

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** original de moins de trois mois

+ merci d'indiquer ici :

Dirigeant(s) _____

Date de début d'activité ____ / ____ / ____

n° SIREN _____

Dénomination sociale _____

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

Siège social _____

Téléphone _____ T.Portable _____

Courriel _____ @ _____ . _____

Website [www](#) . _____ . _____

Si votre entreprise est en cours de constitution, vous n'êtes probablement pas en mesure de nous fournir votre 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

relevant de la nouvelle version des articles L. 511-1- I & R. 511-1 du Code des Assurances dans le but d'aider à acheter ou à modifier ou à exécuter des contrats d'assurance ou de réassurance

à l'exclusion de la « vente » d'assurance Oui Non

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 au nouvel article L521-2-II-2-a du Code des Assurances (c'est-à-dire **Honoraires**, à l'exclusion de toute "commission") Oui Non

n'étant titulaire d'aucun mandat d'Agence Générale d'assurance ou de Courtage d'assurance ou de Mandataire d'intermédiaire d'assurance ou de Mandataire d'Entreprise d'assurance Oui Non

ne disposant d'aucune délégation de « souscription/gestion de contrat », ni de « gestion de sinistre », pour le compte d'une entreprise d'assurance Oui Non

n'étant pas autorisé à encaisser de fonds destiné à payer/rembourser des primes/cotisations d'assurance ou à l'indemnisation d'un préjudice/sinistre Oui Non

Audit & Conseil en Protection Sociale

Oui Non

relevant de la nouvelle version des articles L. 511-1- I & R. 511-1 du Code des Assurances dans le but d'aider à acheter ou à modifier ou à exécuter des contrats de protection sociale

à l'exclusion de la « vente » de protection Sociale Oui Non

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 au nouvel article L521-2-II-2-a du Code des Assurances (c'est-à-dire **Honoraires**, à l'exclusion de toute "commission") Oui Non

n'étant titulaire d'aucun mandat d'Agence Générale d'assurance ou de Courtage d'assurance ou de Mandataire d'intermédiaire d'assurance ou de Mandataire d'Entreprise d'assurance Oui Non

ne disposant d'aucune délégation de « souscription/gestion de contrat », ni de « gestion de sinistre », pour le compte d'une entreprise de protection sociale Oui Non

n'étant pas autorisé à encaisser de fonds destiné à payer/rembourser des primes/cotisations d'assurance ou à l'indemnisation d'un préjudice/sinistre Oui Non

Expertise d'Assuré

Oui Non

- Audit & Conseil en opération de banque & en services de paiement Oui Non
- Audit & Conseil en investissements financiers & services d'investissement Oui Non
- Audit & Conseil en investissements participatifs & financement participatif Oui Non
- Audit & Conseil en gestion ^{et/ou} transaction immobilière Oui Non

N.B. : ces 4 missions-ci nécessitent une assurance RCpro spécifique distincte de celle du Programme-Cadre CNSCRA

■ 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 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

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

- **Effectif de votre entreprise** : nombre de Travailleurs Non Salariés _____ nombre de Salariés _____

- **Bilan & Compte de résultat des trois derniers exercices comptables**
à défaut, merci de joindre votre prévisionnel (selon modèle, par exemple, proposé par l'Agence France Entrepreneur)

- 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 en page un du présent dossier 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 de 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 Établissement** (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... :

- Détenez-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, Organisme de garanties financières ? 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, Organisme de garanties financières ? 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**

- Références de missions réalisées
- Condition Générales de Vente
- Exemple de documents rédigés à l'occasion d'une mission
- Moyens & outils utilisés pour la réalisation de vos missions

Commentaires :

Candidature formulée le ____ / ____ / _____, à _____

Certifiée sincère & véritable par	prénom	signature
	nom	cachet
	fonctions	

Dossier à retourner complété & accompagné des documents qui y sont demandés à
(ou cnskra@cnskra.fr)

CNSCRA
% CiNOV
4 Avenue du Recteur Poincaré
75782 PARIS CEDEX 16

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