



# Formulaire de déclaration de risque **Responsabilité Civile** Formation

## Proposant

Nom : .....

Adresse : .....

Code Postal : |\_|\_|\_|\_|\_| Ville : .....

Code Siret : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Code NAF (INSEE) : |\_|\_|\_|\_|\_|

Numéro de client (obligatoire) : .....

 Projet An       An à établir       Remplacement du contrat n° .....Date d'effet : |\_|\_|\_|\_|\_| Échéance principale : |\_|\_|\_|\_|\_| Fractionnement :  A  S  T

## Présentation de l'entreprise

■ Forme juridique : .....

■ Date de création de l'entreprise : |\_|\_|\_|\_|\_|

N°, date et lieu d'enregistrement de sa déclaration d'activité en préfecture : .....

■ Adresse du site internet de l'entreprise : .....

■ Désignation des personnes physiques ou morales devant avoir la qualité d'assuré :

.....  
.....S'agit-il d'un groupe d'entreprise ?       OUI       NON (Si OUI, joindre un organigramme)■ Procédure collective (sauvegarde, redressement judiciaire) au cours des 3 dernières années :       OUI       NON

### ■ Description détaillée des activités :

*(Joindre tout document de présentation de l'entreprise : plaquettes, brochures, convention passée avec les formateurs sous-traitants...)*

#### • Centre de formation professionnelle

– Nature des formations : .....

#### • Enseignement

L'établissement d'enseignement intervient sous contrat avec l'État :       OUI       NONSi OUI :                      contrat simple :  OUI       NON                      contrat d'association :  OUI       NON– Le niveau de l'enseignement est de type primaire :       OUI       NON– Le niveau de l'enseignement est de type secondaire :       OUI       NON– Le niveau de l'enseignement est de type supérieur :       OUI       NON– Le niveau de l'enseignement est de type professionnel :       OUI       NON

si oui, pour quel secteur d'activité ? .....

– En l'absence de réponse positive à l'une des questions ci-dessus, quel est le type d'enseignement organisé ?

.....  
.....

## ■ Éléments quantitatifs

- Effectif de l'entreprise (personnel salarié ou non y compris intérimaires) : .....
- Nombre de formateurs permanents : ..... Nombre de formateurs sous-traitants : .....
- Rémunérations<sup>(1)</sup> : .....
- Nombre d'élèves reçus annuellement ou nombre total d'élèves inscrits : .....
- Chiffre d'affaires : ..... Budget de fonctionnement : .....

<sup>(1)</sup> Rémunérations :

- montant total des sommes figurant sur la déclaration annuelle des salaires faite à l'administration fiscale ou sur tout document qui lui serait substitué,
- 50 % du montant hors taxes des factures des entreprises de travail temporaire ayant procuré du personnel intérimaire à l'assuré.

## Analyse du risque

Cochez la (les) case(s) répondant à la situation de l'entreprise et complétez

### ■ Faute inexcusable de l'employeur

La mise à jour du document unique d'évaluation des risques professionnels pour la sécurité et la santé est-elle conforme aux dispositions de l'article R 4121-2 du code du travail ?

OUI  NON

### ■ Prestations

#### • L'établissement peut-il organiser des activités extra-scolaires ?

OUI Si OUI lesquelles : .....

NON

#### • Le proposant peut-il organiser des stages en entreprises ?

OUI Si OUI, fournir la convention passée avec l'entreprise : .....

NON

#### • Le proposant peut-il organiser des échanges avec des établissements scolaires à l'étranger ?

OUI Si OUI, avec quelle fréquence ? .....

Dans quel(s) pays : .....

Organise-t-il des activités avec les élèves accueillis ? :  OUI  NON

Si OUI, lesquelles : .....

NON

#### • Le proposant peut-il organiser des déplacements de groupes d'apprenants ?

OUI Si OUI, sur quelle zone géographique ? .....

Pour quelle durée ? .....

Avec quelle fréquence ? .....

NON

#### • Le proposant peut-il louer des biens immobiliers destinés aux formations ?

OUI Pour quelle durée maximum en nombre de jours consécutifs par an : .....

NON

### ■ Garanties complémentaires

Remboursement des frais de scolarité (Établissement d'enseignement) :	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	Si le souscripteur ne désire pas souscrire aux garanties, il doit cocher expressément les cases ci-contre	<input type="checkbox"/> NON
Indemnités contractuelles (élèves et bénévoles) :	<input checked="" type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON
Assistance monde entier :	<input checked="" type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON
Protection juridique :	<input checked="" type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON

## Point assurances

■ **Société d'Assurance garantissant l'entreprise jusqu'à aujourd'hui :** .....  
 (Dans toute la mesure du possible joindre une copie du contrat)

■ **Budget assurance Responsabilité Civile actuel :** .....

