



⁽¹⁾ Affaire nouvelle Modification du contrat n° _____

Réseau ⁽¹⁾ : Allianz Agents généraux Allianz Expertise et Conseil

Courtage

Affaires directes

Agent général : _____

Code Agence : _____

Code ORIAS : _____

Votre conseiller Allianz : _____

Matricule : _____

Code structure : _____

Votre conseiller : _____

Code Conseiller : _____

Code ORIAS : _____

Allianz Prévoyance Personne Clé

Demande d'adhésion n° _____

Contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative N° 010-2014-005 souscrit par l'**ASSOCIATION NATIONALE pour la COUVERTURE des risques, la RETRAITE et l'ÉPARGNE (ANCRE)** auprès d'**Allianz Vie** (27 boulevard des Italiens, 75002 Paris - Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901).

L'adhérent désigné ci-après⁽¹⁾ :

demande à adhérer à l'association ANCRE et reconnaît devoir s'acquitter auprès de l'association d'une cotisation annuelle

est déjà adhérent à l'association ANCRE sous le N° _____

La cotisation annuelle à l'association ANCRE est fixée à 6 €. Cette cotisation peut être révisée par l'ANCRE conformément à ses statuts et sera prélevée automatiquement sur le compte du payeur de cotisations.

Est-il prospect ?

oui non

N° de client : _____ (si agents)

Offre commerciale

Adhérent(e) - assuré(e)

Adhérent(e)

Statut Juridique : _____

Raison sociale : _____

N° SIREN / SIRET : _____

Code APE/NAF : _____

N° RCS : _____

Assuré(e)

⁽¹⁾ M. Mme Nom d'usage _____

Prénom(s) _____

Nom de naissance _____

Nationalité : _____

Date de naissance : _____ à Commune ou pays : _____ N° dépét : _____

Situation de famille⁽¹⁾ : Célibataire Marié(e) Pacsé(e)

Profession et secteur d'activité : _____

Activité professionnelle à risque : _____ Code VIP : _____

Adresse : N° _____ Rue/Bd/Av. : _____

Rés./Bât./Esc. : _____

Code postal _____ Commune : _____ Pays : _____

Tél. : _____ Tél. portable : _____ E-mail : _____

Pièce d'identité⁽¹⁾ : Carte nationale d'identité Passeport Titre de séjour/carte de résident

N° _____ Délivrée le _____ à _____

Êtes-vous fumeur ? oui non

Souhaitez-vous être garanti(e) pour un(des) sport(s) à risque exclu(s) de notre garantie⁽²⁾ ?

Oui, le(s)quel(s) : [_____], [_____], [_____], [_____].

Non, je ne souhaite pas être couvert pour la pratique d'un(des) sport(s) à risque tel(s) que listé(s) dans la Notice d'Information.

Correspondant entreprise

⁽¹⁾ M. Mme Nom d'usage : _____

Prénom(s) : _____

Nom de naissance : _____ Nationalité : _____

Adresse : N° _____ Rue/Bd/Av. : _____

Rés./Bât./Esc. : _____

Code postal _____ Commune : _____ Pays : _____

Tél. : _____ Tél. portable : _____ E-mail : _____

Pièce d'identité⁽¹⁾ : Carte nationale d'identité Passeport Titre de séjour/carte de résident

N° _____ Délivrée le _____ à _____

Joindre l'original d'un extrait Kbis de moins de 3 mois ainsi qu'une délégation de pouvoir si le signataire de la présente demande d'adhésion n'est pas le dirigeant de la personne morale, tel que mentionné sur l'extrait de Kbis.

(1) Cocher la(les) case(s) utile(s).

(2) Certains sports et professions font l'objet d'une étude et d'une tarification particulière. Au besoin, il conviendra de compléter les questionnaires d'activité professionnelle et sportive à risque.



Garanties⁽¹⁾



Capital en cas de décès Montant du capital : _____ €.

Effet différé : oui non Date d'effet : _____

Cette garantie comprend une garantie de protection juridique dont la cotisation est de 3 €.

PTIA : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie Montant du capital : _____ €.

Effet différé : oui non Date d'effet : _____

Arrêt de travail en cas d'accident ou de maladie

Effet différé : oui non Date d'effet : _____

Durée de versement en jours	Type d'IJ	Montant journalier	Franchise ⁽²⁾ : Accident/Maladie
<input type="checkbox"/> 365 jours	Constantes	_____ €	90A/90M
<input type="checkbox"/> 1095 jours			

Capital en cas d'invalidité accident maladie Montant du capital : _____ €.

Effet différé : oui non Date d'effet : _____

Barème choisi : standard spécifique

Caractéristiques de l'adhésion/cotisations

Date d'effet de l'adhésion : _____, sous réserve d'acceptation de l'adhésion.

Durée de l'adhésion : 1 an renouvelable par tacite reconduction

Reprise concurrence et abrogation des délais d'attente

Le montant de la cotisation est fixé en fonction des éléments précisés dans la Notice d'Information.

Total de vos cotisations d'assurance : €

Montant de la cotisation annuelle à l'ANCRE (due à chaque 1^{er} janvier) : €

Soit une cotisation annuelle totale (sous réserve d'acceptation particulière ou médicale) : €

Périodicité de paiement et montant de votre cotisation⁽¹⁾ : annuelle semestrielle trimestrielle mensuelle
(hors cotisations ANCRE) _____ €

Mode de recouvrement⁽²⁾ : Prélèvement automatique (obligatoire en périodicité mensuelle) T.I.P. Quittance

Vous bénéficiez d'un tarif privilégié offre couplée. (Le tarif affiché tient compte de la réduction.)

