



Questionnaire pour les agents

Nom de l'agence:		Nom de l'agent:	
Adresse:			
Téléphone:		Fax:	
Adresse e-mail:		Utilisez-vous ICS?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Assurance sociale #*:			
Nom de l'adjoint:			

* Si vous n'exploitez pas une entreprise constituée en société, veuillez également fournir votre numéro d'assurance sociale.

Veuillez envoyer une photocopie de votre permis d'assurance-vie personnelle et une copie de votre assurance erreurs et omissions. Si vous exploitez une entreprise constituée en société, veuillez également envoyer une copie de votre licence d'entreprise.

Merci de l'intérêt que vous portez à MDM Insurance Services Inc. Notre intention est de fournir aux courtiers et agents des services pour leurs clients. Veuillez répondre aux questions suivantes pour nous aider à déterminer vos besoins.

Avant l'approbation, un membre de MDM sera en contact avec vous pour de plus amples discussions sur nos services et procédures pour devis, mise en œuvre et entretien de notre produit.

1. Comment avez-vous découvert MDM? _____	
2. Travaillez-vous sur le terrain en commun ou partagez-vous des commissions avec un autre agent?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, indiquez le(s) agent(s): _____	
3. Avez-vous actuellement des clients qui bénéficient d'avantages SAS?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. Depuis combien de temps êtes-vous autorisé à vendre de l'assurance-vie?	_____
5. Depuis combien de temps êtes-vous actif sur le marché des groupes?	_____
6. Quel pourcentage de votre temps est consacré aux activités de groupe?	_____
7. Combien de régimes d'assurance collective gérez-vous personnellement?	_____
8. Veuillez énumérer vos désignations, qualifications et/ou formations collectives en assurance vie et santé, en indiquant la date à laquelle vous avez terminé: _____, _____, _____	
9. Avez-vous déjà été reconnu coupable d'un crime de nature financière pour lequel vous n'avez pas été gracié?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10. Avez-vous déjà fait l'objet d'une enquête par un organisme de réglementation?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
11. Avez-vous déjà fait l'objet de procédures disciplinaires par un régulateur?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
12. D'autres assureurs que vous représentez actuellement? _____, _____	
Signature de l'agent: _____	Date: _____

Pour une utilisation MDM uniquement

Rendez-vous avec l'agent

Approuvé: _____

PO Box 970

Guelph, Ontario N1H 6N1

(519) 837-1531 / (800) 838-1531 / (519) 836-4909 (télécopieur)

e-mail: inquiry@mdm-insurance.com