

## Demande d'adhésion

Veillez remplir tous les volets du présent formulaire dans la mesure du possible et le renvoyer par courriel, télécopie ou voie postale au secrétariat de l'AMICE.

Protection des données : Sauf indication contraire, les informations données sur ce formulaire pourront apparaître sur le site Internet de l'AMICE, soit dans la partie publique soit dans la partie privée. (\*peut apparaître dans la section publique du site Internet de l'AMICE ; \* Les données recueillies pour cette question ne seront utilisées que dans le cadre de données globalisées, jamais de façon individuelle ou isolée sauf demande explicite ; \* peut apparaître dans la section privée du site Internet de l'AMICE ; \* les données recueillies dans cette partie du formulaire sont réservées exclusivement à l'usage interne)

### Informations sur la société\*

---

**Nom de la société** .....

**Adresse du siège:**

Rue .....

Code postal .....

Ville .....

Pays .....

**Téléphone** .....

**Fax** .....

**Site Internet** .....

**Adresse e-mail** .....

**Date de création** .....

**Forme juridique**       Mutuel       Coopérative       Société anonyme

Veillez annexer une copie de vos statuts (ou autre document légal de création de société)

---

**Nom:** .....

**Date:**

**Signature:** .....

### Informations sur la société\*

**Votre société fait-elle partie d'un groupe ?**  Oui  Non  
Si oui, voir annexe 1

**Votre société a-t-elle des filiales ?**  Oui  Non  
Si oui, voir annexe 2

### Nombre de salariés:

	Nombre
Siège*	
Personnel régional/local *	
Personnel à l'étranger *	
<b>Total*</b>	

### Canaux de distribution\*:

Canal de distribution	Oui	% primes
<b>Vente directe</b> (téléphone/Internet)		
<b>Intermédiaires</b>		
Dont: Agents		
Courtiers		
Employés		
Autres		

### Nombre de clients\*:

Nombre total de sociétaires (membres) .....

Nombre total de clients (Membres ou non)

Nombre total d'assurés<sup>1</sup> .....

### Type of clients\*:

Risques commerciaux  Oui  Non

Risques personnels  Oui  Non

<sup>1</sup> si connue, dans le cas des contrats groupes merci d'indiquer le nombre total de personnes assurées (un contrat groupe compte dans le nombre de clients comme 1)

## Noms des Contacts

### Directeur Général▼

Nom:		Prénom	
Fonction:			
Téléphone:		Fax:	
E-mail:			
Langue(s) parlée(s):	<input type="radio"/> Anglais	<input type="radio"/> Français	
Langue(s) comprise(s):	<input type="radio"/> Anglais	<input type="radio"/> Français	

### Interlocuteur principal pour l'AMICE▼

Nom:		Prénom	
Fonction:			
Téléphone:		Fax:	
E-mail:			
Langue(s) parlée(s):	<input type="radio"/> Anglais	<input type="radio"/> Français	
Langue(s) comprise(s):	<input type="radio"/> Anglais	<input type="radio"/> Français	

### Responsable Presse et Communications▼

Nom:		Prénom	
Fonction:			
Téléphone:		Fax:	
E-mail:			
Langue(s) parlée(s):	<input type="radio"/> Anglais	<input type="radio"/> Français	
Langue(s) comprise(s):	<input type="radio"/> Anglais	<input type="radio"/> Français	

### Responsable Communication Interne ▲

Nom:		Prénom	
Fonction:			
Téléphone:		Fax:	
E-mail:			
Langue(s) parlée(s):	<input type="radio"/> Anglais	<input type="radio"/> Français	
Langue(s) comprise(s):	<input type="radio"/> Anglais	<input type="radio"/> Français	

### Directeur Ressources Humaines ▲

Nom:		Prénom	
Fonction:			
Téléphone:		Fax:	
E-mail:			
Langue(s) parlée(s):	<input type="radio"/> Anglais	<input type="radio"/> Français	
Langue(s) comprise(s):	<input type="radio"/> Anglais	<input type="radio"/> Français	

### Directeur Financier <sup>♦</sup>

Nom:		Prénom	
Fonction:			
Téléphone:		Fax:	
E-mail:			
Langue(s) parlée(s):	<input type="radio"/> Anglais	<input type="radio"/> Français	
Langue(s) comprise(s):	<input type="radio"/> Anglais	<input type="radio"/> Français	

### Directeur Réassurance <sup>♦</sup>

Nom:		Prénom	
Fonction:			
Téléphone:		Fax:	
E-mail:			
Langue(s) parlée(s):	<input type="radio"/> Anglais	<input type="radio"/> Français	
Langue(s) comprise(s):	<input type="radio"/> Anglais	<input type="radio"/> Français	