Numéro du second contrat : _____.

Bénéficiaires des prestations

Garanties « Personne-clé »

En cas de décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), d'Invalidité toutes causes ou d'arrêt de travail de l'assuré, le bénéficiaire est : l'adhérent.

Déclaration Non fumeur (uniquement si vous avez répondu « NON » à la question « Êtes-vous fumeur ? »)

- Je déclare ne pas avoir fumé, y compris des cigarettes électroniques, au cours des 24 derniers mois.
- En outre, je m'engage à informer Allianz Vie si je (re)commence à fumer, même occasionnellement, pendant la durée du contrat.
- De plus, afin de pouvoir bénéficier du tarif non-fumeur, j'accepte d'effectuer un test cotinine urinaire lorsque celui-ci est demandé par Allianz Vie.

Fait à _____, le _____

Signature de la personne à assurer précédée de la mention « Lu et approuvé »

(1) Cocher la(s) case(s) utile(s).

(2) Joindre un mandat de prélèvement SEPA, rempli et signé, accompagné d'un Relevé d'identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Épargne (RICE)

Déclaration de l'adhérent(e) - assuré(e) et signature



Conformément à l'article L112-2 du Code des assurances, la demande d'adhésion n'engage ni l'adhérent, ni l'assureur ; seul le Bulletin d'adhésion constate leur engagement réciproque. L'assureur se réserve donc le droit de ne pas accepter l'affaire.

En cas de non réception du Bulletin d'adhésion dans les deux mois à compter de la demande d'adhésion, l'adhérent doit, dans les plus brefs délais, en informer le Centre de Service Clients d'Allianz Vie, lequel lui en adressera un nouvel exemplaire.

L'assuré(e) atteste avoir répondu avec exactitude et sincérité tant au questionnaire d'état de santé qu'aux déclarations figurant sur sa demande d'adhésion. Il certifie avoir été informé de ce que toute réticence ou déclaration fausse, toute omission ou déclaration inexacte de circonstances connues de lui entraîneraient l'application, suivant le cas, des sanctions prévues par les articles L113-8 (nullité de l'adhésion) et L113-9 (réduction des prestations) du Code des assurances.

L'adhérent soussigné reconnaît avoir reçu et pris connaissance de la Notice d'information Allianz Prévoyance Personne Clé (référence COM17977) qui lui a été remise, ainsi que de la faculté de renonciation et du modèle de lettre, prévus par le Code des assurances, qui figurent sur la présente demande d'adhésion.

L'assuré s'engage en cas de changement dans sa situation ayant un impact sur les garanties choisies à en informer l'assureur dans les plus brefs délais. Il s'engage en cas de cessation de paiement des cotisations au régime obligatoire d'assurance maladie et d'assurance vieillesse à en informer l'assureur dans les plus brefs délais.

Si le paiement de la cotisation est effectué à partir d'un compte ouvert au nom d'une personne différente de l'adhérent, ce dernier reconnaît avoir été informé que ce paiement peut être constitutif d'une donation ou d'un avantage en nature. L'adhérent s'engage à prendre en charge les conséquences en résultant et décharge en conséquence Allianz Vie de toute responsabilité et de tout manquement à son devoir d'information et de conseil.

Dans le cadre du contrat Allianz Prévoyance Personne Clé, l'adhérent reconnaît avoir été informé que l'association souscriptrice n'a reçu aucun pouvoir de la part de l'assureur pour exercer les actes relevant de la compétence de ce dernier.

Fait à _____, le _____

Signature(s) (précédée de la mention « lu et approuvé »)

L'adhérent(e) représenté(e) par

L'assuré(e)

Modalité de paiement du versement à l'adhésion⁽¹⁾

Règlement par prélèvement automatique :

Un mandat de prélèvement SEPA, rempli et signé, accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Épargne (RICE).

Règlement par chèque :

Reçu ce jour _____ de

M. Mme Nom : _____ Prénom : _____

Personne morale : _____ et de son représentant

M. Mme Nom : _____ Prénom : _____

la somme de _____ € en règlement de la cotisation initiale (y compris cotisation à l'ANCRE).

Tout paiement par chèque doit être effectué à l'ordre d'Allianz Vie.

Le _____

Signature et nom du conseiller

Spécificités de cette demande d'adhésion

Clause informatique et libertés

Nous recueillons vos données personnelles et les utilisons pour la gestion de cette demande et pour notre relation commerciale. Elles sont destinées prioritairement aux entreprises du Groupe Allianz et à votre intermédiaire en assurance ; mais également aux différents organismes et partenaires en lien avec les entreprises du Groupe Allianz.

Ces destinataires se situent parfois en dehors de l'Union Européenne. Dans ce cas, nous concevons des garanties spécifiques pour assurer la protection complète de vos données.

Vos informations personnelles nous aident à mieux vous connaître, et ainsi à vous proposer des solutions et services qui vous correspondent. Nous les conservons tout au long de la vie de votre contrat. Une fois ce dernier fermé, elles sont conservées pendant le délai de prescription.

Vous gardez bien sûr tout loisir d'y accéder, de demander leur modification, rectification, portabilité ou effacement et de vous opposer à leur utilisation. Vous pouvez également prendre contact avec le responsable des données personnelles pour toute information ou contestation (loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978). Pour cela, il vous suffit de nous écrire :

- par mail à informatiqueetliberte@allianz.fr,
- par courrier à l'adresse Allianz - Informatique et Libertés – Case courrier S1805 - 1 cours Michelet – CS 30051 – 92076 Paris La Défense Cedex.

