats** (ISO31000, ISO22301,...) correspondants

intervention en Prévention des Risques Professionnels

Oui Non

dans l'affirmative, merci d'inscrire ici le n° d'enregistrement auprès de la DIRECCTE :

Audit & Conseil en Assurances

Oui Non

activité réglementée relevant des articles L. 511-1- I & R. 511-1 du Code des Assurances dans la mesure où la mission consiste à aider le Client à conclure ou à exécuter un contrat d'assurance, en prenant des mesures complémentaires à la fourniture de données & d'informations, en

- réalisant des travaux d'analyse et de conseil préparatoires à la conclusion de contrats d'assurance,
- fournissant des informations sur un ou plusieurs contrats d'assurance selon des critères choisis par le Client,
- établissant un classement de produits d'assurance comprenant une comparaison des prix et des produits,
- fournissant des recommandations sur des contrats d'assurance,
- aidant le Client à conclure ces contrats d'assurance,
- contribuant à la gestion à l'évolution et à l'exécution de contrats d'assurance, notamment en cas de sinistre,

dans les limites de l'article 59 de la Loi n° 71-1130

dans le cadre de l'article L521-2-II-1-c du Code des Assurances

▪ avec une rémunération correspondant exclusivement à l'article L521-2-II-2-a du Code des Assurances (c'est-à-dire Honoraires)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
▪ n'étant pas titulaire d'un Traité de Nomination qui aurait été délivré par une Entreprise d'assurance, n'étant donc pas Agent Général d'assurance (AGA),	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
▪ ne bénéficiant pas d'une Convention de Distribution qui aurait été conclue avec une Entreprise d'assurance, n'étant donc pas Courtier d'assurance (COA),	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
▪ n'étant pas titulaire d'un Mandat qui aurait été délivré par une Entreprise d'assurance ou par un Agent Général ou Courtier d'assurance ou un Mandataire d'assurance, n'étant donc ni Mandataire d'assurance (MA) ni Mandataire d'intermédiaire d'assurance (MiA),	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
▪ n'ayant pas conclu de Contrat de Co-Courtage avec un Courtier d'assurance, n'étant déjà pas Courtier d'assurance : ne pouvant évidemment pas être Co-Courtier d'assurance,	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

ne pouvant donc pas "**vendre**" de contrat d'assurance,

▪ n'ayant pas conclu de Convention d'indication avec une Entreprise d'assurance ou un Mandataire d'assurance ou Agent Général d'assurance ou Courtier d'assurance ou Mandataire d'intermédiaire d'assurance, il n'est donc pas indicateur d'assurance (iA), ne percevant donc pas de rémunération d'apport d'affaire,	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
▪ n'étant pas autorisé à encaisser de fonds destiné à payer/rembourser des cotisations d'assurance ou à l'indemnisation d'un préjudice/sinistre.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Audit & Conseil en Protection Sociale

Oui Non

activité réglementée relevant des articles L. 511-1- I & R. 511-1 du Code des Assurances dans la mesure où la mission consiste à aider le Client à conclure ou à exécuter un contrat de protection sociale, en prenant des mesures complémentaires à la fourniture de données & d'informations, en

- réalisant des travaux d'analyse et de conseil préparatoires à la conclusion de contrats de protection sociale,
- fournissant des informations sur un ou plusieurs contrats de protection sociale selon des critères choisis par le Client,
- établissant un classement de produits de protection sociale comprenant une comparaison des prix et des produits,
- fournissant des recommandations sur des contrats de protection sociale,
- aidant le Client à conclure ces contrats de protection sociale,
- contribuant à la gestion à l'évolution et à l'exécution de contrats de protection sociale, notamment en cas de sinistre,

