

Identité

Nom du cabinet : _____

Adresse : _____

Tél : _____ SIRET : _____ N° Orias : _____

Statut : courtier agent compagnie mandante : _____

Email : _____ Site internet : _____

Dirigeants

NOM Prénom	Fonction	E-mail	Ligne directe / mobile
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Contacts au sein du cabinet

Merci de nous indiquer les coordonnées des personnes qui seront en contact avec nos services : commercial, adhésions, prestations, comptabilité.

NOM Prénom	Fonction	E-mail	Ligne directe / mobile
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Adresse email sur laquelle adresser les bordereaux de commissions : _____

Fait le _____ à _____

Documents à joindre

- 👉 Une photocopie de la CNI ou du passeport, du/ des représentant(s) légal(aux) en cours de validité
- 👉 Attestation RC Pro
- 👉 Attestation Orias
- 👉 Kbis daté de moins de 6 mois
- 👉 RIB (pour le versement des commissions)

Signature et cachet du cabinet :

Dans le cadre de la surveillance des modes de distribution, nous vous remercions de bien vouloir répondre au questionnaire suivant :

Votre entreprise

Nom de votre entreprise :

Nom et prénom du dirigeant :

Nombre d'années d'expérience du dirigeant dans l'assurance :

Nombre de collaborateurs :

• Dont salariés sédentaires :

• Dont salariés commerciaux :

Nombre de mandataires :

Nombre de points de vente :

Faites-vous partie d'un groupement de courtiers ? Oui Non

• Si oui, lequel ?

Chiffre d'Affaires en IARD :

Chiffre d'Affaires en ADP :

Votre clientèle

Répartition du portefeuille entre :

• Particuliers : %

• Professionnels : %

Vos méthodes de vente (cocher les cases concernées et indiquer des %)

En face à face en cabinet %

Vente par une force commerciale terrain %

Site internet marchand (souscription en ligne) %

Par l'intermédiaire de comparateurs %

• Si oui, lesquels ?

Par téléphone par les collaborateurs du cabinet %

• Achat de leads : Oui Non

• Vérification préalable auprès de Bloctel : Oui Non

• Vente à chaud ? Oui Non

Par une plateforme téléphonique externe au cabinet %

• Située dans l'Union Européenne : Oui Non

• Située hors de l'Union Européenne : Oui Non

• Si oui, merci de préciser la/les localisation(s) :

Année de référence pour les données saisies :

Votre conformité (cocher les cases concernées)

- Vos salariés en charge de la distribution des produits d'assurance :
- ☞ Disposent-ils de la capacité professionnelle adaptée (IAS) ? Oui Non
 - ☞ Sont-ils formés au moins 15h par an ? Oui Non
 - ☞ Remplissent-ils la condition d'honorabilité ? Oui Non
- Est-ce que vous remettez les documents suivants à vos clients avant toute souscription ?
- ☞ IPID : Oui Non
 - ☞ Fiche d'informations et de conseil : Oui Non
 - ☞ Conditions générales/Notice d'information : Oui Non
- Avez-vous mis en place un dispositif LCB-FT ? Oui Non
- Avez-vous désigné un responsable du dispositif LCB-FT ? Oui Non
- Avez-vous désigné un correspondant TRACFIN ? Oui Non
- La formation du personnel exposé aux risques de BC-FT est-elle assurée ? Oui Non
- Avez-vous mis en place une procédure de traitement des Réclamations ? Oui Non
- ☞ Nombre de réclamation(s) enregistrée(s) cette année :
- Les mentions (réclamation/mediation) sont-elles présentes sur vos documents qui sont remis aux clients, le cas échéant sur votre site web ? Oui Non
- Vos clients ont-ils connaissance de la possibilité de recourir à votre médiateur ? Oui Non
- ☞ Coordonnées de votre Médiateur (nom, prénom, téléphone, adresse) :