

# Bulletin d'inscription au certificat d'expertise en contrôle comptable des sociétés d'assurance

Remplir ce bulletin (ou une photocopie) et le retourner :

- par fax au **01 47 27 07 63**
- par courrier à **Afges Formation, 29 rue Lauriston, 75116 Paris**
- par mail à **contact@afges.com**



## Informations client

Établissement : .....  
Contact : ..... Fonction : .....  
e-mail : ..... Téléphone : .....  
Télécopie : .....  
Adresse : .....  
Coordonnées de facturation si différentes : .....  
Personne à indiquer sur la convention, si différente : .....

## Informations participant

M/Mme/Mlle Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
e-mail professionnel : .....  
e-mail en cas d'absence prolongée du bureau : .....

### Titres des formations

- Fonctionnement, réglementation et risques de l'assurance
- Comptabilité d'assurance
- Application des IFRS à l'assurance
- Opérations en devises des sociétés d'assurance
- Bâtir le bilan économique sous Solvabilité 2
- Produire les états de reporting du pilier 3 de Solvabilité 2
- Consolidation des sociétés d'assurance
- Fiscalité des opérations d'assurance
- Révision, préparation et entraînement à l'examen
- Examen

### Date (voir calendrier)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Tarifs

- Cycle complet de 18 jours y compris l'examen : 10 867 € HT dont 1 000 € de frais d'examen exonérés de TVA.
- Révision, préparation, entraînement et passage de l'examen : 3 247 € HT dont 1 000 € de frais d'examen exonérés de TVA.
- Parcours personnalisé : révision, préparation, entraînement et examen : 3 247 € HT + formations au choix au prix catalogue avec une réduction de 10 %.

### Facturation

Une facture acquittée sera adressée à l'établissement, à réception du paiement, sur demande. Les frais de repas sont inclus dans le prix de nos formations. Seules les inscriptions payées sont considérées comme définitives.

### Règlement

À réception de la facture.  
 **Paiement par le client**  
 Par virement  Par chèque  
  
 **Paiement par un organisme paritaire collecteur agréé (OPCA), remplir les coordonnées ci-contre**

### Organisme collecteur

Coordonnées de l'OPCA :  
Nom de l'organisme : .....  
Adresse : .....  
Code postal : .....  
Ville : .....  
Téléphone : .....  
Contact : .....

# Renseignements du participant au certificat d'expertise en contrôle comptable des sociétés d'assurance

## Joindre la copie des diplômes et d'une pièce d'identité

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Diplôme : .....

Niveau : .....

Expérience

Date	Durée	Nom de l'employeur	Titre	Fonction
du...../...../..... au...../...../.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

## Fonctions actuellement occupées

.....  
.....

## Motivations qui vous conduisent à suivre ce cycle certifiant

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Commentaires de l'employeur (facultatif)

Nom : ..... Prénom : .....

Fonction : .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