Vous pouvez également vous adresser à la CNIL.

J'accepte de recevoir les offres commerciales personnalisées du Groupe Allianz : Oui Non

Votre accord vaut pour les offres commerciales du Groupe Allianz en France et ses partenaires pour les services, les produits d'assurance, bancaires et financiers qu'ils distribuent. Le ciblage des offres commerciales peut être automatisé et basé sur des profils de clients ou de prospects.

Pour plus de détail, reportez-vous aux documents contractuels, notamment les dispositions générales ou notices d'information et les sites internet d'Allianz.

Protéger nos clients et nous protéger nous-mêmes est au cœur de la politique de maîtrise des risques d'Allianz et de la lutte anti-fraude. Aussi, nous gardons la possibilité de vérifier ces informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes.

Conditions de garantie immédiate

- La garantie décès mentionnée dans cette demande d'adhésion est accordée immédiatement dans les conditions énoncées ci-après à compter du règlement de la première cotisation.
- Seul le Décès par accident est couvert.
- Les engagements d'Allianz Vie sont limités au montant du capital décès mentionné dans la présente demande d'adhésion dans la limite de 150 000 €.

Si l'assuré décède avant l'établissement du Bulletin d'adhésion, l'excédent éventuel de la cotisation sera remboursé.

Aucun règlement ne sera effectué au titre de la garantie immédiate si le décès est la conséquence d'un accident survenu avant la date de signature de la demande d'adhésion.

- La garantie immédiate cesse :
 - lorsque l'adhésion prend effet,
 - lorsqu'Allianz Vie informe l'adhérent qu'il ne donne pas suite à la demande d'adhésion,
 - en l'absence d'accord de l'adhérent et/ou assuré dans les 30 jours qui suivent la notification des conditions spéciales,
 - au plus tard 60 jours après la signature de la demande d'adhésion.

Réclamation

En cas de difficultés, l'adhérent peut consulter d'abord son interlocuteur habituel d'Allianz France.

Si la réponse ne satisfait pas l'adhérent, il peut adresser sa réclamation par simple lettre ou courriel à l'adresse suivante :

Allianz - Relations Clients

Case Courrier S1803 - 1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex.

Courriel : clients@allianz.fr

et ce, sans préjudice des autres voies d'actions légales.

Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle d'Allianz Vie et de l'ANCRE est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

Coordonnées du Centre de Service Clients d'Allianz Vie

Allianz Direction des Opérations Vie - TSA 81003 - 67018 Strasbourg Cedex

Allianz Agents Généraux - Tél. : 0978 978 009

Allianz Vie

Entreprise régie par le Code des assurances
Société anonyme au capital de 681.879.255 €
1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex
340 234 962 RCS Nanterre
www.allianz.fr

ANCRE

ASSOCIATION NATIONALE pour la COUVERTURE des risques, la RETRAITE et l'éPARGNE
Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901
Siège social : 27 boulevard des Italiens - 75002 Paris
www.ancre-vie.com



Réaliseurs



Mois de production /

Matricule 1

Nom _____

Qualité SAL

% Acquisition

(1) Conseiller suiveur

Matricule 2

Nom _____

Qualité SAL

% Acquisition

Matricule 3

Nom _____

Qualité SAL

% Acquisition

Matricule 4

Nom _____

Qualité SAL

% Acquisition

A.T.

A.T. demandé _____ %

C.A. correspondant _____ %

Les personnes désignées ci-après déclarent accepter le Coefficient d'Abattement indiqué ci-dessus.

Signatures pour acceptation :

Réalisateur 1

Réalisateur 2

Réalisateur 3

Commissionnement agent⁽¹⁾

Type de commissionnement : escompté linéaire

Dérogations entre L1 et L2 sur âge

Nature de la dérogation _____

Accord du cadre délégataire _____

Nom _____ Fonction _____ Visa _____

(1) Cocher la(les) case(s) utile(s).



⁽¹⁾ Affaire nouvelle Modification du contrat n° _____

Réseau ⁽¹⁾ : Allianz Agents généraux Allianz Expertise et Conseil

Courtage

Affaires directes

Agent général : _____

Code Agence : _____

Code ORIAS : _____

Votre conseiller Allianz : _____

Matricule : _____

Code structure : _____

Votre conseiller : _____

Code Conseiller : _____

Code ORIAS : _____

Allianz Prévoyance Personne Clé

Demande d'adhésion n° _____

Contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative N° 010-2014-005 souscrit par l'**ASSOCIATION NATIONALE pour la COUVERTURE des risques, la RETRAITE et l'ÉPARGNE (ANCRE)** auprès d'**Allianz Vie** (27 boulevard des Italiens, 75002 Paris - Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901).

L'adhérent désigné ci-après⁽¹⁾ :

demande à adhérer à l'association ANCRE et reconnaît devoir s'acquitter auprès de l'association d'une cotisation annuelle

est déjà adhérent à l'association ANCRE sous le N° _____

La cotisation annuelle à l'association ANCRE est fixée à 6 €. Cette cotisation peut être révisée par l'ANCRE conformément à ses statuts et sera prélevée automatiquement sur le compte du payeur de cotisations.

