

RICHIESTA DI RAPPRESENTANZA COMMERCIALE

Per favore, compili il presente modulo in STAMPATELLO.

1 DATI DELLA SOCIETÀ

Nome commerciale completo

Nome della/e persona/e di contatto

Indirizzo commerciale registrato

Telefono ufficio PREFISSO INTERNAZIONALE PREFISSO DELLA CITTÀ

Fax PREFISSO INTERNAZIONALE PREFISSO DELLA CITTÀ

Indirizzo e-mail

Sito web

Fornisca una lista dei broker che si occuperanno della vendita dei prodotti di Allianz Partners (indicandone il nome e il ruolo all'interno della società):

Sig. Sig.ra Sig.na Altro Nome

Cognome

Ruolo

Sig. Sig.ra Sig.na Altro Nome

Cognome

Ruolo

Sig. Sig.ra Sig.na Altro Nome

Cognome

Ruolo

Sig. Sig.ra Sig.na Altro Nome

Cognome

Ruolo

Sig. Sig.ra Sig.na Altro Nome

Cognome

Ruolo

Indichi la persona a cui Allianz Partners dovrebbe rivolgersi per questioni generali (ad esempio, per inviare l'estratto delle commissioni):

Nome

Cognome

Indirizzo e-mail

2 DIRETTORI ESECUTIVI E SOCI

Il personale di Allianz Partners vuole accertarsi, quando contatta la sua società, di rivolgersi sempre alla persona adeguata per offrire ciascun tipo di informazione.

Per questo motivo, indichi per favore il nome completo, l'indirizzo del domicilio (codice postale incluso) ed il ruolo di ciascun direttore esecutivo, degli eventuali soci (se la società agisce in partnership con altre aziende) e del personale di servizio al cliente.

Sig. Sig.ra Sig.na Altro Nome

Cognome

Ruolo

Indirizzo del domicilio (codice postale incluso)

Sig. Sig.ra Sig.na Altro Nome

Cognome

Ruolo

Indirizzo del domicilio (codice postale incluso)

Sig. Sig.ra Sig.na Altro Nome

Cognome

Ruolo

Indirizzo del domicilio (codice postale incluso)

Sig. Sig.ra Sig.na Altro Nome

Cognome

Ruolo

Indirizzo del domicilio (codice postale incluso)

Sig. Sig.ra Sig.na Altro Nome

Cognome

Ruolo

Indirizzo del domicilio (codice postale incluso)

Sig. Sig.ra Sig.na Altro Nome

Cognome

Ruolo

Indirizzo del domicilio (codice postale incluso)

Per aggiungere ulteriori direttori esecutivi o soci, usi un'altra Richiesta di rappresentanza commerciale.

3 DATI DELL'ATTIVITÀ COMMERCIALE

3.1 Da quanti anni esiste la sua attività commerciale?

3.2 Indichi il numero di registrazione della società

3.3 Se la società opera in partnership con altre aziende, indichi la data in cui la partnership è stata creata / /

3.4 La società ha mai operato sotto un altro nome? Sì No
Se ha risposto affermativamente, fornisca i seguenti dati:
Nome
Tipo di attività commerciale

3.5 (i) La sua società è iscritta all'albo di un ordine professionale? Sì No
Se ha risposto affermativamente, fornisca i seguenti dati:
Nome dell'ordine professionale
Numero di iscrizione
Data di iscrizione / /

(ii) La sua società è associata a un ente di autoregolamentazione? Sì No
Se ha risposto affermativamente, fornisca i seguenti dati:
Nome dell'organizzazione
Numero di iscrizione
Data di iscrizione / /

3.6 Eventuali altre compagnie assicurative o ordini professionali le hanno mai...
(i) ...declinato l'iscrizione alla lista dei membri? Sì No
Se ha risposto affermativamente, fornisca i seguenti dati:
Nome della compagnia assicurativa / ordine professionale
Data del rifiuto / /

(ii) ...cancellato o ritirato l'iscrizione alla lista dei membri? Sì No
Se ha risposto affermativamente, fornisca i seguenti dati:
Nome della compagnia assicurativa / ordine professionale
Data della cancellazione / /
Motivazione

3.7 Indichi il nome dell'autorità di regolamentazione a cui fa riferimento:
Nome
Indirizzo
Data di rilascio dell'autorizzazione / /
 Barri questa casella per confermare di aver allegato una copia dell'autorizzazione rilasciata dall'autorità di regolamentazione.
Indichi quali prodotti assicurativi la sua autorizzazione le permette di commercializzare:
 Assicurazione sanitaria
 Assicurazione vita
 Assicurazione per morte accidentale e mutilazione
 Assicurazione delle malattie terminali
 Assicurazione dell'invalidità
 Altro tipo di assicurazione (indichi quale)

3.8 La sua società possiede una copertura assicurativa (attualmente in vigore) contro il rischio professionale? Sì No
Se ha risposto affermativamente, fornisca i seguenti dati:
Nome della compagnia assicurativa
Massimale dell'indennità
Periodo di validità della polizza da / / a / /

3.9 Se si gestiscono altre società con altre compagnie assicurative, ne indichi il nome e tutte le informazioni rilevanti.

PER FAVORE, INVII IL PRESENTE MODULO DEBITAMENTE COMPILATO NELLE SEGUENTI MODALITÀ:

Tramite e-mail (previa scannerizzazione) all'indirizzo: sales@allianzworldwidecare.com

Tramite fax al numero: + 353 1 630 1399

Per posta all'indirizzo:

Sales Support

Allianz Partners

15 Joyce Way

Park West Business Campus

Nangor Road

Dublino 12

Irlanda

Telefono dell'Ufficio commerciale : + 353 1 514 8442

Per ulteriori informazioni sui prodotti di Allianz Partners, chiami l'Ufficio commerciale o visiti

www.allianzworldwidecare.com