

Allianz Composio Classic/Allianz Composio Classic TNS

n° ORIAS

Affaire nouvelle Remplacement ou avenant au contrat/adhésion N°

Réseau apporteur : AG APS CT AD

Nom apporteur

Code

Numéro de client

Le Souscripteur (contrat individuel)/L'adhérent aux contrats collectifs

M Mme Mlle Nom Prénom

Nom de jeune fille : Date et lieu de naissance :

Adresse :

Rés., Bât., Esc. : Code Postal Commune :

Tél. Domicile : Tél. Professionnel : Fax : E-mail :

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e) Vie maritale Pacsé(e) N° de SIRET (si personne morale) :

Le souscripteur (contrat individuel) ou Adhérent (contrat Madelin) est-il : Payeur : Oui Non Assuré : Oui Non

Choix du cadre contractuel

- Je demande à adhérer à l'Association de Prévoyance Santé (ADPS) et aux contrats collectifs souscrits par elle auprès d'Allianz IARD dans le cadre du dispositif exclusivement réservé aux Travailleurs Non Salariés non agricoles (article L 144-1 du Code des assurances) et j'atteste sur l'honneur être à jour de cotisations au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse. Cotisation statutaire annuelle ADPS : euros
- Je demande à souscrire le contrat individuel Composio Classic Dans ce cadre, je souhaite adhérer à l'ADPS Cotisation statutaire annuelle ADPS : euros

Modalités de paiement

Prélèvement automatique : Oui Non Rythme de paiement : Annuel Semestriel Trimestriel Mensuel (si prélèvement choisi)

Date de prélèvement le : 5 du mois 15 du mois 30 du mois Acompte encaissé à la souscription : Oui Non Montant : euros

Si le souscripteur (ou adhérent) n'est pas le payeur de cotisations, précisez : Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Les personnes à garantir

	Assuré 1	Assuré 2	Assuré 3	Assuré 4	Assuré 5	Assuré 6
Nom						
Prénom						
Date de naissance						
Sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Code PCS						
	Si enfant, rattachement parental à préciser					
			<input type="checkbox"/> Ass. 1 <input type="checkbox"/> Ass. 2	<input type="checkbox"/> Ass. 1 <input type="checkbox"/> Ass. 2	<input type="checkbox"/> Ass. 1 <input type="checkbox"/> Ass. 2	<input type="checkbox"/> Ass. 1 <input type="checkbox"/> Ass. 2
Code Catégorie socioprofessionnelle (*)						
N° Sécurité sociale						
Organisme d'affiliation						
N° d'organisme						
Profession (libellé)						
Code NAF						

* Catégorie socio-professionnelle	Code	* Catégorie socio-professionnelle	Code	* Catégorie socio-professionnelle	Code
Salariés (CPAM)	S	Artisans	TA	Professions libérales	TL
Salariés régime particulier Alsace Moselle	AM	Commerçants	TC	Exploitants agricoles	M
Salariés libéraux	SL				

TNS : Date d'installation : Date de clôture du bilan : Nombre de salariés :

Garantie Soins	Assuré 1	Assuré 2	Assuré 3	Assuré 4	Assuré 5	Assuré 6
Code garantie						

(voir codification sur le barème)

(si assurance antérieure, merci de joindre les justificatifs)

Date d'effet souhaitée : Cotisation annuelle TTC : euros

Garantie Hospitalière Assuré 1 euros Assuré 2 euros Assuré 3 euros Assuré 4 euros Assuré 5 euros Assuré 6 euros

Garantie Hospitalière « Plus » Assuré 1 euros Assuré 2 euros Assuré 3 euros Assuré 4 euros Assuré 5 euros Assuré 6 euros

Date d'effet souhaitée : Cotisation annuelle TTC : euros

Loi informatique et libertés

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de la présente demande. Elles pourront aussi être utilisées, sauf opposition de votre part, dans un but de prospection pour les produits distribués par le groupe Allianz ou l'intermédiaire en assurance (assurances, produits bancaires et financiers, services). Conformément à la loi informatique et libertés du 6/01/78 telle que modifiée par la loi du 06/08/04, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données vous concernant soit en adressant un mail à l'adresse DQRCDDV@allianz.fr, soit en adressant un courrier auprès de : Allianz – informatique et libertés – Case courrier 1304 – 20 place de Seine – 92086 Paris La Défense Cedex.

Déclarations et signatures

• Je reconnais avoir pris connaissance des mentions et du modèle de lettre relatives à la faculté de renonciation prévue à l'article L 112-9 du Code des assurances, qui figurent page 7 du présent document.

• Je déclare avoir reçu et pris connaissance préalablement des notices d'informations Soins et Garantie hospitalière jointes au présent document.

• Je reconnais avoir reçu les informations présentant l'Association de Prévoyance Santé (ADPS) ainsi que son action sociale.

• Je déclare avoir répondu avec exactitude aux déclarations ci-dessus. Je certifie avoir été informé(e) de ce que toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive, toute omission ou déclaration inexacte de circonstances connues de moi entraîneraient l'application suivant le cas des sanctions prévues par les articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances, dont la nullité du contrat.

Fait le : à

Signature du Représentant Allianz _____ Signature du Client avec la mention « Lu et approuvé » _____

Documents à joindre obligatoirement

- Relevé d'identité bancaire (RIB). Dans tous les cas, un RIB doit être joint à la présente demande pour le paiement des prestations par virement. En cas de prélèvement automatique des cotisations sur un autre compte financier, un deuxième RIB est nécessaire.
- Justificatifs en cas de reprise concurrence : joindre les justificatifs des garanties antérieures.

Délai de transmission de la proposition

Elle doit être adressée à votre Centre de Service Client Santé, dès la date de souscription. 1^{er} ex. Allianz

Précisez le motif de l'utilisation et de l'envoi au Centre de service client de la proposition papier :