



# *Demande de partenariat*

Nom du cabinet : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Code attribué : \_\_\_\_\_

## Renseignements généraux concernant le cabinet

Raison sociale : \_\_\_\_\_  
Adresse du Siège Social : \_\_\_\_\_  
Adresse postale (si différente) : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_  
Site Web (éventuellement) : \_\_\_\_\_ Adresse email : \_\_\_\_\_  
R.C. n° \_\_\_\_\_ en date du \_\_\_\_\_ Greffe de \_\_\_\_\_  
Forme juridique : \_\_\_\_\_ Montant du Capital Social : \_\_\_\_\_  
Nom des actionnaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Organigramme

Direction : \_\_\_\_\_  
Responsables : Production : \_\_\_\_\_ Sinistres : \_\_\_\_\_  
Comptables : \_\_\_\_\_ Autres : \_\_\_\_\_

## Merci de nous communiquer les informations ci-dessous

L'envoi des documents de gestion se fera :

Par courrier au siège social  Par courrier à l'adresse postale  Par email \_\_\_\_\_

L'envoi de la comptabilité se fera :

Par courrier au siège social  Par courrier à l'adresse postale  Par email \_\_\_\_\_

## Votre portefeuille

Quelles sont vos compagnies habituelles ?

\_\_\_\_\_ Depuis : | | | | | | | | | |  
\_\_\_\_\_ Depuis : | | | | | | | | | |  
\_\_\_\_\_ Depuis : | | | | | | | | | |

Quel(s) type(s) de produits distribuez-vous :

Emprunteurs  Obsèques  Autres (précisez) : \_\_\_\_\_

## Nature de la clientèle

\_\_\_\_\_ % de Particuliers  
\_\_\_\_\_ % de Commerçants-Artisans  
\_\_\_\_\_ % d'Entreprises  
\_\_\_\_\_ 100%

## Renseignements concernant le responsable du cabinet

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Formation générale : \_\_\_\_\_

Formation assurance : \_\_\_\_\_

Ancienneté et fonctions exercées dans la Profession en qualité de Courtier :

- Dans l'actuel cabinet : \_\_\_\_\_

- Dans d'autres cabinets : \_\_\_\_\_

- Lesquels ? \_\_\_\_\_

- Depuis combien de temps ? \_\_\_\_\_

Exercez-vous une autre activité professionnelle ? \_\_\_\_\_

Si oui, laquelle et depuis quelle date ? \_\_\_\_\_

Êtes-vous membre d'un syndicat professionnel ? \_\_\_\_\_

Lequel ? \_\_\_\_\_

### Garantie financière et responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L 512-6 et L 512-7 du code des assurances

Nom de l'assureur Responsabilité Civile : \_\_\_\_\_

Montants garantis :

- Par année d'assurance : \_\_\_\_\_ - Par sinistre : \_\_\_\_\_

Nom de l'assureur Garantie Financière : \_\_\_\_\_

Montant garanti : \_\_\_\_\_

Votre numéro d'inscription ORIAS : \_\_\_\_\_

(joindre renouvellement d'inscription pour l'année en cours)

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

**IMPORTANT : Voir au dos pièces à joindre à votre dossier.**

Signature et cachet

## Joindre impérativement au présent dossier

- 1 Un original ou copie d'extrait K bis de moins de 2 mois (mentionnant le courtage d'assurances).
- 2 Une attestation d'inscription ORIAS pour l'année en cours (à défaut joindre impérativement une preuve de dépôt de dossier à l'ORIAS).
- 3 Une attestation de responsabilité civile professionnelle de l'année en cours indiquant l'organisme donnant cette garantie, son montant et son échéance (Le cas échéant, joindre également attestation de Garantie Financière pour l'année en cours).
- 4 Un relevé d'identité bancaire.
- 5 Un papier à en-tête barré.

N.B. : Si vous êtes Agent Général d'une autre compagnie, joindre en lieu et place du K bis, photocopie de votre mandat et copie recto-verso de la carte professionnelle et/ou du livret de stage.

*Note et Visa du Délégué Régional  
demandant l'ouverture de code*

---

---

---

---

---

**AFi** europe

Groupe  Esca

AFI Europe – Compagnie d'Assurance sur la vie – Entreprise régie par le Code des Assurances  
S.A. au capital de 7 000 000 € - 352 320 048 RCS LILLE  
4, square Dutilleul – 59042 LILLE Cedex – Tél. : 03 20 12 37 80 – Fax : 03 20 12 37 82  
[www.afi-europe.com](http://www.afi-europe.com)

AFI Europe IARD – Compagnie d'Assurance IARD – Entreprise régie par le Code des Assurances  
S.A. au capital de 3 000 000 € - 380 138 644 RCS LILLE  
4, square Dutilleul – 59042 LILLE Cedex