

Fragebogen zur Akkreditierung von Brokern



Name der Unternehmung _____ Strasse, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____ Tel. G. _____

Firmen E-Mail Adresse _____ Website _____

Geschäftsführer Vorname/Name _____

IBAN Nr. _____ PC-Konto _____

Name der Bank _____ PLZ, Ort _____

Rechtsform:

AG GmbH Kommanditgesellschaft

Einzelfirma Kollektivgesellschaft andere Rechtsform _____

Gründungsdatum _____

Handelsregister-Eintrag: Ja; seit wann? _____

Nein

Registrierung FINMA:

Register Nr. der Firma _____ Eingetragen seit _____

► Bitte legen Sie eine Kopie Ihres Registereintrags als Versicherungsvermittler bei

Bei welcher Gesellschaft und in welcher Höhe besteht Ihre Berufshaftpflichtversicherung?

Gesellschaft _____ Höhe pro Fall _____

Unternehmensstruktur:

Sind Sie hauptberuflich in der Finanz- und Versicherungsberatung tätig?

Ja

Nein; wo sind Sie hauptberuflich tätig? _____

Mitarbeiter / Geschäftsstellen / Filialen

Total Anzahl Mitarbeitende im Unternehmen _____ Anzahl Geschäftsstellen _____

Davon Anzahl Personen: _____ Adressen je Geschäftsstelle: _____

mit Beratungstätigkeit _____

ohne Beratungstätigkeit _____

Portefeuillestruktur

Ist-Situation:	Prämiensumme in CHF	davon Motorfahrzeug	davon Haushalt
Nicht-Leben			
(ohne Unfall, ohne Kranken)	_____	_____	_____

Geplant in 3 Jahren:	Prämiensumme in CHF	davon Motorfahrzeug	davon Haushalt
Nicht-Leben			
(ohne Unfall, ohne Kranken)	_____	_____	_____

Unterlagen

Bitte senden Sie uns folgende Kopien / Dateien zu (zwingend):

- ▶ Handelsregisterauszug
- ▶ Betriebsregisterauskunft
- ▶ Registereintrag als Versicherungsvermittler (FINMA)
- ▶ Ihr Firmen-Logo (Format: eps)

Einwilligungsklausel

Ich bestätige, dass die gemachten Angaben zutreffen und ermächtige smile.direct versicherungen, die zur Akkreditierungsprüfung erforderlichen Daten zu bearbeiten. Die erhaltenen Daten dürfen von smile.direct versicherungen zu Marketingzwecken verwendet werden.

- ▶ Bitte speichern Sie das Formular ab und senden Sie uns das Dokument mit den oben genannten Unterlagen per E-Mail an cooperations@smile-versicherung.ch.