

## Identité

Nom du cabinet : [REDACTED]

Adresse : [REDACTED]  
[REDACTED]

Tél : [REDACTED] SIRET : [REDACTED] N° Orias : [REDACTED]

Statut :  courtier  agent compagnie mandante : [REDACTED]

Email : [REDACTED] Site internet : [REDACTED]

## Dirigeants

NOM Prénom	Fonction	E-mail	Ligne directe / mobile
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

## 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
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Adresse email sur laquelle adresser les bordereaux de commissions : [REDACTED]

Fait le [REDACTED] à [REDACTED]

## 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 : [REDACTED]

Nom et prénom du dirigeant : [REDACTED]

Nombre d'années d'expérience du dirigeant dans l'assurance : [REDACTED]

Nombre de collaborateurs : [REDACTED]

- 👉 Dont salariés sédentaires : [REDACTED]
- 👉 Dont salariés commerciaux : [REDACTED]

Nombre de mandataires : [REDACTED]

Nombre de points de vente : [REDACTED]

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

- 👉 Si oui, lequel ? [REDACTED]

Chiffre d'Affaires en IARD : [REDACTED]

Chiffre d'Affaires en ADP : [REDACTED]

### Votre clientèle

Répartition du portefeuille entre :

- 👉 Particuliers : [REDACTED] %
- 👉 Professionnels : [REDACTED] %

### Vos méthodes de vente

(cocher les cases concernées et indiquer des %)

- En face à face en cabinet [REDACTED] %
- Vente par une force commerciale terrain [REDACTED] %
- Site internet marchand (souscription en ligne) [REDACTED] %
- Par l'intermédiaire de comparateurs [REDACTED] %
  - 👉 Si oui, lesquels ? [REDACTED]
- Par téléphone par les collaborateurs du cabinet [REDACTED] %
  - 👉 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 [REDACTED] %
  - 👉 Située dans l'Union Européenne :  Oui  Non
  - 👉 Située hors de l'Union Européenne :  Oui  Non
  - 👉 Si oui, merci de préciser la/les localisation(s) : [REDACTED]

Année de référence pour les données saisies : [REDACTED]

## 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
- Utiliserez-vous la fiche d'information et de conseil mise à disposition par REPAM ?  Oui  Non
- En cas de réponse négative, joindre à ce questionnaire, votre fiche d'information et de conseil.
- Avez-vous mis en place un dispositif LCB-FT ?  Oui  Non
- En cas de réponse positive, joindre les documents / politiques justifiant votre dispositif LCB-FT.
- Avez-vous désigné un responsable du dispositif LCB-FT ?  Oui  Non
- En cas de réponse positive, joindre le courrier de désignation du responsable.
- Avez-vous désigné un correspondant TRACFIN ?  Oui  Non
- En cas de réponse positive, joindre le courrier de désignation du correspondant.
- 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
- En cas de réponse positive, joindre votre procédure de traitement des Réclamations.
- 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) :