



COURTIER/INTERMÉDIAIRE

Afin d'assurer le plus haut degré de professionnalisme et de conformité dans notre collaboration, nous vous invitons à remplir le formulaire suivant.

FORMULAIRE D'ADHÉSION

1) COORDONNÉES DE L'INTERMÉDIAIRE

DÉNOMINATION SOCIALE COMPLÈTE :		
NOM(S) & TITRE(S) DU CONTACT :		
ADRESSE DU SIÈGE SOCIAL :		
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE L'ENTREPRISE :		
WHATSAPP :	SKYPE :	EMAIL :

SITE WEB : VEUILLEZ NOUS FOURNIR UNE LISTE DES NOMS ET TITRES DE POSTE DE TOUS LES COURTIER(S) QUI VENDRONT LES PRODUITS THINK CARE AFRICA.

PRÉNOM (S) :
NOM DE FAMILLE :
TITRE DU POSTE :

S'IL N'Y A PAS ASSEZ D'ESPACE POUR TOUS LES COURTIER(S), VEUILLEZ UTILISER UN AUTRE FORMULAIRE DE DEMANDE.

VEUILLEZ NOUS FOURNIR LES COORDONNÉES DE LA PERSONNE À CONTACTER POUR LES QUESTIONS D'ORDRE GÉNÉRAL (PAR EXEMPLE, LES RELEVÉS DE COMMISSIONS) :

PRÉNOM (S) :
NOM DE FAMILLE :
EMAIL ADDRESS :

2) DIRECTEURS EXÉCUTIFS/PARTENAIRES

Nous voulons nous assurer que, lorsque nous contacterons votre entreprise, nous nous adresserons toujours au bon interlocuteur et que nous lui offrirons des informations sur les produits les plus pertinents pour elle. Veuillez indiquer le nom complet, l'adresse du domicile (y compris le code postal) et la fonction au sein de la société ou de l'entreprise des directeurs exécutifs, des partenaires (le cas échéant) et du personnel en contact avec la clientèle.

PRÉNOM (S) :
NOM DE FAMILLE :
TITRE DU POSTE :
ADRESSE DU DOMICILE (INCLUANT LE CODE POSTAL) :

S'il n'y a pas assez d'espace pour tous les courtiers, veuillez utiliser un autre formulaire.

3) DÉTAILS DE VOTRE ACTIVITÉ COMMERCIALE

3.1 DEPUIS COMBIEN D'ANNÉES L'ENTREPRISE EST-ELLE ÉTABLIE ?

3.2 MERCI DE FOURNIR VOTRE NUMÉRO D'IMMATRICULATION

3.3 S'IL S'AGIT D'UN PARTENARIAT, QUAND A-T-IL ÉTÉ FORMÉ JJ/MM/AAAA ?

3.4 L'AGENCE A-T-ELLE DÉJÀ EXERCÉ SOUS UN AUTRE TITRE ?

OUI ☐ NON ☐

SI OUI, VEUILLEZ DONNER DES DÉTAILS :

TITRE :

CHIFFRE D'AFFAIRES/VOLUME DE PRIMES D'ASSURANCE :

3.5 (i) VOTRE AGENCE EST-ELLE MEMBRE D'UN ORGANISME PROFESSIONNEL ?

OUI ☐ NON ☐

SI OUI, VEUILLEZ DONNER DES DÉTAILS :

NOM DE L'ORGANISME PROFESSIONNEL :

NUMÉRO D'IMMATRICULATION :

DATE D'ADHÉSION (JJ/MM/AAAA) :

(i) REFUSÉ OU SUSPENDU VOTRE ADHÉSION ?

OUI ☐ NON ☐

SI OUI, VEUILLEZ DONNER DES DÉTAILS :

NOM DE L'ORGANISME :

NUMÉRO D'IMMATRICULATION :

DATE D'ADHÉSION (JJ/MM/AAAA) :

3.6 UN ASSUREUR OU UN ORGANISME PROFESSIONNEL A-T-IL DÉJÀ :

(i) REFUSÉ OU SUSPENDU VOTRE ADHÉSION ?

OUI ☐ NON ☐

SI OUI, VEUILLEZ DONNER DES DÉTAILS :

NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE/ORGANISME :

DATE DE REFUS (JJ/MM/AAAA) :

(ii) ANNULÉ OU RETIRÉ VOTRE COMPTE/ADHÉSION ?