Est-il prospect ?

oui non

N° de client : _____ (si agents)

Offre commerciale

Adhérent(e) - assuré(e)

Adhérent(e)

Statut Juridique : _____

Raison sociale : _____

N° SIREN / SIRET : _____

Code APE/NAF : _____

N° RCS : _____

Assuré(e)

⁽¹⁾ M. Mme Nom d'usage _____

Prénom(s) _____

Nom de naissance _____

Nationalité : _____

Date de naissance : _____ à Commune ou pays : _____ N° dépét : _____

Situation de famille⁽¹⁾ : Célibataire Marié(e) Pacsé(e)

Profession et secteur d'activité : _____

Activité professionnelle à risque : _____ Code VIP : _____

Adresse : N° _____ Rue/Bd/Av. : _____

Rés./Bât./Esc. : _____

Code postal _____ Commune : _____ Pays : _____

Tél. : _____ Tél. portable : _____ E-mail : _____

Pièce d'identité⁽¹⁾ : Carte nationale d'identité Passeport Titre de séjour/carte de résident

N° _____ Délivrée le _____ à _____

Êtes-vous fumeur ? oui non

Souhaitez-vous être garanti(e) pour un(des) sport(s) à risque exclu(s) de notre garantie⁽²⁾ ?

Oui, le(s)quel(s) : [_____], [_____], [_____], [_____].

Non, je ne souhaite pas être couvert pour la pratique d'un(des) sport(s) à risque tel(s) que listé(s) dans la Notice d'Information.

Correspondant entreprise

⁽¹⁾ M. Mme Nom d'usage : _____

Prénom(s) : _____

Nom de naissance : _____ Nationalité : _____

Adresse : N° _____ Rue/Bd/Av. : _____

Rés./Bât./Esc. : _____

Code postal _____ Commune : _____ Pays : _____

Tél. : _____ Tél. portable : _____ E-mail : _____

Pièce d'identité⁽¹⁾ : Carte nationale d'identité Passeport Titre de séjour/carte de résident

N° _____ Délivrée le _____ à _____

Joindre l'original d'un extrait Kbis de moins de 3 mois ainsi qu'une délégation de pouvoir si le signataire de la présente demande d'adhésion n'est pas le dirigeant de la personne morale, tel que mentionné sur l'extrait de Kbis.

(1) Cocher la(les) case(s) utile(s).

(2) Certains sports et professions font l'objet d'une étude et d'une tarification particulière. Au besoin, il conviendra de compléter les questionnaires d'activité professionnelle et sportive à risque.

Garanties⁽¹⁾



Capital en cas de décès Montant du capital : _____ €.

Effet différé : oui non Date d'effet : _____

Cette garantie comprend une garantie de protection juridique dont la cotisation est de 3 €.

PTIA : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie Montant du capital : _____ €.

Effet différé : oui non Date d'effet : _____

Arrêt de travail en cas d'accident ou de maladie

Effet différé : oui non Date d'effet : _____

Durée de versement en jours	Type d'IJ	Montant journalier	Franchise ⁽²⁾ : Accident/Maladie
<input type="checkbox"/> 365 jours	Constantes	_____ €	90A/90M
<input type="checkbox"/> 1095 jours			

Capital en cas d'invalidité accident maladie Montant du capital : _____ €.

Effet différé : oui non Date d'effet : _____

Barème choisi : standard spécifique

Caractéristiques de l'adhésion/cotisations

Date d'effet de l'adhésion : _____, sous réserve d'acceptation de l'adhésion.

Durée de l'adhésion : 1 an renouvelable par tacite reconduction

Reprise concurrence et abrogation des délais d'attente

Le montant de la cotisation est fixé en fonction des éléments précisés dans la Notice d'Information.

Total de vos cotisations d'assurance : €

Montant de la cotisation annuelle à l'ANCRE (due à chaque 1^{er} janvier) : €

Soit une cotisation annuelle totale (sous réserve d'acceptation particulière ou médicale) : €

Périodicité de paiement et montant de votre cotisation⁽¹⁾ : annuelle semestrielle trimestrielle mensuelle
(hors cotisations ANCRE) _____ €

Mode de recouvrement⁽²⁾ : Prélèvement automatique (obligatoire en périodicité mensuelle) T.I.P. Quittance

Vous bénéficiez d'un tarif privilégié offre couplée. (Le tarif affiché tient compte de la réduction.)

Numéro du second contrat : _____.

Bénéficiaires des prestations

Garanties « Personne-clé »

En cas de décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), d'Invalidité toutes causes ou d'arrêt de travail de l'assuré, le bénéficiaire est : l'adhérent.

Déclaration Non fumeur (uniquement si vous avez répondu « NON » à la question « Êtes-vous fumeur ? »)

- Je déclare ne pas avoir fumé, y compris des cigarettes électroniques, au cours des 24 derniers mois.
- En outre, je m'engage à informer Allianz Vie si je (re)commence à fumer, même occasionnellement, pendant la durée du contrat.
- De plus, afin de pouvoir bénéficier du tarif non-fumeur, j'accepte d'effectuer un test cotinine urinaire lorsque celui-ci est demandé par Allianz Vie.

Fait à _____, le _____

Signature de la personne à assurer précédée de la mention « Lu et approuvé »

(1) Cocher la(s) case(s) utile(s).

(2) Joindre un mandat de prélèvement SEPA, rempli et signé, accompagné d'un Relevé d'identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Épargne (RICE)

Déclaration de l'adhérent(e) - assuré(e) et signature



Conformément à l'article L112-2 du Code des assurances, la demande d'adhésion n'engage ni l'adhérent, ni l'assureur ; seul le Bulletin d'adhésion constate leur engagement réciproque. L'assureur se réserve donc le droit de ne pas accepter l'affaire.

