Date :

**Demande de Partenariat**

**DOCUMENTS A JOINDRE IMPERATIVEMENT A VOTRE DEMANDE**

Pour que votre demande de partenariat puisse être étudiée par la CMAM, ce document doit être signé par le(s) responsable(s) légal(aux) de votre société et complété avec les éléments suivants :

 Une copie de votre attestation ORIAS en cours de validité,

 Une copie de votre attestation Responsabilité Civile Professionnelle,

 Une copie de votre attestation Garantie Financière,

 La copie de votre extrait Kbis daté de moins de 3 mois,

 Un relevé d'Identité Bancaire (RIB, RIP ou RICE),

Une photocopie de la carte d'identité et/ou passeport du ou des responsables légaux, en cous de validité



Une attestation d’honorabilité



 CV du dirigeant ou vos attestations de formation

**Nos COORDONNEES**

Vous pouvez nous transmettre l'ensemble des documents cités ci-dessus complétés et signés au choix :

* Par courriel : partenariat@cmam.fr
* Par courrier : CMAM – Service partenariat - 22 RUE DU DOCTEUR NEVE - 55000 BAR LE DUC

|  |
| --- |
| Dès réception de votre dossier COMPLET et sous réserve d'acceptation par la CMAM, nous vous ferons parvenir le protocole de partenariat confirmant notre accord et nous vous communiquerons vos codes d'accès au système de souscription CMAM (si vous choisissez d'être relié aux systèmes informatiques).  Le paiement des commissions ne sera fait que si le protocole de partenariat nous est retourné signé. |

**INFORMATIONS SUR VOTRE CABINET**

**Afin de mieux répondre à vos besoins**

# **Votre Cabinet**

Nom du cabinet\*.

Adresse\*

Code Postal

Téléphone\* Fax :

Email du Cabinet\* Site internet :

Nombre de point de ventes : Si plusieurs points de ventes, merci de bien vouloir préciser les différentes adresses.

# **Références du cabinet**

Numéro de SIRET\*

Immatriculé à I'ORIAS sous le n o \*

N’de TVA Intracommunautaire :

Nombre de collaborateurs\*

Dont commerciaux\*.

Dont indépendants\*.

Forme de la sociéte\*.

* EIRL
* SARL
* EURL
* Société en participation
* SA
* SAS
* Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# **REPRESENTANTS LEGAUX**

***Premier Représentant légal du cabinet***

* M. Mme

Nom\*

Prénom\*.

Téléphone\*.

E-mail du Responsable Légal\*

Dans quelle(s) catégorie(s) êtes-vous enregistré à I'ORIAS\* ?

* Courtier
* Agent (à préciser) si double activité :

Nom de votre compagnie Mandante :

(IOB, CIF...)

***Deuxième Représentant légal du cabinet***

* M. Mme

Nom\* :

Prénom\*

Téléphone\*

E-mail du Responsable Légal\*

Dans quelle(s) catégorie(s) êtes-vous enregistré à I'ORIAS\* ?

* Courtier
* Agent (à préciser) si double activité

Nom de votre compagnie Mandante :

* CGPI (IOB, CIF...)

# **Votre activité :**

Qui sont vos clients\*

* Les particuliers. % de chiffre d'affaires \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Les professionnels % de chiffre d'affaires\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Les entreprises : % de chiffre d'affaires \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de contrats en portefeuille :

Production d'affaires globales (montant des commissions) :

Année N-3 : \_\_\_\_\_\_\_ Année N-2 : \_\_\_\_\_\_\_ Année N-I\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vos motivations à devenir partenaire CMAM\* •**

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

**Domaines d'activités :**

Dans quels domaines d'activités souhaitez-vous travailler\* ?

* Automobile Habitation
* PNO
* MRP
* PNE
* Collectivités
* Bris de machine
* Marque blanche, si oui sur quels produits :
* Autre, précisé :

**Méthodes de commercialisation**

Merci de nous préciser les méthodes de commercialisation utilisées par le cabinet (plateforme de télévente, vente face à face, boutique, bureau...)