dans les limites de l'article 59 de la Loi n° 71-1130

dans le cadre de l'article L521-2-II-1-c du Code des Assurances

▪ avec une rémunération correspondant exclusivement à l'article L521-2-II-2-a du Code des Assurances (c'est-à-dire Honoraires)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
▪ n'étant pas titulaire d'un Traité de Nomination qui aurait été délivré par une Entreprise d'assurance, n'étant donc pas Agent Général d'assurance (AGA),	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
▪ ne bénéficiant pas d'une Convention de Distribution qui aurait été conclue avec une Entreprise d'assurance, il n'est donc pas Courtier d'assurance (COA),	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
▪ n'étant pas titulaire d'un Mandat qui aurait été délivré par une Entreprise d'assurance ou par un Agent Général ou Courtier d'assurance ou un Mandataire d'assurance, n'étant donc ni Mandataire d'assurance (MA) ni Mandataire d'intermédiaire d'assurance (MiA),	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
▪ n'ayant pas conclu de Contrat de Co-Courtage avec un Courtier d'assurance, n'étant déjà pas Courtier d'assurance : ne pouvant évidemment pas être Co-Courtier d'assurance,	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
ne pouvant donc pas "vendre" de contrat de protection sociale,		
▪ n'ayant pas conclu de Convention d'indication avec une Entreprise d'assurance ou un Mandataire d'assurance ou Agent Général d'assurance ou Courtier d'assurance ou Mandataire d'intermédiaire d'assurance, il n'est donc pas indicateur de protection sociale (iPS), ne percevant donc pas de rémunération d'apport d'affaire,	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
▪ n'étant pas autorisé à encaisser de fonds destiné à payer/rembourser des cotisations d'assurance ou à l'indemnisation d'un préjudice/sinistre.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Expertise d'Assuré

Oui Non

▪ Missions

constatation, diagnostic, audit, conseil, assistance, accompagnement, monitorat, gestion, évaluation, expertise, externalisation, sous-traitance, formation

▪ Thèmes d'intervention

description, cartographie, évaluation, analyse, préconisation, recommandation	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
prévention, surveillance, protection, sécurité, sûreté, contrôle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
changement, évolution, amélioration	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
management de risques ^{et/ou} de la conformité ^{et/ou} de la continuité d'approvisionnement ^{et/ou} de la continuité d'activité	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
organisation justification & suivi de contrôles & vérifications, formations & habilitations, plans d'actions & améliorations	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
auto-assurance, franchise, rétention, limitation, cession	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
non-conformité, litige, sinistre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
recours amiable, recouvrement amiable de créances	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
cahier des charges, appel d'offres, critères de choix	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
passation/modification/historisation de contrat/marché	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
annexe assurancielle au rapport annuel de gouvernance	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
autre(s) dans l'affirmative, merci de préciser	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

- ainsi que toute activité connexe ou annexe pouvant s'y rattacher, y compris

archivage documentaire associé pour compte de tiers	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
la fourniture de logiciels associés (Packaged Software - PS) ou de services associés (Software as a Service - Saas), spécifiquement développés ou basés sur un moteur tiers personnalisé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
édition/publication (par tous moyens & sur tous supports) d'articles, interviews, revues, périodiques, brochures, monographies, livres, films, vidéos, illustrations, MOOC (massive online open courses), COOC (corporate online open courses), SPOC (small private online courses), SOOC (small online open courses), relatifs aux missions & thèmes précités	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
organisation d'évènements (conférences, débats, colloques, congrès, exposition, jeux, concours) de toutes formes (in-situ, on-line/digital) relatifs aux missions & thèmes précités	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

▪ Clientèle

- Collectivité Territoriale, Établissement Public Local, Établissement Public d'État à Compétence Locale, Établissement Public Administratif Oui Non
 - Établissement Public Économique, Établissement Public industriel & Commercial Oui Non
 - Bailleur Social (OPH, ESH, SEM, COOP, Fondations,...) Oui Non
 - Association (privées ou professionnelles) Oui Non
 - Établissement de Soins (privés ou publics) Oui Non
 - EHPAD, MARPA, Maisons de Retraite, Foyer-Logements Oui Non
 - Entreprise (fabrication, négoce, logistique, services, conseils, ...) Oui Non
 - Autre (dans l'affirmative, merci de préciser ci-dessous) Oui Non
-

▪ Zone géographique d'intervention

- Département
 - Département & Départements limitrophes
 - Région
 - Région & Départements limitrophes
 - Région & Régions limitrophes
 - France métropolitaine
 - Départements d'Outre-Mer
 - Collectivités d'Outre-Mer
 - Pays d'Outre-Mer à statut particulier
 - Territoire d'Outre-Mer à statut particulier
 - Espace Économique Européen
 - Autre mention souhaitée (dans l'affirmative, merci de préciser ci-dessous)
-

