

## Formulário de Solicitação



Se você optar por preencher a versão impressa deste formulário, **PREENCHA-O EM LETRAS MAIÚSCULAS**

### 1 Dados de contato do corretor/intermediário

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/ intermediários que venderão os produtos da Allianz Care:

Sr.  Sra.  Srta.  Outros

Nome

Sobrenome

Cargo

Sr.  Sra.  Srta.  Outros

Nome

Sobrenome

Cargo

Sr.  Sra.  Srta.  Outros

Nome

Sobrenome

Cargo

Sr.  Sra.  Srta.  Outros

Nome

Sobrenome

Cargo

Sr.  Sra.  Srta.  Outros

Nome

Sobrenome

Cargo

Sr.  Sra.  Srta.  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

Sr.  Sra.  Srta.  Outros

Nome

Sobrenome

Posição na empresa

Sr.  Sra.  Srta.  Outros

Nome

Sobrenome

Posição na empresa

Sr.  Sra.  Srta.  Outros

Nome

Sobrenome

Posição na empresa

Sr.  Sra.  Srta.  Outros

Nome

Sobrenome

Posição na empresa

Sr.  Sra.  Srta.  Outros

Nome

Sobrenome

Posição na empresa

Sr.  Sra.  Srta.  Outros

Nome

Sobrenome

Posição na empresa

Sr.  Sra.  Srta.  Outros

Nome

Sobrenome

Posição na empresa

Sr.  Sra.  Srta.  Outros

Nome

Sobrenome

Posição na empresa

*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 anexeï 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 os acordos/negócios firmados com outras seguradoras para fins de referência.
- 
- 
-



## 6 Detalhes sobre o pagamento

As comissões normalmente são pagas por **transferência bancária para sua conta**, gerando um extrato que lhe é enviado separadamente. Se o seu banco estiver na União Europeia ou em um país onde o número de IBAN seja requerido (como no Catar, Arábia Saudita, Angola, Tunísia e Turquia) forneça ambos os números de IBAN e do código BIC/Swift para facilitar o pagamento da sua comissão.

Moeda:  Libra esterlina (GBP)  Euro  Dólares americanos  Franco-suíços

Nome do titular da conta

Número da conta

IBAN (apenas quando necessário)

Código do banco/agência

Código Swift/BIC

Nome do banco

Endereço do banco

### Dados Adicionais

Caso seja necessário fornecer informações adicionais para efetuar transações internacionais em seu país (como documento de identificação, CPF, CNPJ ou código bancário), indique-as no espaço ao lado:

Código Swift do banco intermediário (se aplicável):

Moeda:  Libra esterlina (GBP)  Euro  Dólares americanos  Franco-suíços

Nome do titular da conta

Número da conta

IBAN (apenas quando necessário)

Código do banco/agência

Código Swift/BIC

Nome do banco

Endereço do banco

### Dados Adicionais

Caso seja necessário fornecer informações adicionais para efetuar transações internacionais em seu país (como documento de identificação, CPF, CNPJ ou código bancário), indique-as no espaço ao lado:

Código Swift do banco intermediário (se aplicável):

