

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) :