

# FORMULARIO DE SOLICITUD DE COLABORACIÓN

Por favor, cumplimente el formulario en LETRAS MAYÚSCULAS.

## 1 DATOS PARA CONTACTAR CON SU SOCIEDAD

Nombre comercial completo																											
Nombre de la persona de contacto																											
Dirección registrada de la sociedad																											
Teléfono de la oficina	PREFIJO INTERNACIONAL					PREFIJO LOCAL																					
Fax	PREFIJO INTERNACIONAL					PREFIJO LOCAL																					
Correo electrónico																											
Página web																											

Proporcione el listado de los corredores que se ocuparán de vender los productos de Allianz Partners:

Sr. <input type="checkbox"/>	Sra. <input type="checkbox"/>	Srta. <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>		Nombre																			
Apellidos																								
Cargo																								
Sr. <input type="checkbox"/>	Sra. <input type="checkbox"/>	Srta. <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>		Nombre																			
Apellidos																								
Cargo																								
Sr. <input type="checkbox"/>	Sra. <input type="checkbox"/>	Srta. <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>		Nombre																			
Apellidos																								
Cargo																								
Sr. <input type="checkbox"/>	Sra. <input type="checkbox"/>	Srta. <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>		Nombre																			
Apellidos																								
Cargo																								
Sr. <input type="checkbox"/>	Sra. <input type="checkbox"/>	Srta. <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>		Nombre																			
Apellidos																								
Cargo																								

Por favor, indique la persona con que debemos comunicarnos para consultas genéricas (por ejemplo, para los extractos de las comisiones):

Nombre																									
Apellidos																									
Dirección de correo electrónico																									

## 2 DIRECTORES EJECUTIVOS Y SOCIOS

Queremos asegurarnos de que, cuando contactamos con su sociedad para cualquier asunto o para ofrecer información acerca de un producto, siempre hablamos con la persona adecuada.

Por favor, proporcione el nombre completo, la dirección particular (incluyendo el código postal) y el cargo de los directores ejecutivos, socios (si su sociedad está asociada con otra empresa) y personal de atención al cliente.

Sr.  Sra.  Srta.  Otro  Nombre

Apellidos

Cargo

Dirección particular (código postal incluido)

Sr.  Sra.  Srta.  Otro  Nombre

Apellidos

Cargo

Dirección particular (código postal incluido)

Sr.  Sra.  Srta.  Otro  Nombre

Apellidos

Cargo

Dirección particular (código postal incluido)

Sr.  Sra.  Srta.  Otro  Nombre

Apellidos

Cargo

Dirección particular (código postal incluido)

Sr.  Sra.  Srta.  Otro  Nombre

Apellidos

Cargo

Dirección particular (código postal incluido)

Sr.  Sra.  Srta.  Otro  Nombre

Apellidos

Cargo

Dirección particular (código postal incluido)

Si necesita añadir más directores ejecutivos o socios, por favor utilice otro formulario de solicitud de colaboración.

### 3 INFORMACIÓN SOBRE LA SOCIEDAD

3.1 ¿Desde hace cuántos años existe la sociedad?

3.2 Indique el número de registro

3.3 Si la sociedad está asociada con otra empresa, indique cuándo se realizó la asociación  /  /

3.4 ¿Ha tenido la sociedad otro nombre anteriormente?  Sí  No

Si ha contestado "Sí", indique el nombre anterior:

Nombre

Tipo de negocio

3.5 (i) ¿La sociedad forma parte de algún colegio u organismo profesional?  Sí  No

Si ha contestado "Sí", proporcione los siguientes datos:

Nombre del organismo profesional

Número de registro/autorización

Fecha de incorporación  /  /

(ii) ¿La sociedad forma parte de algún organismo autorregulador?  Sí  No

Si ha contestado "Sí", proporcione los siguientes datos:

Nombre del organismo

Número de registro/autorización

Fecha de incorporación  /  /

3.6 ¿Alguna aseguradora u organismo profesional...

(i) ...le ha denegado a su sociedad la afiliación o el acceso a su cuenta?  Sí  No

Si ha contestado "Sí", proporcione los siguientes datos:

Nombre de la aseguradora

Fecha de la denegación  /  /

(ii) ...le ha cancelado a su sociedad la afiliación o el acceso a su cuenta?  Sí  No

Si ha contestado "Sí", proporcione los siguientes datos:

Nombre de la aseguradora

Fecha de la cancelación  /  /

Motivo

3.7 Nombre y dirección de su organismo regulador:

Nombre

Dirección

Fecha de obtención de la autorización  /  /

Marque la casilla para confirmar que adjunta una copia de la autorización del organismo de regulación a este formulario

Confirme los tipos de seguro que su autorización le permite comercializar:

Seguro de salud

Seguro de vida

Seguro de muerte accidental y pérdida anatómica accidental

Seguro de enfermedad terminal

Seguro de incapacidad

Otro (proporcione detalles)

3.8 ¿Cuenta su sociedad con una póliza para indemnizaciones profesionales?  Sí  No

Si ha contestado "Sí", proporcione los siguientes datos:

Nombre de la aseguradora

Cantidad límite de la indemnización

Período de vigencia de la póliza desde  /  /  hasta  /  /

3.9 Si corresponde, facilite datos sobre todas las sociedades que se poseen y que se dedican a otras compañías de seguros, para futuras consultas.





## **POR FAVOR, ENVÍE ESTA SOLICITUD DEBIDAMENTE COMPLETADA POR:**

Correo electrónico (escaneando el documento) a la dirección: [sales@allianzworldwidecare.com](mailto:sales@allianzworldwidecare.com)  
Fax al número: + 353 1 630 1399

### **Por correo postal a la dirección:**

Departamento comercial (Sales Support)  
Allianz Partners  
15 Joyce Way  
Park West Business Campus  
Nangor Road  
Dublín 12  
Irlanda

Teléfono del departamento comercial: +353 1 514 8442

Si desea más información acerca de los productos de Allianz Partners, no dude en llamar al departamento comercial o visite nuestra página web: [www.allianzworldwidecare.com](http://www.allianzworldwidecare.com)