



## 2 Directeur général / partenaires

Dans le but de vous fournir les informations les plus pertinentes sur nos produits, nous aimerions nous assurer d'être mis en relation avec la bonne personne lorsque nous contactons votre entreprise.

Veillez fournir le nom complet et la fonction au sein de l'entreprise des responsables exécutifs, partenaires (le cas échéant) et du personnel en contact avec la clientèle.

M.  M<sup>me</sup>  Autre

Prénom

Nom

Fonction dans la société

M.  M<sup>me</sup>  Autre

Prénom

Nom

Fonction dans la société

M.  M<sup>me</sup>  Autre

Prénom

Nom

Fonction dans la société

M.  M<sup>me</sup>  Autre

Prénom

Nom

Fonction dans la société

M.  M<sup>me</sup>  Autre

Prénom

Nom

Fonction dans la société

M.  M<sup>me</sup>  Autre

Prénom

Nom

Fonction dans la société

M.  M<sup>me</sup>  Autre

Prénom

Nom

Fonction dans la société

M.  M<sup>me</sup>  Autre

Prénom

Nom

Fonction dans la société

M.  M<sup>me</sup>  Autre

Prénom

Nom

Fonction dans la société

*S'il n'y a pas suffisamment d'espace, merci d'utiliser un autre formulaire d'affiliation.*

### 3 Informations sur la société

- 3.1 Depuis combien de temps votre société est-elle en activité ?
- 3.2 Merci de nous fournir votre numéro d'enregistrement
- 3.3 S'il s'agit d'un partenariat, à quelle date a-t-il été constitué ?  /  /
- 3.4 L'agence a-t-elle déjà opéré sous un autre nom ? Oui  Non
- Si oui, merci de nous fournir les détails :
- Nom
- Secteur d'activité
- 3.5 (i) Votre agence est-elle membre d'une corporation/association professionnelle ? Oui  Non
- Si oui, merci de nous fournir les détails :
- Nom de la corporation/association
- Numéro d'enregistrement/autorisation
- Date d'adhésion  /  /
- (ii) Votre agence est-elle membre d'un organisme auto-réglementé ? Oui  Non
- Si oui, merci de nous fournir des détails :
- Nom de l'organisme
- Numéro d'enregistrement/autorisation
- Date d'adhésion  /  /
- 3.6 Un autre assureur ou organisme professionnel a-t-il déjà :
- (i) Refusé votre adhésion/vos services ? Oui  Non
- Si oui, merci de nous fournir les détails :
- Nom de l'assureur/de l'organisme
- Date du refus  /  /
- (ii) Annulé ou supprimé votre adhésion/vos services ? Oui  Non
- Si oui, merci de nous fournir les détails :
- Nom de l'assureur/de l'organisme
- Date de l'annulation  /  /
- Motif
- 3.7 Merci d'indiquer le nom et l'adresse de votre organisme de réglementation :
- Nom
- Adresse
- Date d'obtention de l'autorisation  /  /
- Je confirme avoir inclus une copie de l'autorisation avec ce formulaire
- Je confirme également que mon autorisation couvre les types d'assurance suivants :
- Santé
- Décès
- Décès accidentel et infirmité
- Maladie en phase terminale
- Incapacité/Invalidité
- Autre(s) (Veuillez préciser le(s) type(s) d'assurance)
- 3.8 Votre société a-t-elle contracté une assurance de responsabilité professionnelle ? Oui  Non
- Si oui, merci de nous fournir les détails :
- Nom de l'assureur
- Limite de la garantie
- Durée de la police du  /  /  ou  /  /
- 3.9 Le cas échéant, veuillez nous fournir les détails de tous les engagements en place avec d'autres compagnies d'assurance
- 
- 
-