En cas de non réception du Bulletin d'adhésion dans les deux mois à compter de la demande d'adhésion, l'adhérent doit, dans les plus brefs délais, en informer le Centre de Service Clients d'Allianz Vie, lequel lui en adressera un nouvel exemplaire.

L'assuré(e) atteste avoir répondu avec exactitude et sincérité tant au questionnaire d'état de santé qu'aux déclarations figurant sur sa demande d'adhésion. Il certifie avoir été informé de ce que toute réticence ou déclaration fausse, toute omission ou déclaration inexacte de circonstances connues de lui entraîneraient l'application, suivant le cas, des sanctions prévues par les articles L113-8 (nullité de l'adhésion) et L113-9 (réduction des prestations) du Code des assurances.

L'adhérent soussigné reconnaît avoir reçu et pris connaissance de la Notice d'information Allianz Prévoyance Personne Clé (référence COM17977) qui lui a été remise, ainsi que de la faculté de renonciation et du modèle de lettre, prévus par le Code des assurances, qui figurent sur la présente demande d'adhésion.

L'assuré s'engage en cas de changement dans sa situation ayant un impact sur les garanties choisies à en informer l'assureur dans les plus brefs délais. Il s'engage en cas de cessation de paiement des cotisations au régime obligatoire d'assurance maladie et d'assurance vieillesse à en informer l'assureur dans les plus brefs délais.

Si le paiement de la cotisation est effectué à partir d'un compte ouvert au nom d'une personne différente de l'adhérent, ce dernier reconnaît avoir été informé que ce paiement peut être constitutif d'une donation ou d'un avantage en nature. L'adhérent s'engage à prendre en charge les conséquences en résultant et décharge en conséquence Allianz Vie de toute responsabilité et de tout manquement à son devoir d'information et de conseil.

Dans le cadre du contrat Allianz Prévoyance Personne Clé, l'adhérent reconnaît avoir été informé que l'association souscriptrice n'a reçu aucun pouvoir de la part de l'assureur pour exercer les actes relevant de la compétence de ce dernier.

Fait à _____, le _____

Signature(s) (précédée de la mention « lu et approuvé »)

L'adhérent(e) représenté(e) par

L'assuré(e)

Modalité de paiement du versement à l'adhésion⁽¹⁾

Règlement par prélèvement automatique :

Un mandat de prélèvement SEPA, rempli et signé, accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Épargne (RICE).

Règlement par chèque :

Reçu ce jour _____ de

M. Mme Nom : _____ Prénom : _____

Personne morale : _____ et de son représentant

M. Mme Nom : _____ Prénom : _____

la somme de _____ € en règlement de la cotisation initiale (y compris cotisation à l'ANCRE).

Tout paiement par chèque doit être effectué à l'ordre d'Allianz Vie.

Le _____

Signature et nom du conseiller

Spécificités de cette demande d'adhésion

Clause informatique et libertés

Nous recueillons vos données personnelles et les utilisons pour la gestion de cette demande et pour notre relation commerciale. Elles sont destinées prioritairement aux entreprises du Groupe Allianz et à votre intermédiaire en assurance ; mais également aux différents organismes et partenaires en lien avec les entreprises du Groupe Allianz.

Ces destinataires se situent parfois en dehors de l'Union Européenne. Dans ce cas, nous concevons des garanties spécifiques pour assurer la protection complète de vos données.

Vos informations personnelles nous aident à mieux vous connaître, et ainsi à vous proposer des solutions et services qui vous correspondent. Nous les conservons tout au long de la vie de votre contrat. Une fois ce dernier fermé, elles sont conservées pendant le délai de prescription.

Vous gardez bien sûr tout loisir d'y accéder, de demander leur modification, rectification, portabilité ou effacement et de vous opposer à leur utilisation. Vous pouvez également prendre contact avec le responsable des données personnelles pour toute information ou contestation (loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978). Pour cela, il vous suffit de nous écrire :

- par mail à informatiqueetliberte@allianz.fr,
- par courrier à l'adresse Allianz - Informatique et Libertés – Case courrier S1805 - 1 cours Michelet – CS 30051 – 92076 Paris La Défense Cedex.

Vous pouvez également vous adresser à la CNIL.

J'accepte de recevoir les offres commerciales personnalisées du Groupe Allianz : Oui Non

Votre accord vaut pour les offres commerciales du Groupe Allianz en France et ses partenaires pour les services, les produits d'assurance, bancaires et financiers qu'ils distribuent. Le ciblage des offres commerciales peut être automatisé et basé sur des profils de clients ou de prospects.

Pour plus de détail, reportez-vous aux documents contractuels, notamment les dispositions générales ou notices d'information et les sites internet d'Allianz.

Protéger nos clients et nous protéger nous-mêmes est au cœur de la politique de maîtrise des risques d'Allianz et de la lutte anti-fraude. Aussi, nous gardons la possibilité de vérifier ces informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes.

Conditions de garantie immédiate

- La garantie décès mentionnée dans cette demande d'adhésion est accordée immédiatement dans les conditions énoncées ci-après à compter du règlement de la première cotisation.
- Seul le Décès par accident est couvert.
- Les engagements d'Allianz Vie sont limités au montant du capital décès mentionné dans la présente demande d'adhésion dans la limite de 150 000 €.

Si l'assuré décède avant l'établissement du Bulletin d'adhésion, l'excédent éventuel de la cotisation sera remboursé.

Aucun règlement ne sera effectué au titre de la garantie immédiate si le décès est la conséquence d'un accident survenu avant la date de signature de la demande d'adhésion.

