

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

Preencha este formulário em LETRA DE FÔRMA.

1 DADOS DE CONTATO DA AGÊNCIA

Nome comercial completo																														
Pessoa(s) de contato																														
Endereço comercial registrado																														
Telefone (comercial)	CÓDIGO DO PAÍS						CÓDIGO DE ÁREA																							
Fax	CÓDIGO DO PAÍS						CÓDIGO DE ÁREA																							
E-mail																														
Site																														

Forneça uma lista com os nomes e cargos de todos os corretores que venderão os produtos da Allianz Partners:

Sr. <input type="checkbox"/>	Sra. <input type="checkbox"/>	Srta. <input type="checkbox"/>	Outros						Nome																									
									Sobrenome																									
									Cargo																									
Sr. <input type="checkbox"/>	Sra. <input type="checkbox"/>	Srta. <input type="checkbox"/>	Outros						Nome																									
									Sobrenome																									
									Cargo																									
Sr. <input type="checkbox"/>	Sra. <input type="checkbox"/>	Srta. <input type="checkbox"/>	Outros						Nome																									
									Sobrenome																									
									Cargo																									
Sr. <input type="checkbox"/>	Sra. <input type="checkbox"/>	Srta. <input type="checkbox"/>	Outros						Nome																									
									Sobrenome																									
									Cargo																									
Sr. <input type="checkbox"/>	Sra. <input type="checkbox"/>	Srta. <input type="checkbox"/>	Outros						Nome																									
									Sobrenome																									
									Cargo																									

Indique os dados de contato da pessoa que poderá ser contatada por nós para atender consultas diversas (por exemplo, em casos de consultas relacionadas aos extratos de comissão):

Nome																														
Sobrenome																														
E-mail																														

2 DIRETORES EXECUTIVOS/SÓCIOS

Queremos ter certeza de que, quando entrarmos em contato com a sua empresa, falaremos sempre com a pessoa mais indicada e ofereceremos informações sobre os produtos que são relevantes a ela.

Informe o nome completo, o endereço residencial (incluindo o código postal) e a posição na empresa de todos os diretores executivos, sócios (se relevante) e funcionários em contato com clientes.

Sr. Sra. Srta. Outros Nome
Sobrenome
Posição na empresa
Endereço residencial (incluindo o código postal)

Sr. Sra. Srta. Outros Nome
Sobrenome
Posição na empresa
Endereço residencial (incluindo o código postal)

Sr. Sra. Srta. Outros Nome
Sobrenome
Posição na empresa
Endereço residencial (incluindo o código postal)

Sr. Sra. Srta. Outros Nome
Sobrenome
Posição na empresa
Endereço residencial (incluindo o código postal)

Sr. Sra. Srta. Outros Nome
Sobrenome
Posição na empresa
Endereço residencial (incluindo o código postal)

Sr. Sra. Srta. Outros Nome
Sobrenome
Posição na empresa
Endereço residencial (incluindo o código postal)

Se não houver espaço suficiente para os detalhes de todos os diretores executivos/sócios, use outro Formulário de Solicitação.

3 DADOS COMERCIAIS

- 3.1 Há quantos anos a empresa foi fundada?
- 3.2 Informe o número de registro (CNPJ)
- 3.3 Caso seja uma sociedade, quando ela foi estabelecida? / /
- 3.4 A agência já fez negócios usando algum outro nome? Sim Não
Em caso afirmativo, informe:
Nome
Setor de negócios
- 3.5 (i) Sua agência é membro de alguma associação profissional? Sim Não
Em caso afirmativo, informe:
Nome da associação
Número de registro/autorização
Data de inscrição / /
- (ii) Sua agência é membro de alguma organização de autorregulamentação? Sim Não
Em caso afirmativo, informe:
Nome da organização
Número de registro/autorização
Data de inscrição / /
- 3.6 Alguma seguradora ou uma associação profissional já:
- (i) Recusou os recursos/a inscrição de sua conta? Sim Não
Em caso afirmativo, informe:
Nome da seguradora/associação
Data da recusa / /
- (ii) Cancelou os recursos/a inscrição de sua conta? Sim Não
Em caso afirmativo, informe:
Nome da seguradora/associação
Data do cancelamento / /
Razão
- 3.7 Insira o nome e o endereço de seu órgão regulador:
Nome
Endereço
Data em que a autorização foi obtida / /
 Eu confirmo que anexeí uma cópia da autorização do órgão regulador junto a este formulário.
Também confirmo que minha autorização se refere às seguintes classes de seguros:
 Seguro-saúde
 Seguro de vida
 Seguro de morte ou perda de um dos membros por acidente
 Seguro de doenças em estágio terminal
 Seguro de invalidez
 Outras classes de seguro (forneça detalhes)
- 3.8 Sua empresa possui algum seguro para a indenização profissional? Sim Não
Em caso afirmativo, informe:
Nome do perito
Limite da indenização
Período da apólice de / / até / /
- 3.9 Se aplicável, informe os detalhes de todas as agências que trabalham com outras seguradoras para fins de referência.

ENVIE O FORMULÁRIO COMPLETAMENTE PREENCHIDO POR UM DESTES MÉTODOS:

Digitalize o formulário e envie-o por e-mail para: sales@allianzworldwidecare.com

Envie por fax para: + 353 1 630 1399

Como alternativa, envie pelo correio para:

Sales Support
Allianz Partners
15 Joyce Way
Park West Business Campus
Nangor Road
Dublin 12
Irlanda

Suporte a vendas: + 353 1 514 8442

Para obter mais informações sobre os nossos produtos basta entrar em contato com a nossa equipe dedicada ao suporte a vendas. Como alternativa você pode acessar nosso site: www.allianzworldwidecare.com

Este documento é uma tradução em português da "Agency Application Form". A versão original inglesa deste documento é a versão autoritária. Em caso de existir discrepâncias entre a versão traduzida e a versão original inglesa, informamos que a versão inglesa já é legalmente vincular por si mesma.

A AWP Health & Life SA, atuando sob sua sucursal na Irlanda, é uma empresa de sociedade anônima regida pelo Código de Seguros Francês. A empresa é registrada na França sob o número: 401 154 679 RCS Bobigny. A sucursal da Irlanda é registrada pelo órgão Irlandês "Irish Companies Registration Office" sob o número: 907619. Endereço: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlanda. A Allianz Partners está registrada como uma razão social da AWP Health & Life SA.