**Questionnaire à remplir pour toute collaboration avec**

**Allianz Suisse**

Le présent questionnaire doit être rempli en vue d’une éventuelle collaboration avec Allianz Suisse. (Merci d’imprimer le questionnaire et de l’envoyer signé et accompagné des annexes à l’adresse indiquée en bas de ce document.)

|  |  |
| --- | --- |
| **Données relatives à la société:** | |
| Raison sociale | Forme juridique |
| Adresse du siège  principal | Localité |
| Téléphone | Fax |
| Site Internet | Courriel |
| Coordonnées bancaires **(IBAN)**: CH | |
| Noms et adresses des  filiales /  participations,  courtier en réseau: | |

|  |
| --- |
| **Organisation de la société** |
| Nombre de collaborateurs au siège principal: 0/filiales:   * Dont propriétaires/partenaires (selon la/les fiche(s) du personnel ci-jointe(s))      * Dont conseillers en assurance * Dont collaborateurs administratifs |
| Faites-vous partie d’un syndicat? (p. ex. SIBA/ACA) Oui /Non  Si tel est le cas, lequel? |
| Votre société est-elle membre de la société d’intérêt IG B2B? Oui /Non |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indications sur les activités professionnelles** | |
| Quelle est la proportion (en %) de vos activités de courtage? | |
| Affaires Entreprises        % | Affaires Particuliers        % |
| Exercez-vous uniquement des activités de courtage? Oui /Non  Si non, quelles autres activités exercez-vous?  Activités:  et proportion (en %) 0 | |
| Vos activités portent-elles sur une clientèle cible en particulier (p.ex. médecins)? Oui /Non  Laquelle?  Étendue du portefeuille en % | |
| Distribuez-vous des fonds (sans compter les assurances vie liées aux fonds de placement)?  Oui /Non  Si oui, de quels assureurs/banques/institutions: | |

|  |  |
| --- | --- |
| Avec quelles compagnies d’assurances et quelles caisses-maladie collaborez-vous **sur la base d’une convention de courtage**? | |
| Quel est le **volume total** de votre portefeuille de courtage? | Quel est le volume du portefeuille que vous gérez pour le compte d’Allianz Suisse en votre qualité de **courtier mandaté**? (Veuillez joindre une liste des portefeuilles en question) |
| en Non-vie  en Vie individuelle  en Vie collective  (primes de risque et d'épargne + réserve mathématique)  en assurance maladie |  |
| Votre société est-elle inscrite au registre officiel des intermédiaires d’assurances en vertu des art. 40 à 45 LSA?  Oui: no d’enregistrement        (en cas de création: certificat d’enregistrement) / Date:  Non: motifs (p. ex. en vertu de l'art. 183 OS): | |
| Votre société opère-t-elle dans le domaine des affaires Vie individuelle? Oui /Non  Si oui:  Nous sommes affiliés à l'organisme d'autorégulation (OAR) si-contre ou sommes soumis à l'Autorité de contrôle en matière de lutte contre le blanchiment d'argent.  (Merci de joindre une attestation.)  La formation LBA a été effectuée. (Merci de joindre le certificat de formation LBA.)  Je ne remplis aucune des deux conditions précitées et souhaite m’inscrire au programme d’apprentissage en ligne d’Allianz Suisse par le biais du présent questionnaire. | |

**Annexes:**

* Extrait du registre du commerce actuel
* Extrait du registre des poursuites et extrait du cassier judiciaire (société et propriétaire)
* Copie de l'assurance de responsabilité civile d'entreprise actuelle
* Extrait du registre des intermédiaires
* Documentation ou prospectus relatif à votre société
* Composition du portefeuille géré pour le compte d’Allianz Suisse
* Attestation d’affiliation OAR/Autorité de contrôle ou certificat de formation LBA
* Fiches du personnel

Je soussigné(e), Nom, prénom, déclare au nom de l’entreprise que toutes les réponses fournies sont conformes à la vérité et correspondent à la réalité. Allianz Suisse sera tenu informée de tout changement significatif au sein de l’entreprise.

Lieu/date       /

Signature et timbre de l’entreprise \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Propriétaires/membres de la direction/partenaires/conseillers en assurance** | |
| Nom | Prénom |
| Fonction | Date de naissance |
| Avez-vous fait votre apprentissage dans l’assurance? Oui /Non  Si **non**, quelle est votre formation professionnelle? | * Combien d'années de pratique avez-vous dans l’assurance?         années * Auprès de quelles compagnies: * Dans quelle branche: |
| * Un brevet fédéral: Oui /Non * Un diplôme fédéral: Oui /Non | Êtes-vous au bénéfice d’autres formations dans l'assurance ou dans la gestiondu risque: |
|  | |
| Nom | Prénom |
| Fonction | Date de naissance |
| Avez-vous fait votre apprentissage dans l'assurance: Oui /Non  Si tel n'est pas le cas, quelle est votre formation professionnelle? | * Combien d'années de pratique avez-vous dans l'assurance?         années * Auprès de quelles compagnies: * Dans quelle branche: |
| * Un brevet fédéral: Oui /Non * Un diplôme fédéral: Oui /Non | Êtes-vous au bénéfice d'autres formations dans l'assurance ou dans la gestiondu risque: |
|  | |
| Nom | Prénom |
| Fonction | Date de naissance |
| Avez-vous fait votre apprentissage dans l’assurance? Oui /Non  Si **non**, quelle est votre formation professionnelle? | * Combien d'années de pratique avez-vous dans l'assurance?         années * Auprès de quelles compagnies: * Dans quelle branche: |
| * Un brevet fédéral: Oui /Non * Un diplôme fédéral: Oui /Non | Êtes-vous au bénéfice d'autres formations dans l'assurance ou dans la gestiondu risque: |
|  | |
| Nom | Prénom |
| Fonction | Date de naissance |
| Avez-vous fait votre apprentissage dans l’assurance? Oui /Non  Si **non**, quelle est votre formation professionnelle? | * Combien d'années de pratique avez-vous dans l'assurance?         années * Auprès de quelles compagnies: * Dans quelle branche: |
| * Un brevet fédéral: Oui /Non * Un diplôme fédéral: Oui /Non | Êtes-vous au bénéfice d'autres formations dans l'assurance ou dans la gestiondu risque: |