Agence

Comparateurs

Face à face

Par téléphone

Plateforme de télévente

Si plateforme de télévente où se situe la plateforme ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Est-ce que vous propriétaire de la plateforme ?

Ou

Faites-vous appel à un sous-traitant ?

**Formations**

*Conformément aux disposition de l’arrêté du 26/09/2018 les actions de formation ou développement professionnel continus portent sur un ou plu­sieurs ensembles de compétences ou sur une ou plusieurs compétences particulières afin de répondre aux exigences ou besoins individuels liés à l’exercice des fonctions mentionnées au II de l’article L. 511-2. (Directive Distribution Assurance-DDA).*

*Les distributeurs de produits d’assurance et de réassurance et leur personnel dont les activités consistent à fournir des recommandations sur des contrats d’assurance ou de réassurance, à présenter, à proposer ou à aider à conclure ces contrats ou à réaliser d’autres travaux préparatoires à leur conclusion, possèdent, préalablement au commencement de leur activité, les connaissances et aptitudes appropriées leur permettant de mener à bien leurs missions et de satisfaire à leurs obligations de manière adéquate.*

Fournir les justificatifs des dernières formations suivies répondant aux dispositions de l’arrêté et sur les domaines suivants : (à minima fournir les preuves de formation sur les « compétences générales »). Informations obligatoires au référencement.

Je joins la copie de mes attestations de formation Je n’ai pas la copie de mes attestations de formation mais j’atteste de mon expérience professionnelle ci-dessous et je joins mon CV

**Protection de vos données personnelles :**

Conformément à nos obligations légales, nous mettons en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux, le financement du terrorisme et l’application des sanctions financières dans le cadre duquel vos données sont conservées durant le délai légal imposé après la date de résiliation du contrat.

Conformément au principe de minimisation, nous ne vous demandons et ne traitons que les données qui nous sont nécessaires dans le cadre des finalités précitées.

Les données personnelles collectées peuvent être transmises à des partenaires intervenant dans la mise en place, la gestion et l’exécution de l’assurance.

Vous bénéficiez par rapport aux données que nous vous demandons ou que vous nous transmettez d’un droit d’information, d’accès et de portabilité, de rectification, d’effacement, de limitation et d’opposition.

Pour toute demande d’exercice de l’un de ces droits, question ou réclamation au sujet de vos données, vous pouvez écrire à CMAM – DPO – 22 rue du docteur Nève – C.S. 40056 – 55001 BAR LE DUC CEDES ou [rgpd@cmam.fr](mailto:rgpd@cmam.fr).

Une réponse vous sera adressée dans un délai maximum d’un mois.

Pour toute réclamation à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), vous pouvez écrire à l’adresse suivante : CNIL - 3, place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07

La signature de la demande d’ouverture de partenariat vaut consentement au traitement des données personnelles. Le refus de communiquer les données personnelles demandées peut empêcher l’établissement de relations contractuelles.

Fait à

Le

Nom / prénom du représentant légal

Cachet du cabinet

**Déclaration sur l’honneur**

**Attestant du respect de la condition d’honorabilité**

**(Article R 514-1 du code des assurances)**

Je soussigné(e) :

Nom :

Prénoms :

Né(e) le : à :

Code postal : Pays :

**Déclare sur l’honneur remplir les conditions mentionnées aux I à III et V de l’article L. 322-2 du code des assurances ci-après reproduits.**

**Article L. 322-2 du code des assurances :**

**I. -** Nul ne peut, à quelque titre que ce soit, diriger, gérer ou administrer une entreprise soumise au contrôle de l’Etat en vertu de l’article L. 310-1 ou de l’article L. 310-1-1, une société de groupe d’assurance définie à l’article L. 322-1-2, une compagnie financière holding mixte définie à l’article L. 334-2, ni être membre d’un organe collégial de contrôle de ces entreprises, sociétés ou compagnies, ni disposer du pouvoir de signer pour leur compte, s’il a fait l’objet depuis moins de dix ans d’une condamnation définitive :