- La garantie immédiate cesse :
 - lorsque l'adhésion prend effet,
 - lorsqu'Allianz Vie informe l'adhérent qu'il ne donne pas suite à la demande d'adhésion,
 - en l'absence d'accord de l'adhérent et/ou assuré dans les 30 jours qui suivent la notification des conditions spéciales,
 - au plus tard 60 jours après la signature de la demande d'adhésion.

Réclamation

En cas de difficultés, l'adhérent peut consulter d'abord son interlocuteur habituel d'Allianz France.

Si la réponse ne satisfait pas l'adhérent, il peut adresser sa réclamation par simple lettre ou courriel à l'adresse suivante :

Allianz - Relations Clients

Case Courrier S1803 - 1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex.

Courriel : clients@allianz.fr

et ce, sans préjudice des autres voies d'actions légales.

Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle d'Allianz Vie et de l'ANCRE est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

Coordonnées du Centre de Service Clients d'Allianz Vie

Allianz Direction des Opérations Vie - TSA 81003 - 67018 Strasbourg Cedex

Allianz Agents Généraux - Tél. : 0978 978 009

Allianz Vie

Entreprise régie par le Code des assurances
Société anonyme au capital de 681.879.255 €
1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex
340 234 962 RCS Nanterre
www.allianz.fr

ANCRE

ASSOCIATION NATIONALE pour la COUVERTURE des risques, la RETRAITE et l'éPARGNE
Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901
Siège social : 27 boulevard des Italiens - 75002 Paris
www.ancre-vie.com



Réaliseurs



Mois de production /

Matricule 1

Nom _____

Qualité SAL

% Acquisition

(1) Conseiller suiveur

Matricule 2

Nom _____

Qualité SAL

% Acquisition

Matricule 3

Nom _____

Qualité SAL

% Acquisition

Matricule 4

Nom _____

Qualité SAL

% Acquisition

A.T.

A.T. demandé _____ %

C.A. correspondant _____ %

Les personnes désignées ci-après déclarent accepter le Coefficient d'Abattement indiqué ci-dessus.

Signatures pour acceptation :

Réalisateur 1

Réalisateur 2

Réalisateur 3

Commissionnement agent⁽¹⁾

Type de commissionnement : escompté linéaire

Dérogations entre L1 et L2 sur âge

Nature de la dérogation _____

Accord du cadre délégataire _____

Nom _____ Fonction _____ Visa _____

(1) Cocher la(les) case(s) utile(s).



⁽¹⁾ Affaire nouvelle Modification du contrat n° _____

Réseau ⁽¹⁾ : Allianz Agents généraux Allianz Expertise et Conseil

Courtage

Affaires directes

Agent général : _____

Code Agence : _____

Code ORIAS : _____

Votre conseiller Allianz : _____

Matricule : _____

Code structure : _____

Votre conseiller : _____

Code Conseiller : _____

Code ORIAS : _____

Allianz Prévoyance Personne Clé

Demande d'adhésion n° _____

Contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative N° 010-2014-005 souscrit par l'**ASSOCIATION NATIONALE pour la COUVERTURE des risques, la RETRAITE et l'ÉPARGNE (ANCRE)** auprès d'**Allianz Vie** (27 boulevard des Italiens, 75002 Paris - Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901).

L'adhérent désigné ci-après⁽¹⁾ :

demande à adhérer à l'association ANCRE et reconnaît devoir s'acquitter auprès de l'association d'une cotisation annuelle

est déjà adhérent à l'association ANCRE sous le N° _____

La cotisation annuelle à l'association ANCRE est fixée à 6 €. Cette cotisation peut être révisée par l'ANCRE conformément à ses statuts et sera prélevée automatiquement sur le compte du payeur de cotisations.

Est-il prospect ?

oui non

N° de client : _____ (si agents)

Offre commerciale

Adhérent(e) - assuré(e)

Adhérent(e)

Statut Juridique : _____

Raison sociale : _____

N° SIREN / SIRET : _____

Code APE/NAF : _____

N° RCS : _____

Assuré(e)

⁽¹⁾ M. Mme Nom d'usage _____

Prénom(s) _____

Nom de naissance _____

Nationalité : _____

Date de naissance : _____ à Commune ou pays : _____

N° dépét : _____

Situation de famille⁽¹⁾ : Célibataire Marié(e) Pacsé(e)

Profession et secteur d'activité : _____

Activité professionnelle à risque : _____ Code VIP : _____

Adresse : N° _____ Rue/Bd/Av. : _____

Rés./Bât./Esc. : _____

Code postal _____ Commune : _____ Pays : _____

Tél. : _____ Tél. portable : _____ E-mail : _____

Pièce d'identité⁽¹⁾ : Carte nationale d'identité Passeport Titre de séjour/carte de résident

N° _____ Délivrée le _____ à _____

Êtes-vous fumeur ? oui non

Souhaitez-vous être garanti(e) pour un(des) sport(s) à risque exclu(s) de notre garantie⁽²⁾ ?

Oui, le(s)quel(s) : [_____], [_____], [_____], [_____].

Non, je ne souhaite pas être couvert pour la pratique d'un(des) sport(s) à risque tel(s) que listé(s) dans la Notice d'Information.