▪ Êtes-vous Membre

- d'un **autre Syndicat Professionnel** ? Oui Non
dans l'affirmative, merci de préciser ici le(s) quel(s) :
-

- de l'**AMRAE** (association pour le management des risques et des assurances de l'entreprise) ? Oui Non

- d'une **autre Association Professionnelle** ? Oui Non
dans l'affirmative, merci de préciser ici la(les) quelle(s) :
-

- Disposez-vous de **Qualification**_(s) **OPQCM** ^{et/ou} **OPQF** ? Oui Non
dans l'affirmative, merci de préciser ici la(les) quelle(s) :
-

- Disposez-vous de **Certification**_(s) **ISO** ou **QUALiCERT** ou **CERTiS** ou **BCS** ? Oui Non
dans l'affirmative, merci de préciser ici la(les) quelle(s) :
-

- Votre **activité de Formation** est-elle enregistrée auprès de la Direccte ? Oui Non
dans l'affirmative, merci de préciser ici votre numéro d'enregistrement & la préfecture correspondante :
-

- Un^(des) Membre^(s) du Cbt est^(sont)-il^(s) **Certifié^(s) Expert^(s) Évaluateur^(s) et d'Assurances généraliste ou de spécialité ?** Oui Non

(par référence aux Règles Techniques T101, T102-1, T102-3, T102-4, T102-5, T102-8 ou autres...)
dans l'affirmative, merci de préciser ici quelle^(s) certification^(s) :

- Votre déclaration d'**activité de Recours Amiable** est-elle enregistrée auprès du Procureur de la République ? Oui Non

dans l'affirmative, merci de préciser ici votre numéro d'enregistrement et le TGi concerné :

- Votre Cbt est-il **immatriculé au registre unique tenu par l'ORiAS ?** Oui Non

dans l'affirmative, merci de joindre votre attestation ORiAS à défaut, merci de joindre :

 - Copie couleurs recto/verso de votre **Carte Nationale d'identité**
 - Extrait de **Casier Judiciaire** (bulletin n°2) original de moins de trois mois
 - **Diplôme^(s)** de formation initiale & continue [copie^(s) couleurs]
 - **Attestation^(s) des fonctions** occupées dans votre parcours professionnel
 - Le cas échéant, certificat^(s) de **qualification^(s)** ou **certification^(s)** ou **agrément^(s)**

- La **profession** déclarée plus haut est-elle **exercée à titre principal ?** Oui Non

+ merci d'indiquer ici vos (éventuelles) autres activités :

ces activités sont-elles exercées dans la même structure juridique que celle e la profession déclarée en page 1 ? Oui Non

←

dans la négative, merci d'indiquer son n° SiREN : _____

- Accompagnez-vous, depuis la France, des Clients dans

 - un des autres **pays membres de l'Union Européenne ?** Oui Non
*dans l'affirmative, merci de joindre votre certificat ORiAS d'inscription communautaire en **Libre Prestation de Service (LPS)***
 - un **autre pays ?** Oui Non
dans l'affirmative, merci de préciser ici le^(s) quel^(s) :

- Votre Entreprise a-t-elle un établissement hors de France, dans

 - un des autres **pays membres de l'Union Européenne ?** Oui Non
*dans l'affirmative, merci de joindre votre certificat ORiAS d'inscription communautaire en **Libre Établissementrise (LE)***
 - un **autre pays ?** Oui Non
dans l'affirmative, merci de préciser ici le^(s) quel^(s) :

- Bénéficiez-vous actuellement d'une **assurance de responsabilité civile professionnelle** Oui Non

dans l'affirmative, merci de joindre la copie des conditions particulières & avenants

- Au cours des trois derniers exercices comptables et de l'exercice en cours, avez-vous fait l'objet de **réclamation^(s)** ou avez-vous subi/causé un^(des) **sinistre^(s)** de responsabilité civile ou professionnelle au titre de votre activité d'Auditeur Consultant en Risques & Assurances ? Oui Non

dans l'affirmative, merci de préciser ici les dates, faits générateurs, circonstances, coûts... :