OUI ☐ NON ☐

SI OUI, VEUILLEZ DONNER DES DÉTAILS :

NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE/ORGANISME :

DATE DE RETRAIT/ANNULATION (AA/MM/AAAA) :

RAISON :

3.7 VEUILLEZ INSÉRER LE NOM ET L'ADRESSE DE VOTRE AUTORITÉ DE RÉGULATION :

NOM :

ADRESSE :

DATE DE RÉCEPTION DE L'AGRÉMENT (AA/MM/AAAA) :

☐ JE CONFIRME QUE J'AI JOINT UNE COPIE DE L'AUTORISATION À LA PRÉSENTE DEMANDE.

☐ JE CONFIRME ÉGALEMENT QUE MON AUTORISATION COUVRE LES BRANCHES D'ASSURANCE SUIVANTES :

- SANTÉ
- VIE
- DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS
- ENLÈVEMENT ET RANÇON
- MALADIE TERMINALE

● AUTRE (VEUILLEZ PRÉCISER)

3.8 VOTRE CABINET DISPOSE-T-IL D'UNE POLICE D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE ? OUI ☐ NON ☐ SI OUI, VEUILLEZ DONNER DES DÉTAILS :

NOM DU SOUSCRIPTEUR :

LIMITE D'INDEMNISATION :

PÉRIODE D'ASSURANCE DU AU (JJ/MM/AAAA) :

3.9 LE CAS ÉCHÉANT, VEUILLEZ FOURNIR LES DÉTAILS DE TOUTES LES AGENCES DÉTENUES AUPRÈS D'AUTRES COMPAGNIES D'ASSURANCE À TOUTES FINS UTILES :

4) INFORMATIONS LÉGALES

VOTRE ENTREPRISE OU L'UNE DES PERSONNES ÉNUMÉRÉES DANS LES SECTIONS 1 ET 2 DU PRÉSENT FORMULAIRE ONT-ELLES FAIT L'OBJET :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 4.1 d'une constatation défavorable, passée ou en cours, de la part d'une autorité de régulation, organisme commercial, professionnel, public, industriel ou de consommateurs, ou de la part d'une autorité fiscale ou gouvernementale ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| 4.2 d'une procédure de faillite ou d'insolvabilité ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| 4.3 d'un refus, d'une suspension ou d'un retrait ou été soumise à des conditions ou restrictions non usuelles vis-à-vis de sa licence, ou autorisation d'exercer tout type d'activité ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| 4.4 d'une procédure judiciaire civile ou partie à un arbitrage en rapport avec une activité financière ou fait l'objet d'une procédure pénale ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| 4.5 d'une cessation d'activités dans des circonstances où un ou plusieurs de vos/leurs créanciers n'ont pas été intégralement payés ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| 4.6 d'une disqualification en tant que directeur d'une société, ou d'avoir agi sur la gestion ou la conduite des affaires d'une société, d'un partenariat ou d'une association non constituée en société ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| 4.7 d'une condamnation pour une infraction pénale ? (à l'exception des infractions de stationnement et de conduite imprudente) | Oui ☐ | Non ☐ |
| 4.8 d'une accusation sur une infraction impliquant la violence, la fraude ou tout autre comportement criminel ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| 4.9 d'une implication dans une entreprise ou un comportement malhonnête dans le cadre de votre activité professionnelle ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| 4.10 d'une demande de représentation d'un bureau d'assurance refusée, ou d'une agence dont la licence a été précédemment annulée ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| 4.11 d'un blâme dans le cadre d'une procédure disciplinaire d'une autorité de régulation ? | Oui ☐ | Non ☐ |

SI LA RÉPONSE À L'UNE DE CES QUESTIONS EST POSITIVE, VEUILLEZ FOURNIR TOUS LES DÉTAILS CI-DESSOUS (VEUILLEZ UTILISER UNE FEUILLE SÉPARÉE SI NÉCESSAIRE)

Question no.

Détails

--	--

Si l'espace est insuffisant pour fournir des détails supplémentaires, veuillez utiliser un autre formulaire de demande pour courtier/intermédiaire.

