

**Merci de renouveler à l'ANACOFI ou nous donner l'attestation de l'association confédérée et/ou réseau.**



## FORMULAIRE RENOUVELLEMENT D'ADHESION ANACOFI-ASSURANCES 2018

### PERSONNE MORALE ou PERSONNE INDEPENDANTE :

<b>DENOMINATION SOCIALE OU PERSONNE INDEPENDANTE :</b>	
<b>NOM et PRENOM</b>	
<b>ADRESSE SIEGE :</b>	
<b>ADRESSE CORRESPONDANCE :</b>	
<b>TELEPHONE :</b>	
<b>MAIL :</b>	
<b>SITE :</b>	
<b>SIREN OU SIRET :</b>	
<b>NOMBRES SALARIES :</b>	

<b>Membre association confédérée ANACOFI</b>	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>	<b>Si oui laquelle (attestation à fournir) :</b> <input type="checkbox"/> ANCDGP <input type="checkbox"/> CNCFA <input type="checkbox"/> CGPC <input type="checkbox"/> CSCA <input type="checkbox"/> EFPA France
<b>Membre réseau membre ANACOFI</b>	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>	<b>Lequel (attestation à fournir) :</b>

**Cotisation ANACOFI ASSURANCES : à régler *par Carte Bleue* ou nous faire parvenir un Chèque à l'ordre de L'ANACOFI-ASSURANCES par courrier postal:**

- 25€  
 50€ (groupes de 5 à 20 sociétés OU de 20 à 50 dirigeants actifs et salariés)  
 100€ au-delà

**PIECES A FOURNIR IMPERATIVEMENT POUR TOUS :**

- Original de moins de 3 mois** du K-bis ou fiche INSEE (à fournir, si non fourni pour l'ANACOFI)  
 Attestation d'assurance RC Pro 2018 ASSURANCES  
 Attestation ORIAS valide indiquant votre enregistrement en tant qu'Intermédiaire en Assurance

**ACTIVITE D'INTERMEDIAIRE EN ASSURANCE :**

- à titre principal  à titre accessoire

Part approximative activité Assurance de votre cabinet %

**FORMATION ACTIVITE ASSURANCE**

**Vous devrez réaliser 15h de formation (pour plus de détail contacter le service juridique ou formation).**

L'ANACOFI-ASSURANCES tient à votre disposition une offre de formation : <http://www.formations-anacofi.fr/>

- Un module IAS (7h) : 150€  Pack IAS 2 modules : 250€

Ces modules ou packs peuvent être réglés lors du renouvellement.

**LISTE DES SALARIES / DIRIGEANTS A INSCRIRE POUR BENEFICIER DES FORMATIONS ANACOFI-ASSURANCES ET/OU ETRE SUIVIS PAR L'OUTIL DE COMPTAGE FORMATION.**

(Tableau à compléter au nombre de personnes concernées)

	<input type="checkbox"/> salarié <input type="checkbox"/> dirigeant	<input type="checkbox"/> salarié <input type="checkbox"/> dirigeant
Nom (avec civilité) et Prénom :		
Date et lieu de naissance (avec dept) :		
Adresse Correspondance :		
Téléphone :		
Mail :		

	<input type="checkbox"/> salarié <input type="checkbox"/> dirigeant	<input type="checkbox"/> salarié <input type="checkbox"/> dirigeant
Nom (avec civilité) et Prénom :		
Date et lieu de naissance (avec dept) :		
Adresse Correspondance :		
Téléphone :		
Mail :		

	<input type="checkbox"/> salarié <input type="checkbox"/> dirigeant	<input type="checkbox"/> salarié <input type="checkbox"/> dirigeant
Nom (avec civilité) et Prénom :		
Date et lieu de naissance (avec dept) :		
Adresse Correspondance :		
Téléphone :		
Mail :		

Date :

Signature et cachet :