

ASOCIACE ČESKÝCH POJIŠŤOVACÍCH MAKLÉŘŮ

P ř i h l á š k a

Forma požadovaného členství: řádný člen přidružený člen

1) Název a sídlo žadatele:

telefon:

fax:

e-mail:

web:

2) Zápis v obchodním rejstříku (kopii výpisu přiložte k přihlášce)

IČ:

3) Číslo v registru pojišťovacích zprostředkovatelů a SLPÚ:
(přiložte kopii Osvědčení o zápisu do registru)

4) Datum zahájení makléřské činnosti v ČR:

5) Údaje o statutárních zástupcích

jméno	datum narození	funkce	činný jako makléř od

pro shora uvedené osoby uveďte předcházející praxi v pojišťovnictví, pokud byla

jméno	od – do	funkce	zaměstnavatel

- 6) Podílí se některá z činných pojišťoven majetkově na vaší činnosti? Jestliže ano, uveďte která a jakým způsobem:
- 7) Je vaše makléřská společnost akcionářem či podílníkem některé z činných pojišťoven? Pokud ano, uveďte které:
- 8) Uveďte procentuální podíl zprostředkovatelské činnosti v pojišťovnictví na celkových příjmech z činnosti provozované vaší společností:
- 9) Máte v ČR svoje další pobočky / kanceláře? Pokud ano, uveďte počet a adresu / adresy:

10) Uveďte aktuální počet vašich zaměstnanců:

11) Uveďte počet pojišťoven, pro které v současné době zprostředkováváte pojištění / a s kolika z nich máte uzavřenou smlouvu:

12) Uveďte objem vámi zprostředkovaného pojistného za minulý kalendářní rok:

Podpisem této žádosti žadatel stvrzuje, že všechny údaje zodpověděl pravdivě a zároveň prohlašuje, že bude dodržovat všechna ustanovení Stanov Asociace českých pojišťovacích makléřů a Kodexu etiky pojišťovacích makléřů.

místo a datum

podpis statutárního zástupce společnosti