Correspondant entreprise

⁽¹⁾ M. Mme Nom d'usage : _____

Prénom(s) : _____

Nom de naissance : _____ Nationalité : _____

Adresse : N° _____ Rue/Bd/Av. : _____

Rés./Bât./Esc. : _____

Code postal _____ Commune : _____ Pays : _____

Tél. : _____ Tél. portable : _____ E-mail : _____

Pièce d'identité⁽¹⁾ : Carte nationale d'identité Passeport Titre de séjour/carte de résident

N° _____ Délivrée le _____ à _____

Joindre l'original d'un extrait Kbis de moins de 3 mois ainsi qu'une délégation de pouvoir si le signataire de la présente demande d'adhésion n'est pas le dirigeant de la personne morale, tel que mentionné sur l'extrait de Kbis.

(1) Cocher la(les) case(s) utile(s).

(2) Certains sports et professions font l'objet d'une étude et d'une tarification particulière. Au besoin, il conviendra de compléter les questionnaires d'activité professionnelle et sportive à risque.



Garanties⁽¹⁾



Capital en cas de décès Montant du capital : _____ €.

Effet différé : oui non Date d'effet : _____

Cette garantie comprend une garantie de protection juridique dont la cotisation est de 3 €.

PTIA : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie Montant du capital : _____ €.

Effet différé : oui non Date d'effet : _____

Arrêt de travail en cas d'accident ou de maladie

Effet différé : oui non Date d'effet : _____

Durée de versement en jours	Type d'IJ	Montant journalier	Franchise ⁽²⁾ : Accident/Maladie
<input type="checkbox"/> 365 jours	Constantes	_____ €	90A/90M
<input type="checkbox"/> 1095 jours			

Capital en cas d'invalidité accident maladie Montant du capital : _____ €.

Effet différé : oui non Date d'effet : _____

Barème choisi : standard spécifique

Caractéristiques de l'adhésion/cotisations

Date d'effet de l'adhésion : _____, sous réserve d'acceptation de l'adhésion.

Durée de l'adhésion : 1 an renouvelable par tacite reconduction

Reprise concurrence et abrogation des délais d'attente

Le montant de la cotisation est fixé en fonction des éléments précisés dans la Notice d'Information.

Total de vos cotisations d'assurance : €

Montant de la cotisation annuelle à l'ANCRE (due à chaque 1^{er} janvier) : €

Soit une cotisation annuelle totale (sous réserve d'acceptation particulière ou médicale) : €

Périodicité de paiement et montant de votre cotisation⁽¹⁾ : annuelle semestrielle trimestrielle mensuelle
(hors cotisations ANCRE) _____ €

Mode de recouvrement⁽²⁾ : Prélèvement automatique (obligatoire en périodicité mensuelle) T.I.P. Quittance

Vous bénéficiez d'un tarif privilégié offre couplée. (Le tarif affiché tient compte de la réduction.)

Numéro du second contrat : _____.

Bénéficiaires des prestations

Garanties « Personne-clé »

En cas de décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), d'Invalidité toutes causes ou d'arrêt de travail de l'assuré, le bénéficiaire est : l'adhérent.

Déclaration Non fumeur (uniquement si vous avez répondu « NON » à la question « Êtes-vous fumeur ? »)

- Je déclare ne pas avoir fumé, y compris des cigarettes électroniques, au cours des 24 derniers mois.
- En outre, je m'engage à informer Allianz Vie si je (re)commence à fumer, même occasionnellement, pendant la durée du contrat.
- De plus, afin de pouvoir bénéficier du tarif non-fumeur, j'accepte d'effectuer un test cotinine urinaire lorsque celui-ci est demandé par Allianz Vie.

Fait à _____, le _____

Signature de la personne à assurer précédée de la mention « Lu et approuvé »

(1) Cocher la(s) case(s) utile(s).

(2) Joindre un mandat de prélèvement SEPA, rempli et signé, accompagné d'un Relevé d'identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Épargne (RICE)

Déclaration de l'adhérent(e) - assuré(e) et signature



Conformément à l'article L112-2 du Code des assurances, la demande d'adhésion n'engage ni l'adhérent, ni l'assureur ; seul le Bulletin d'adhésion constate leur engagement réciproque. L'assureur se réserve donc le droit de ne pas accepter l'affaire.

En cas de non réception du Bulletin d'adhésion dans les deux mois à compter de la demande d'adhésion, l'adhérent doit, dans les plus brefs délais, en informer le Centre de Service Clients d'Allianz Vie, lequel lui en adressera un nouvel exemplaire.

L'assuré(e) atteste avoir répondu avec exactitude et sincérité tant au questionnaire d'état de santé qu'aux déclarations figurant sur sa demande d'adhésion. Il certifie avoir été informé de ce que toute réticence ou déclaration fausse, toute omission ou déclaration inexacte de circonstances connues de lui entraîneraient l'application, suivant le cas, des sanctions prévues par les articles L113-8 (nullité de l'adhésion) et L113-9 (réduction des prestations) du Code des assurances.

L'adhérent soussigné reconnaît avoir reçu et pris connaissance de la Notice d'information Allianz Prévoyance Personne Clé (référence COM17977) qui lui a été remise, ainsi que de la faculté de renonciation et du modèle de lettre, prévus par le Code des assurances, qui figurent sur la présente demande d'adhésion.

L'assuré s'engage en cas de changement dans sa situation ayant un impact sur les garanties choisies à en informer l'assureur dans les plus brefs délais. Il s'engage en cas de cessation de paiement des cotisations au régime obligatoire d'assurance maladie et d'assurance vieillesse à en informer l'assureur dans les plus brefs délais.

