



## réinventons / notre métier

Cachet et Code de l'intermédiaire

AXA République  
agence.republique@axa.fr  
Tel : 02 28 54 00 54  
Orias : 14 005 665

Service destinataire

# FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE RISQUE RESPONSABILITÉ PERSONNELLE DES ÉLUS

## PROPOSANT

Nom : .....

Fonction : .....

Adresse : .....

Ville : .....

Activité professionnelle : ..... Numéro de téléphone : .....

Collectivité(s) pour le compte de laquelle (desquelles) le proposant souhaite souscrire la(les) garantie(s) :  
.....

Nombre d'habitants (commune) : ..... ou .....

Montant du budget (EPCI) : .....

Date de début du mandat (XX/XX/XXXX) : .....

**Numéro client AXA Entreprises (le cas échéant) :** .....

Projet AN     AN à établir     Remplacement du contrat n° .....

Date d'effet :          Échéance principale :

Fractionnement :  (A,S,T)

## AUTRES MANDATS LOCAUX

Vous exercez un mandat, en plus de celui qui fait l'objet du présent formulaire de déclaration de risque     OUI     NON

• Au sein d'un Etablissement Public de Coopération Intercommunale     OUI     NON

Syndicat     Communauté de Communes     Syndicat d'Agglomération Nouvelle

Communauté d'Agglomération     Communauté Urbaine     Métropole

• Au sein d'un Centre Communal d'Action Sociale     OUI     NON

• Au sein d'une Caisse des Ecoles     OUI     NON

• Au sein d'un Etablissement Public Local     OUI     NON

• Au sein d'un Groupement Public d'Intérêt Local     OUI     NON

• Autres (pouvez-vous préciser) : .....

## Garanties demandées

• Responsabilité personnelle et Pertes de revenus

Accordée d'office

• Responsabilité environnementale

Accordée d'office

• Protection juridique

OUI     NON

• Accidents corporels

OUI     NON

## Précédent assureur

■ **Société d'Assurance garantissant le proposant 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  NON  
Si oui

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

Litiges et réclamations survenus au cours des cinq ou six dernières années :

Date	Circonstances	Nature	Clos sans suite	Montants		
				Réglé par l'assurance	Réglé par vous	Evaluation restante

## Commentaires de l'intermédiaire

- Liste des contrats souscrits par l'entreprise auprès d'AXA : .....
- Eléments complémentaires d'appréciation du risque :

« Je reconnais 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 me concernant pourront être d'une part, et en vertu d'une autorisation de la Commission nationale de l'Informatique et Libertés, les collaborateurs, tant en France qu'au Maroc, de l'assureur responsable du traitement dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution des contrats d'assurances, et d'autre part, ses intermédiaires, réassureurs, organismes professionnels habilités ainsi que les sous-traitants missionnés ;
- que mes données peuvent être utilisées dans la mesure où elles sont nécessaires à la gestion et à l'exécution des autres contrats souscrits auprès de lui ou auprès des autres sociétés du Groupe auquel il appartient ;
- que je 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 me concernant ;
- que les données recueillies par l'assureur lors de la souscription et les actes de gestion peuvent être utilisées par le Groupe AXA à des fins de prospection commerciale auxquelles je peux m'opposer en cochant la case ci-contre :  »

Fait à ..... le .....

L'intermédiaire

Le proposant