5) ANTI-CORRUPTION

EST-CE QUE VOUS/VOTRE ENTREPRISE OU L'UNE DES PERSONNES ÉNUMÉRÉES DANS LES SECTIONS 1 ET 2 DE CE FORMULAIRE :

5.1 Avez été condamné pour violation des dispositions en matière de lutte contre la corruption dans les cinq dernières années ? OUI ☐ NON ☐

5.2 Avez eu une relation d'affaires avec une autre entreprise qui aurait pris fin au cours des cinq dernières années ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, veuillez indiquer les raisons pour lesquelles la relation a été rompue :

5.3 Êtes situé en dehors du pays dans lequel les services doivent être fournis ? OUI ☐ NON ☐

6) MODALITÉS DE PAIEMENT

Les commissions sont normalement payées par virement bancaire sur votre compte bancaire et pour nous ensuite de vous transmettre un relevé séparé. Si votre banque se trouve dans l'UE, ou si votre pays spécifique exige un IBAN (par exemple, Qatar, Arabie Saoudite, Angola, Tunisie, Turquie), veuillez fournir votre IBAN et votre code BIC/Swift pour faciliter le paiement de votre commission.

Veuillez fournir les détails suivants, y compris une devise préférée par défaut, afin de garantir le bon déroulement du transfert de vos fonds :

DEVISE : EURO/ US DOLLAR

NOM DU COMPTE :

NUMÉRO DE COMPTE :

IBAN (SI NÉCESSAIRE) :

CODE DE L'ÉTABLISSEMENT/DE LA SUCCURSALE CODE SWIFT/BIC :

NOM DE LA BANQUE :

ADRESSE DE LA BANQUE :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :

Si vous avez connaissance d'informations supplémentaires requises pour le traitement des transactions internationales dans votre pays (par exemple, code d'agence, numéro d'identification fiscale), veuillez les indiquer ci-dessous :

Code Swift de la banque intermédiaire (le cas échéant) :

7) DÉCLARATION

Je déclare/Nous déclarons que les informations fournies sont correctes et que toutes les informations pertinentes pour cette demande ont été divulguées. Par la présente, je sollicite/nous sollicitons Think Insurtech en tant qu'agence pour permettre la souscription d'une assurance privée, conformément à leurs conditions d'agence standard (qui peuvent être modifiées de temps à autre).

J'autorise/nous autorisons Think Insurtech à effectuer toute autre enquête jugée nécessaire dans le cadre de la présente demande. Je comprends/nous comprenons que le mandat, s'il est accordé, peut être résilié par l'une ou l'autre des parties sans justification, sous réserve des conditions générales du mandat. Lorsque j'opère en tant qu'intermédiaire indépendant, je m'engage/nous nous engageons à maintenir en vigueur une couverture d'assurance responsabilité civile professionnelle.

Je comprends/nous comprenons que les informations fournies à Think Insurtech feront partie des données détenues par Think Insurtech conformément aux lois françaises sur le règlement de protection des données (RGPD) et la Directive de la Distribution de L'Assurance.

Je confirme/Nous confirmons que tous les employés concernés de l'agence nommée dans ce formulaire répondent aux exigences minimales applicables en matière de qualification et de compétence imposées par l'organisme de réglementation compétent.

Toutes les informations fournies dans cette demande seront traitées dans la plus stricte confidentialité et ne seront pas divulguées à d'autres parties en dehors de Think Insurtech.

SIGNATURE DE L'ADMINISTRATEUR PRINCIPAL/ASSOCIÉ

DATE (JJ/MM/AAAA)

VEUILLEZ RENVoyer VOTRE FORMULAIRE DûMENT REMPLI PAR :

SCANNER ET ENVOYER PAR E-MAIL À :

Team@thinkinsurtech.com - Sales@thinkinsurtech.com

Fax :

+33 (0) 1 76 21 10 66/67/68/69

Vous pouvez également le poster à :

Sales Support

Think Insurtech

3 Rue Joseph Riviere - 92400 Courbevoie - France

« ThinkCare », « ThinkInsurCare », "Think Insurtech est une société de courtage française enregistrée sous le numéro Orias 22002636 avec une responsabilité professionnelle et des garanties financières conformément à l'article L-530-1 et L-5310-2 du Code des assurances français. Les prestations médicales sont couvertes par Axa Mansard Health Limited immatriculée au Nigéria - RC 487419 - 84b, Ozumba Mbadiwe Street, Victoria Island, Lagos, Nigéria, et dans leur ensemble assurées, avec l'assistance médicale, par Axa Global."