

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 3 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
 - Les ventes réalisées par démarchage téléphonique à froid ne sont pas souhaitées par REPAM
 - 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) :