**Questionario per la collaborazione con Allianz Suisse**

Ai fini della collaborazione con Allianz Suisse si prega di inviare il presente questionario debitamente compilato e firmato all'indirizzo indicato di seguito.

|  |  |
| --- | --- |
| **Dati dell'azienda** | |
| Ragione sociale | Forma giuridica |
| Indirizzo sede principale | Luogo |
| Telefono | Telefax |
| Homepage | E-mail |
| Coordinate bancarie **(IBAN)**: CH | |
| Nomi e indirizzi delle  filiali /  affiliate,  quota della relativa partecipazione,  Broker Network: | |

|  |
| --- |
| **Struttura aziendale** |
| N. dipendenti sede principale:        / filiali:   * di cui titolari/soci (come da scheda/e del personale allegata/e) * di cui consulenti assicurativi * di cui dipendenti dell'amministrazione |
| Aderite a un'associazione di categoria (es. SIBA)? SÌ  / NO  Se sì, quale? |
| La vostra azienda è iscritta all'associazione IG B2B? SÌ  / NO |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dati sull'attività commerciale** | |
| A quanto ammonta rispetto al totale la quota dell'attività di brokeraggio? | |
| Clienti aziende        % | Clienti privati        % |
| L'attività dell'azienda è limitata al brokeraggio? SÌ  NO  In caso di risposta negativa, quali altre attività svolge l'azienda?  Attività:        e quota in %: | |
| Vi rivolgete a un gruppo specifico di clienti (ad es. medici)? SÌ  / NO  Quali?  Quota di portafoglio in % | |
| Distribuite fondi (escluse le assicurazioni sulla vita legate a fondi)? SÌ  / NO  Se sì, di quali istituti, banche o assicurazioni? | |
| Con quali compagnie assicurative e casse malattia intrattenete già un rapporto di collaborazione con **retribuzione tramite commissioni**? | |
| **Dati sull'attività commerciale** | |
| A quanto ammonta **complessivamente** il vostro portafoglio broker? | A quanto ammonta **il portafoglio che detenete come broker di Allianz Suisse**? (Si prega di allegare al presente questionario un'apposita distinta.) |
| Non vita  Vita individuale  Vita collettiva  (premio di rischio/risparmio + riserva matematica)  Assicurazione di malattia |  |
| La vostra azienda è iscritta all'albo degli intermediari assicurativi ai sensi degli artt. 40-45 LSA?  Sì; n. registrazione        (per nuove ditte, certificato di registr.) / data:  No; motivo (ad es. ai sensi dell'art. 183 OS): | |
| La vostra azienda opera nel ramo Vita individuale? SÌ  / NO  In caso di risposta affermativa:  Siamo affiliati a un Organismo di autodisciplina (OAD) ovvero siamo soggetti all'Autorità di   controllo per la lotta contro il riciclaggio di denaro (allegare certificato di affiliazione).  Abbiamo completato il corso di formazione LRD (attestato di formazione LRD).  Poiché non è soddisfatto nessuno dei due precedenti requisiti, richiediamo l'iscrizione  al programma di e-learning di Allianz Suisse. | |

**Allegati**

* Estratto dell'iscrizione al registro di commercio recente
* Estratto dell'ufficio esecuzioni e un estratto del casellario giudiziario (azienda e titolare dell'azienda)
* Copia di assicurazione della responsabilità civile di imprese recente
* Estratto dell'albo degli intermediari
* Documentazione e opuscoli sull'azienda
* Distinta del portafoglio di brokeraggio Allianz Suisse
* Certificato di affiliazione OAD/Autorità di controllo oppure attestato di formazione LRD
* Schede del personale

Dichiariamo di aver risposto a tutte le domande del questionario in modo veritiero. Provvederemo ad informare Allianz Suisse circa eventuali variazioni concernenti l'azienda.

Luogo/Data       /

Firma e timbro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Titolare / Membri della Direzione / Soci / Consulenti assicurativi** | |
| Cognome | Nome |
| Funzione | Data di nascita |
| Apprendistato assicurativo SÌ  / NO  Se **NO**, indicare la formazione professionale conseguita: | * Anni di esperienza nel settore assicurativo:        anni * Presso quali compagnie? * In quali rami? |
| * Attestato professionale federale SÌ  / NO * Diploma federale SÌ  / NO | Altri corsi di formazione in campo assicurativo o di risk management: |
|  | |
| Cognome | Nome |
| Funzione | Data di nascita |
| Apprendistato assicurativo SÌ  / NO  Se **NO**, indicare la formazione professionale conseguita: | * Anni di esperienza nel settore assicurativo:        anni * Presso quali compagnie? * In quali rami? |
| * Attestato professionale federale SÌ  / NO * Diploma federale SÌ  / NO | Altri corsi di formazione in campo assicurativo o di risk management: |
|  | |
| Cognome | Nome |
| Funzione | Data di nascita |
| Apprendistato assicurativo SÌ  / NO  Se **NO**, indicare la formazione professionale conseguita: | * Anni di esperienza nel settore assicurativo:        anni * Presso quali compagnie? * In quali rami? |
| * Attestato professionale federale SÌ  / NO * Diploma federale SÌ  / NO | Altri corsi di formazione in campo assicurativo o di risk management: |
|  | |
| Cognome | Nome |
| Funzione | Data di nascita |
| Apprendistato assicurativo SÌ  / NO  Se **NO**, indicare la formazione professionale conseguita: | * Anni di esperienza nel settore assicurativo:        anni * Presso quali compagnie? * In quali rami? |
| * Attestato professionale federale SÌ  / NO * Diploma federale SÌ  / NO | Altri corsi di formazione in campo assicurativo o di risk management: |