**1º** Pour crime ;

**2º** A une peine d’emprisonnement ferme ou d’au moins six mois avec sursis pour :

**a)** L’une des infractions prévues au titre Ier du livre III du code pénal et pour les délits prévus par des lois spéciales et punis des peines prévues pour l’escroquerie et l’abus de confiance ;

**b)** Recel ou l’une des infractions assimilées au recel ou voisines de celui-ci prévues à la section 2 du chapitre Ier du titre II du livre III du code pénal ;

**c)** Blanchiment ;

**d)** Corruption active ou passive, trafic d’influence, soustraction et détournement de biens ;

**e)** Faux, falsification de titres ou autres valeurs fiduciaires émises par l’autorité publique, falsification des marques de l’autorité ;

**f)** Participation à une association de malfaiteurs ;

**g)** Trafic de stupéfiants ;

**h)** Proxénétisme ou l’une des infractions prévues par les sections 2 et 2 bis du chapitre V du titre II du livre II du code pénal ;

**i)** L’une des infractions prévues à la section 3 du même chapitre ;

**j)** L’une des infractions à la législation sur les sociétés commerciales prévues au titre IV du livre II du code de commerce ;

**k)** Banqueroute ;

**l)** Pratique de prêt usuraire ;

**m)** L’une des infractions prévues par la loi du 21 mai 1836 portant prohibition des loteries, par la loi du 15 juin 1907 relative aux casinos et par la loi nº 83-628 du 12 juillet 1983 relative aux jeux de hasard ;

**n)** Infraction à la législation et à la réglementation des relations financières avec l’étranger ;

**o)** Fraude fiscale ;

**p)** L’une des infractions prévues aux articles L. 121-6, L. 121-28, L. 122-8 à L. 122-10, L. 213-1 à L. 213-5, L. 217-1 à L. 217-3, L. 217-6 et L. 217-10 du code de la consommation ;

**q)** L’une des infractions prévues au code monétaire et financier ;

**r)** L’une des infractions prévues aux articles L. 324-9, L. 324-10 et L. 362-3 du code du travail ;

**s)** Les atteintes aux systèmes de traitement automatisé prévues par le chapitre III du titre II du livre III du code pénal ;

**t)** L’une des infractions à la législation ou la réglementation des assurances ;

**3º** A la destitution des fonctions d’officier public ou ministériel.

**II. -** L’incapacité prévue au premier alinéa s’applique à toute personne à l’égard de laquelle a été prononcée une mesure définitive de faillite personnelle ou une autre mesure définitive d’interdiction dans les conditions prévues par le livre VI du code de commerce.

**III. -** Sans préjudice des dispositions du deuxième alinéa de l’article 132-21 du code pénal, la juridiction prononçant la décision qui entraîne cette incapacité peut en réduire la durée.

(…)

**V. -** En cas de condamnation prononcée par une juridiction étrangère et passée en force de chose jugée pour une infraction constituant, selon la loi française, un crime ou l’un des délits mentionnés au I, le tribunal correctionnel du domicile du condamné déclare, à la requête du ministère public, après constatation de la régularité et de la légalité de la condamnation et l’intéressé ayant été dûment appelé en chambre du conseil, qu’il y a lieu à l’application de l’incapacité prévue au premier alinéa du I.

Cette incapacité s’applique également à toute personne non réhabilitée ayant fait l’objet d’une faillite personnelle prononcée par une juridiction étrangère quand le jugement déclaratif a été déclaré exécutoire en France. La demande d’exequatur peut être, à cette fin seulement, formée par le ministère public devant le tribunal de grande instance du domicile du condamné.

Fait à :

Le :

Signature

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La signature de la demande d’ouverture de partenariat vaut consentement à l’édition du protocole et à l’ouverture informatique de vos codes d’accès.

Je confirme demander un partenariat auprès de la Cmam

Fait à

Le

Nom / prénom du représentant légal

Cachet du cabinet