### Responsable Souscription (Si plusieurs, svp les mentionner) <sup>♦</sup>

Nom:		Prénom	
Fonction:			
Téléphone:		Fax:	
E-mail:			
Langue(s) parlée(s):	<input type="radio"/> Anglais	<input type="radio"/> Français	
Langue(s) comprise(s):	<input type="radio"/> Anglais	<input type="radio"/> Français	

### Responsable Sinistres (Si plusieurs, svp les mentionner) <sup>♦</sup>

Nom:		Prénom	
Fonction:			
Téléphone:		Fax:	
E-mail:			
Langue(s) parlée(s):	<input type="radio"/> Anglais	<input type="radio"/> Français	
Langue(s) comprise(s):	<input type="radio"/> Anglais	<input type="radio"/> Français	

### Contact pour les cotisations à l'AMICE <sup>♦</sup>

Nom:		Prénom	
Fonction:			
Téléphone:		Fax:	
E-mail:			
Langue(s) parlée(s):	<input type="radio"/> Anglais	<input type="radio"/> Français	
Langue(s) comprise(s):	<input type="radio"/> Anglais	<input type="radio"/> Français	

## Information géographique \*

---

Votre société est-elle active au niveau national?  Oui  Non

Votre société est-elle active uniquement au niveau local/régional?  Oui  Non

Si oui, spécifiez quelle région:.....  
.....

Votre société est-elle active au niveau international?  Oui  Non

Si oui, spécifiez où: .....  
.....

Si oui, veuillez spécifier sous quelle forme :

- Filiale
  - Agence
  - LPS (Libre prestation de service)
  - Autres (spécifiez) :
- .....  
.....

## Branches d'activité \*

---

**Veillez indiquer les branches souscrites par votre société**

### Vie

- Assurance-vie individuelle
- Assurance-vie groupe
- Assurance-vie en unités de compte
- Tontines
- Autres (dont capitalisation)

### Non-vie

#### **Assurance Accidents / Santé**

- Accidents
- Santé

#### **Assurance automobile**

- Responsabilité civile automobile
- Casco

#### **Assurances incendie et autres dommages aux biens**

- Privées:  Incendie  Autres
- Commerciales:  Incendie  Autres

Assurance Responsabilité civile

Assurance protection juridique

Assurance Maritime et Transport

Assurance Aviation

#### **Autres**

- Assistance
- Crédit et caution
- Pertes pécuniaires diverses
- Construction dommages

**Veillez indiquer pour chaque branche d'assurance souscrite par votre société les primes brutes émises, la part du marché national ainsi que le nombre de polices.**

Branche		Primes brutes émises*		Part du marché national *		Nombre de polices *	
		Membre	Groupe	Membre	Groupe	Membre	Groupe
Année	200						
Assurance non-vie (total):							
	Accidents						
	Santé						
	Auto						
	RC Générale						
	Protection juridique						
	Incendie & autres dommages aux biens						
	Maritime, Aviation, Transport						
	Autres						
Assurance vie (total):							

### Données économiques \*

**Indiquez SVP les données pour l'exercice le plus récent disponible et pour l'exercice précédent (en devise nationale).**

	Année: 200		Année: 200	
	dont vie	dont non-vie	dont vie	dont non-vie
<b>Primes brutes émises</b>				
Marché intérieur				
Etranger				
Total				
<b>Provisions techniques brutes</b>				
<b>Fonds propres</b>				
<b>Fonds gérés</b>				

\* Loi informatique et libertés: peut apparaître dans la section publique du site Internet de l'AMICE

♦ Loi informatique et libertés : Les données recueillies pour cette question ne seront utilisées que dans le cadre de données globalisées, jamais de façon individuelle ou isolée sauf demande explicite

▼ Loi informatique et libertés: peut apparaître dans la section privée du site Internet de l'AMICE

♣ Loi informatique et libertés: les données recueillies dans cette partie du formulaire sont réservées exclusivement à l'usage interne

**Demande d'adhésion – annexe 1**

**Information au sujet du groupe**

<b>Nom du groupe</b>		
Entreprises membres du groupe :		
<b>Nom</b>	<b>Adresse</b>	<b>Type de société (mutuelle, coopérative, anonyme ?)</b>

**Demande d'adhésion – annexe 2**

**Information au sujet des filiales d'assurance et/ou des filiales principales**

<b>Nom</b>	<b>Adresse</b>	<b>Type de société (coopérative, par actions ?)</b>