



## Richiesta di rappresentanza commerciale

Se sceglie di compilare questo modulo a mano, per favore scriva in **STAMPATELLO**.

### 1 Dati del broker / della società di brokeraggio

Nome commerciale completo

Nome della/e persona/e da contattare

Indirizzo commerciale registrato

  
  


Telefono ufficio    PREFISSO INTERNAZIONALE       PREFISSO DELLA CITTÀ

Fax    PREFISSO INTERNAZIONALE       PREFISSO DELLA CITTÀ

Indirizzo e-mail

Sito web

Fornisca una lista dei broker che si occuperanno della vendita dei prodotti di Allianz Care (indicandone il nome e il ruolo all'interno della società):

Sig. <input type="checkbox"/>	Sig.ra <input type="checkbox"/>	Sig.na <input type="checkbox"/>	Altro <input type="text"/>
Nome <input type="text"/>			
Cognome <input type="text"/>			
Ruolo <input type="text"/>			
Sig. <input type="checkbox"/>	Sig.ra <input type="checkbox"/>	Sig.na <input type="checkbox"/>	Altro <input type="text"/>
Nome <input type="text"/>			
Cognome <input type="text"/>			
Ruolo <input type="text"/>			
Sig. <input type="checkbox"/>	Sig.ra <input type="checkbox"/>	Sig.na <input type="checkbox"/>	Altro <input type="text"/>
Nome <input type="text"/>			
Cognome <input type="text"/>			
Ruolo <input type="text"/>			
Sig. <input type="checkbox"/>	Sig.ra <input type="checkbox"/>	Sig.na <input type="checkbox"/>	Altro <input type="text"/>
Nome <input type="text"/>			
Cognome <input type="text"/>			
Ruolo <input type="text"/>			
Sig. <input type="checkbox"/>	Sig.ra <input type="checkbox"/>	Sig.na <input type="checkbox"/>	Altro <input type="text"/>
Nome <input type="text"/>			
Cognome <input type="text"/>			
Ruolo <input type="text"/>			

*Per aggiungere eventuali ulteriori broker, usi un'altra Richiesta di rappresentanza commerciale.*

Indichi la persona a cui possiamo rivolgerci per questioni generali (ad esempio, per inviare l'estratto delle commissioni):

Nome

Cognome

Indirizzo e-mail

## 2 Direttori esecutivi e soci

Quando contattiamo la sua società, vogliamo essere sicuri di fornire le informazioni rilevanti alla persona corretta.

Per favore, indichi il nome completo ed il ruolo di ciascun direttore esecutivo, degli eventuali soci (se la società agisce in partnership con altre aziende) e del personale di servizio al cliente.

Sig.  Sig.ra  Sig.na  Altro

Nome

Cognome

Ruolo

Sig.  Sig.ra  Sig.na  Altro

Nome

Cognome

Ruolo

Sig.  Sig.ra  Sig.na  Altro

Nome

Cognome

Ruolo

Sig.  Sig.ra  Sig.na  Altro

Nome

Cognome

Ruolo

Sig.  Sig.ra  Sig.na  Altro

Nome

Cognome

Ruolo

Sig.  Sig.ra  Sig.na  Altro

Nome

Cognome

Ruolo

Sig.  Sig.ra  Sig.na  Altro

Nome

Cognome

Ruolo

Sig.  Sig.ra  Sig.na  Altro

Nome

Cognome

Ruolo

Sig.  Sig.ra  Sig.na  Altro

Nome

Cognome

Ruolo

*Per aggiungere ulteriori direttori esecutivi o soci, usi un'altra Richiesta di rappresentanza commerciale.*

### 3 Dati dell'attività commerciale

3.1 Da quanti anni esiste la sua attività commerciale?

3.2 Indichi il numero di registrazione della società

3.3 Se la società opera in partnership con altre aziende, indichi la data in cui la partnership è stata creata  /  /

3.4 La società ha mai operato sotto un altro nome? Sì  No   
Se ha risposto affermativamente, fornisca i seguenti dati:  
Nome   
Tipo di attività commerciale

3.5 (i) La sua società è iscritta all'albo di un ordine professionale? Sì  No   
Se ha risposto affermativamente, fornisca i seguenti dati:  
Nome dell'ordine professionale   
Numero di iscrizione   
Data di iscrizione  /  /

(ii) La sua società è associata a un ente di autoregolamentazione? Sì  No   
Se ha risposto affermativamente, fornisca i seguenti dati:  
Nome dell'organizzazione   
Numero di iscrizione   
Data di iscrizione  /  /

3.6 Eventuali altre compagnie assicurative o ordini professionali le hanno mai:

(i) Declinato l'iscrizione alla lista dei membri Sì  No   
Se ha risposto affermativamente, fornisca i seguenti dati:  
Nome della compagnia assicurativa / ordine professionale   
Data del rifiuto  /  /

(ii) Cancellato o ritirato l'iscrizione alla lista dei membri? Sì  No   
Se ha risposto affermativamente, fornisca i seguenti dati:  
Nome della compagnia assicurativa / ordine professionale   
Data del recesso o cancellazione  /  /   
Motivazione

3.7 Indichi il nome dell'autorità di regolamentazione a cui fa riferimento:  
Nome   
Indirizzo   
Data di rilascio dell'autorizzazione  /  /   
 Barri questa casella per confermare di aver allegato una copia dell'autorizzazione rilasciata dall'autorità di regolamentazione.  
Indichi quali prodotti assicurativi la sua autorizzazione le permette di commercializzare:  
 Assicurazione sanitaria  
 Assicurazione vita  
 Assicurazione per morte accidentale e mutilazione  
 Assicurazione delle malattie terminali  
 Assicurazione dell'invalidità  
 Altro tipo di assicurazione (indichi quale)

3.8 La sua società possiede una copertura assicurativa attualmente in vigore contro il rischio professionale? Sì  No   
Se ha risposto affermativamente, fornisca i seguenti dati:  
Nome della compagnia assicurativa   
Massimale dell'indennità   
Periodo di validità della polizza da  /  /  a  /  /

3.9 Se si gestiscono altre società con altre compagnie assicurative, ne indichi il nome e tutte le informazioni rilevanti.