- **Déterminez-vous, directement ou indirectement, des parts sociales ou actions chez un(e)**
 - **intermédiaire en assurance** (IAS) [Courtier en Assurance et en Réassurance (CAR), Agent Général d'Assurance (AGA), Mandataire d'Assurance (MA), Mandataire d'intermédiaire en Assurance (MIA)] ? Oui Non
 - Compagnie ou Mutuelle d'assurances, Institution de Prévoyance ? Oui Non

dans l'affirmative, merci de préciser ici la raison sociale, le SIREN & la part:

_____ %

- **Des parts sociales ou actions de votre entreprise sont-elles détenues, directement ou indirectement, par un(e)**
 - **intermédiaire en assurance** (IAS) [Courtier en Assurance et en Réassurance (CAR), Agent Général d'Assurance (AGA), Mandataire d'Assurance (MA), Mandataire d'intermédiaire en Assurance (MIA)] ? Oui Non
 - Compagnie ou Mutuelle d'assurances, Institution de Prévoyance ? Oui Non

dans l'affirmative, merci de préciser ici la raison sociale, le SIREN & la part :

_____ %

- **Candidature recommandée ou parrainée par**

- **Pièces complémentaires à joindre**
 - Document d'informations préalables à la conduite d'une mission de services de conseil en assurances
 - Conditions générales de prestations
 - Catalogue de prestations
 - Moyens & outils utilisés pour la réalisation de vos missions
 - Références de missions réalisées

Commentaires :

N.B. : si votre adhésion est validée, vous bénéficierez automatiquement de votre adhésion à l'Association Professionnelle CNCEF assurance, ainsi qu'au programme-groupe d'assurance RCPo à adhésion obligatoire mis en place spécifiquement pour les Membres de la CNSCRA.



l'adhésion à la CNSCRA engendre la **souscription obligatoire au programme-groupe d'assurance de Responsabilité Civile Professionnelle par l'intermédiaire du Courtier d'assurance choisi par notre Syndicat : HYALIN** ; à titre exceptionnel, si, lors de votre première adhésion à la CNSCRA, vous disposez déjà d'une assurance de Responsabilité Civile Professionnelle idoine que vous ne pouvez pas résilier avant sa prochaine échéance annuelle, vous pouvez bénéficier d'une dérogation temporaire à cette obligation... pour cela il vous faut joindre à votre dossier de candidature les conditions particulières & avenants de votre contrat d'Assurance de Responsabilité Civile Professionnelle et vous engager par écrit à souscrire au 1^{er} janvier prochain au programme groupe d'assurance de Responsabilité Civile Professionnelle réservé aux Membres de la CNSCRA

la prochaine échéance annuelle de votre assurance de responsabilité civile professionnelle actuelle

est le ____ / ____ / _____

(comme demandé en page 7 : merci de joindre la copie des conditions particulières & avenants

entre la date de votre première adhésion à la CNSCRA & le 1^{er} janvier qui la suivra, souhaitez-vous disposer d'une couverture en différence de conditions & de limites vous permettant d'optimiser votre assurance de responsabilité civile professionnelle ? Oui Non

vous engagez-vous à résilier votre assurance de responsabilité civile professionnelle actuelle pour sa prochaine échéance annuelle ? Oui Non

Dossier de Candidature

Candidature formulée le ____ / ____ / _____, à _____

Certifiée sincère & véridique par prénom

signature

nom

cachet

fonctions

Dossier à retourner complété, accompagné des documents qui y sont demandés, de préférence à

cnskra@cnskra.fr

ou, éventuellement à

CNSCRA
c/o Multoburo
Tour de l'Horloge
4 Place Louis Armand
75012 PARIS

Cadre réservé à la CNSCRA

Date de réception du dossier de candidature ____ / ____ / _____ complet ? Oui Non

Demande d'informations complémentaires formulées le ____ / ____ / _____

Réponse(s) reçue le ____ / ____ / _____

Décision : candidature acceptée refusée le ____ / ____ / _____

Visa des Membres du Bureau

Dossier de Candidature



Compagnie Nationale des Services
de Conseil en Risques & Assurances

Syndicat professionnel relevant du livre IV du Code du Travail
inscrit au répertoire de la Ville de Paris : n° 19871601 et de la Préfecture de Paris: n° 17865

Siège : Tour de l'Horloge - 4 Place Louis Armand - 75012 PARIS

Courriel : contact@cnskra.fr

www.cnskra.fr