**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:        |