



DOSSIER DE PARTENARIAT

SANTE & PREVOYANCE COLLECTIVE

SERVICE COMMERCIAL
GROUPE FRANCE MUTUELLE

DOSSIER DE PARTENARIAT

COURTIER ☐ AGENT GENERAL ☐ NOM DE LA CIE MANDANTE :

COORDONNEES DU CABINET

RAISON SOCIALE :

Adresse du siège social :

CP :

Ville :

Téléphone fixe :

Email :

Site internet :

N° ORIAS :

SIRET :

COORDONNEES DU REPRESENTANT :

Civilité :

Madame ☐

Monsieur ☐

Nom :

Prénom :

Téléphone portable :

Email :

DOCUMENTS A TRANSMETTRE A FRANCE MUTUELLE

Attestation Orias en cours de validité

Extrait Kbis de moins de 6 mois

RIB du cabinet

MIEUX VOUS CONNAITRE

N°	Questions
1	Comment avez-vous connu France Mutuelle ?
2	Depuis quand êtes-vous inscrit à l'Orias ?
3	Quel type de clientèle ciblez-vous ?
4	Quel type de produit commercialisez-vous ?
5	Combien d'années d'expérience avez-vous en Assurance de Personne (complémentaire santé et prévoyance collective) ?
6	Déléguez-vous la gestion de vos contrats santé et/ou prévoyance ?
7	Si oui, avec quel(s) gestionnaire(s) travaillez-vous ?
8	Travaillez-vous avec des mandataires ?
9	Quel volume de production envisagez-vous avec France Mutuelle ?

DOSSIER DE PARTENARIAT

CADRE RESERVE A FRANCE MUTUELLE

VALIDATION DU PARTENARIAT PAR LE COMITE :

OUI ☐NON ☐

CODE APORTEUR :

REMARQUE :

CONTROLE INTERNE :