■ **Ce contrat a-t-il été résilié par l'assureur ?**

- OUI Pour quel motif ?  résiliation après sinistre  pour non-paiement de prime  
 à l'échéance  autre (à préciser) .....
- NON

■ Litiges et réclamations survenus au cours des cinq dernières années (y compris faute inexcusable suite accident du travail ou maladie professionnelle) :

Date	Circonstances	Nature C : corporels M : matériel I : Immatériel	Position actuelle du dossier EC : en cours SS : clos sans suite CP : clos avec paiement	Montants	
				Évaluation	Règlements à ce jour
.....	.....	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> ES <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> CP	.....	.....
.....	.....	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> ES <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> CP	.....	.....
.....	.....	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> ES <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> CP	.....	.....
.....	.....	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> ES <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> CP	.....	.....

## Responsabilité des Dirigeants (RCMS)

**En complément du contrat d'assurance Responsabilité Civile de votre établissement/organisme, pensez à la responsabilité que vous encourez personnellement et quotidiennement au titre de vos fonctions de Dirigeant.**

Pour bénéficier d'une couverture dédiée, précisez les points suivants :

- Les filiales et les entités extérieures de votre **établissement/organisme** sont exclusivement implantées en France ou dans des pays de l'Espace Économique Européen  OUI  NON
- Les situations financières de votre **établissement/organisme** et de chacune de ses filiales sont positives (résultat d'exploitation, résultat net et capitaux propres positifs) sur les deux derniers exercices  OUI  NON
- Votre **établissement/organisme** et ses filiales n'ont pas connaissance, après vérifications, de faits, circonstances et/ou fautes susceptibles de donner lieu à une réclamation à l'encontre de leurs Dirigeants et/ou de ceux de leurs entités extérieures  OUI  NON
- Votre **établissement/organisme** et ses filiales n'ont pas connaissance, après vérifications, de réclamations introduites à l'encontre de leurs Dirigeants et/ou de ceux de leurs entités extérieures  OUI  NON

**Si vous avez répondu « NON » à au moins une des questions ci-dessus,** nous vous remercions de bien vouloir nous communiquer les derniers comptes consolidés (ou à défaut, les derniers comptes sociaux) de votre entreprise et de chacune de ses filiales.

**Le montant de garantie conseillé** est au moins de 10 % du CA consolidé.

Si vous souhaitez un devis pour un montant différent, merci de préciser ce montant : ..... €

## Commentaires de l'intermédiaire

### ■ Liste des contrats souscrits par l'entreprise auprès d'AXA :

.....  
.....

### ■ Éléments complémentaires d'appréciation du risque :

Le proposant reconnaît avoir été informé(e) conformément à l'Article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée :

- Du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-dessus ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou fausse déclaration prévues aux Articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.
- Que les destinataires des données personnelles le concernant pourront être d'une part, les collaborateurs de l'assureur responsable du traitement et, d'autre part, ses intermédiaires, réassureurs, organismes professionnels habilités ainsi que les sous-traitants, missionnés tant en France que dans des pays situés hors de l'Union Européenne.
- Que la finalité du traitement est la souscription, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution du contrat d'assurance mais que ses données pourront également être utilisées dans la mesure où elles seraient nécessaires :
  - à la gestion et à l'exécution des autres contrats souscrits auprès de l'assureur ou auprès des autres sociétés du Groupe auquel il appartient,
  - dans le cadre de traitements mis en œuvre par l'Assureur dont l'objet est la recherche et le développement pour améliorer la qualité ou la pertinence de ses futurs produits d'assurance et offres de services.
- Que, en sa qualité d'assureur, il est fondé à effectuer des traitements de données relatives aux infractions, condamnations et mesures de sûreté soit au moment de la souscription du contrat d'assurance, soit au cours de son exécution ou dans le cadre de la gestion de contentieux conformément à l'autorisation unique donnée par la CNIL en date du 23 Janvier 2014.
- Que, en sa qualité d'organisme financier, l'assureur est soumis aux obligations légales issues principalement du Code Monétaire et Financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et, que à ce titre, il met en œuvre un traitement de surveillance des contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon ou à une mesure de gel des avoirs conformément à l'autorisation unique donnée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) le 16 Juin 2011.
- Que ses données personnelles pourront également être utilisées dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude à l'assurance que la CNIL a autorisé l'assureur à mettre en œuvre conformément à l'autorisation unique en date du 17 Juillet 2014 ; ce traitement pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.
- Qu'il dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès d'AXA, Service Information Clients, 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex pour toute information le concernant

Des garanties sont prises par AXA pour assurer un bon niveau de protection des données à caractère personnel. En se rendant sur le site [axa.fr](http://axa.fr) à la rubrique « données personnelles », il trouvera plus de détails sur la finalité de ces accessibilités aux données, les pays de localisation des destinataires et sur les garanties de sécurité prises.

Il peut également demander une communication de ces renseignements par voie postale en s'adressant à « AXA - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex ».

Fait à .....

le 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature :

<b>L'intermédiaire</b>
------------------------

<b>Le proposant</b>
---------------------