

# Demande de collaboration



à retourner :  
MetLife - Service Télédéveloppement  
Cœur Défense - Tour A - 110, Esplanade du Général de Gaulle - 92 931 LA DEFENSE Cedex  
Ou par e-mail à cette adresse [teledeveloppement@metlife.fr](mailto:teledeveloppement@metlife.fr)

Réservé à la compagnie

**0 800 268 000** Service & appel gratuits

Code Courtier :

## Le cabinet

Nom du cabinet

N° d'enregistrement ORIAS

Date d'enregistrement

En qualité de :

Agent Général d'assurance de la compagnie

Courtier d'assurance ou de réassurance

Mandataire d'assurance, mandaté par

Mandataire d'intermédiaire d'assurance, mandaté par

Autre, précisez

Adresse

Code postal  Ville

Tél.

Fax.

E-mail

Site Internet

Avez-vous une vitrine ?  oui  non

Nombre d'employés  Nombre de commerciaux

Représenté par  M  M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>

Né(e) le

Tél.

Portable

E-mail

Particuliers :  Seniors  Familles

Artisans commerçants  Professions libérales  Dirigeants

TPE / PME  Grandes entreprises  Associations

Principaux fournisseurs

## Interlocuteur du cabinet pour MetLife

Interlocuteur principal :  M  M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>

Fonction

Tél.

Portable

E-mail

Interlocuteur commission :  M  M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>

Fonction

Tél.

Portable

E-mail

Autre interlocuteur :  M  M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>

Fonction

Tél.

Portable

E-mail

SARL  SA  EURL  Autre

SIREN  Code APE

SIRET

Date de création

## Type de clients

Particuliers :  Seniors  Familles

Artisans commerçants  Professions libérales  Dirigeants

TPE / PME  Grandes entreprises  Associations

## Activités

	Particuliers	Entreprises / dirigeants	Assurances de groupe
Assurance de prêt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurance dommages / IARD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epargne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurance Santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prévoyance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Il conviendra de joindre à votre demande de collaboration :**

- L'attestation ORIAS
- Une copie de votre Carte Nationale d'Identité
- Un extrait K-BIS
- Un RIB ou RIP pour le règlement de vos commissions

Dès que MetLife sera en possession de cette demande de collaboration dûment complétée, accompagnée des documents requis, un code partenaire MetLife vous sera attribué.

En tant que partenaire de MetLife, j'accepte être consulté par la compagnie pour la mise en place d'éventuelles opérations de fidélisation de mes clients (dont la propriété me reste exclusive) après accord sur les termes et conditions de mise en œuvre.  
Je déclare m'engager à respecter les règles applicables à mon statut professionnel et à informer MetLife de toute modification de ma situation ou de tout événement pouvant avoir des conséquences sur ma qualité d'intermédiaire en assurance et mon enregistrement à l'ORIAS au plus tard dans le mois qui suit cet événement ou cette modification.

Cachet  X  Date et Signature  Visa MetLife