Si le paiement de la cotisation est effectué à partir d'un compte ouvert au nom d'une personne différente de l'adhérent, ce dernier reconnaît avoir été informé que ce paiement peut être constitutif d'une donation ou d'un avantage en nature. L'adhérent s'engage à prendre en charge les conséquences en résultant et décharge en conséquence Allianz Vie de toute responsabilité et de tout manquement à son devoir d'information et de conseil.

Dans le cadre du contrat Allianz Prévoyance Personne Clé, l'adhérent reconnaît avoir été informé que l'association souscriptrice n'a reçu aucun pouvoir de la part de l'assureur pour exercer les actes relevant de la compétence de ce dernier.

Fait à _____, le _____

Signature(s) (précédée de la mention « lu et approuvé »)

L'adhérent(e) représenté(e) par

L'assuré(e)

Modalité de paiement du versement à l'adhésion⁽¹⁾

Règlement par prélèvement automatique :

Un mandat de prélèvement SEPA, rempli et signé, accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Épargne (RICE).

Règlement par chèque :

Reçu ce jour _____ de

M. Mme Nom : _____ Prénom : _____

Personne morale : _____ et de son représentant

M. Mme Nom : _____ Prénom : _____

la somme de _____ € en règlement de la cotisation initiale (y compris cotisation à l'ANCRE).

Tout paiement par chèque doit être effectué à l'ordre d'Allianz Vie.

Le _____

Signature et nom du conseiller

Spécificités de cette demande d'adhésion

Clause informatique et libertés

Nous recueillons vos données personnelles et les utilisons pour la gestion de cette demande et pour notre relation commerciale. Elles sont destinées prioritairement aux entreprises du Groupe Allianz et à votre intermédiaire en assurance ; mais également aux différents organismes et partenaires en lien avec les entreprises du Groupe Allianz.

Ces destinataires se situent parfois en dehors de l'Union Européenne. Dans ce cas, nous concevons des garanties spécifiques pour assurer la protection complète de vos données.

Vos informations personnelles nous aident à mieux vous connaître, et ainsi à vous proposer des solutions et services qui vous correspondent. Nous les conservons tout au long de la vie de votre contrat. Une fois ce dernier fermé, elles sont conservées pendant le délai de prescription.

Vous gardez bien sûr tout loisir d'y accéder, de demander leur modification, rectification, portabilité ou effacement et de vous opposer à leur utilisation. Vous pouvez également prendre contact avec le responsable des données personnelles pour toute information ou contestation (loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978). Pour cela, il vous suffit de nous écrire :

- par mail à informatiqueetliberte@allianz.fr,
- par courrier à l'adresse Allianz - Informatique et Libertés – Case courrier S1805 - 1 cours Michelet – CS 30051 – 92076 Paris La Défense Cedex.

Vous pouvez également vous adresser à la CNIL.

J'accepte de recevoir les offres commerciales personnalisées du Groupe Allianz : Oui Non

Votre accord vaut pour les offres commerciales du Groupe Allianz en France et ses partenaires pour les services, les produits d'assurance, bancaires et financiers qu'ils distribuent. Le ciblage des offres commerciales peut être automatisé et basé sur des profils de clients ou de prospects.

Pour plus de détail, reportez-vous aux documents contractuels, notamment les dispositions générales ou notices d'information et les sites internet d'Allianz.

Protéger nos clients et nous protéger nous-mêmes est au cœur de la politique de maîtrise des risques d'Allianz et de la lutte anti-fraude. Aussi, nous gardons la possibilité de vérifier ces informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes.

Conditions de garantie immédiate

- La garantie décès mentionnée dans cette demande d'adhésion est accordée immédiatement dans les conditions énoncées ci-après à compter du règlement de la première cotisation.
- Seul le Décès par accident est couvert.
- Les engagements d'Allianz Vie sont limités au montant du capital décès mentionné dans la présente demande d'adhésion dans la limite de 150 000 €.

Si l'assuré décède avant l'établissement du Bulletin d'adhésion, l'excédent éventuel de la cotisation sera remboursé.

Aucun règlement ne sera effectué au titre de la garantie immédiate si le décès est la conséquence d'un accident survenu avant la date de signature de la demande d'adhésion.

- La garantie immédiate cesse :
 - lorsque l'adhésion prend effet,
 - lorsqu'Allianz Vie informe l'adhérent qu'il ne donne pas suite à la demande d'adhésion,
 - en l'absence d'accord de l'adhérent et/ou assuré dans les 30 jours qui suivent la notification des conditions spéciales,
 - au plus tard 60 jours après la signature de la demande d'adhésion.

Réclamation

En cas de difficultés, l'adhérent peut consulter d'abord son interlocuteur habituel d'Allianz France.

Si la réponse ne satisfait pas l'adhérent, il peut adresser sa réclamation par simple lettre ou courriel à l'adresse suivante :

Allianz - Relations Clients

Case Courrier S1803 - 1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex.

Courriel : clients@allianz.fr

et ce, sans préjudice des autres voies d'actions légales.

Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle d'Allianz Vie et de l'ANCRE est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

Coordonnées du Centre de Service Clients d'Allianz Vie

Allianz Direction des Opérations Vie - TSA 81003 - 67018 Strasbourg Cedex

Allianz Agents Généraux - Tél. : 0978 978 009

Allianz Vie

Entreprise régie par le Code des assurances
Société anonyme au capital de 681.879.255 €
1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex
340 234 962 RCS Nanterre
www.allianz.fr

ANCRE

ASSOCIATION NATIONALE pour la COUVERTURE des risques, la RETRAITE et l'éPARGNE
Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901
Siège social : 27 boulevard des Italiens - 75002 Paris
www.ancre-vie.com

