

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

☐ 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) :