

FORMULAIRE D’AFFILIATION

Veuillez compléter ce formulaire en LETTRES CAPITALES.

1 COORDONNÉES DE L’AGENCE

Dénomination commerciale complète

Nom(s) du ou des contacts

Adresse commerciale

Téléphone professionnel INDICATIF PAYS INDICATIF RÉGIONAL

Fax INDICATIF PAYS INDICATIF RÉGIONAL

Adresse e-mail

Site Internet

Veuillez nous fournir la liste des noms et des titres de l’ensemble des courtiers qui seront chargés de vendre les produits Allianz Partners :

M. M^{me} Autre Prénom

Nom

Titre

M. M^{me} Autre Prénom

Nom

Titre

M. M^{me} Autre Prénom

Nom

Titre

M. M^{me} Autre Prénom

Nom

Titre

M. M^{me} Autre Prénom

Nom

Titre

M. M^{me} Autre Prénom

Nom

Titre

Veuillez nous indiquer le nom et l’adresse e-mail de la personne à contacter pour toute question d’ordre général (au sujet des commissions par exemple) :

Prénom

Nom

Adresse e-mail

2 DIRECTEUR GÉNÉRAL / PARTENAIRES

Dans le but de vous fournir les informations les plus pertinentes sur nos produits, nous aimerions nous assurer d'être mis en relation avec la bonne personne lorsque nous contactons votre entreprise.

Veillez fournir le nom complet, l'adresse personnelle (incluant le code postal), ainsi que la fonction au sein de l'entreprise des responsables exécutifs, partenaires (le cas échéant) et du personnel en contact avec la clientèle.

M. M^{me} Autre Prénom

Nom

Fonction dans la société

Adresse personnelle (Code postal inclus)

M. M^{me} Autre Prénom

Nom

Fonction dans la société

Adresse personnelle (Code postal inclus)

M. M^{me} Autre Prénom

Nom

Fonction dans la société

Adresse personnelle (Code postal inclus)

M. M^{me} Autre Prénom

Nom

Fonction dans la société

Adresse personnelle (Code postal inclus)

M. M^{me} Autre Prénom

Nom

Fonction dans la société

Adresse personnelle (Code postal inclus)

M. M^{me} Autre Prénom

Nom

Fonction dans la société

Adresse personnelle (Code postal inclus)

S'il n'y a pas suffisamment d'espace, merci d'utiliser un autre formulaire d'affiliation.

3 INFORMATIONS SUR LA SOCIÉTÉ

- 3.1 Depuis combien de temps votre société est-elle en activité ?
- 3.2 Merci de nous fournir votre numéro d'enregistrement
- 3.3 S'il s'agit d'un partenariat, à quelle date a-t-il été constitué ? / /
- 3.4 L'agence a-t-elle déjà opéré sous un autre nom ? Oui Non
Si oui, merci de nous fournir les détails :
Nom
Secteur d'activité
- 3.5 (i) Votre agence est-elle membre d'une corporation/association professionnelle ? Oui Non
Si oui, merci de nous fournir les détails :
Nom de la corporation/association
Numéro d'enregistrement/autorisation
Date d'adhésion / /
- (ii) Votre agence est-elle membre d'un organisme auto-réglementé ? Oui Non
Si oui, merci de nous fournir des détails :
Nom de l'organisme
Numéro d'enregistrement/autorisation
Date d'adhésion / /
- 3.6 Un autre assureur ou organisme professionnel a-t-il déjà :
- (i) Refusé votre adhésion/vos services ? Oui Non
Si oui, merci de nous fournir les détails :
Nom de l'assureur/de l'organisme
Date du refus / /
- (ii) Annulé ou supprimé votre adhésion/vos services ? Oui Non
Si oui, merci de nous fournir les détails :
Nom de l'assureur/de l'organisme
Date de l'annulation / /
Motif
- 3.7 Merci d'indiquer le nom et l'adresse de votre organisme de réglementation :
- Nom
Adresse
Date d'obtention de l'autorisation / /
- Je confirme avoir inclus une copie de l'autorisation avec ce formulaire
Je confirme également que mon autorisation couvre les types d'assurance suivants :
- Santé
 - Décès
 - Décès accidentel et perte de membre
 - Maladie en phase terminale
 - Invalidité
 - Autre(s) (Veuillez préciser le(s) type(s) d'assurance)
- 3.8 Votre société a-t-elle contracté une assurance de responsabilité professionnelle ? Oui Non
Si oui, merci de nous fournir les détails :
Nom de l'assureur
Limite de la garantie
Durée de la police du / / ou / /
- 3.9 Le cas échéant, veuillez nous fournir les détails de toutes les agences gérées avec d'autres compagnies d'assurance

MERCI DE RETOURNER LE FORMULAIRE DÛMENT COMPLÉTÉ PAR :

E-mail, après avoir numérisé le document : sales@allianzworldwidecare.com

Fax : + 353 1 630 1399

Ou bien par courrier postal :

Service commercial
Allianz Partners
15 Joyce Way
Park West Business Campus
Nangor Road
Dublin 12
Irlande

Tél. service commercial : + 353 1 514 8442

Pour plus de renseignements sur nos produits, veuillez contacter notre service commercial ou rendez-vous sur notre site internet : www.allianzworldwidecare.com

Ce document est une traduction française du document en anglais « Broker/Intermediary Application Form ». La version en anglais de ce document est la version originale et officielle. Si des différences existent entre cette traduction et la version anglaise, veuillez noter que la version anglaise est la version légalement engageante et officielle.

AWP Health & Life SA, agissant par l'intermédiaire de sa succursale irlandaise, est une société anonyme régie par le code des assurances. No.401 154 679 RCS Bobigny, France. Succursale irlandaise enregistrée auprès du bureau d'enregistrement des sociétés irlandaises (Irish Companies Registration Office), numéro d'enregistrement : 907619. Adresse : 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande. AWP Health & Life SA exerce sous la dénomination commerciale d'Allianz Partners.