



## Garanties<sup>(1)</sup>

### ☐ Décès toutes causes (accident et maladie)

☐ Fiscalité Madelin

Montant du capital constitutif de rente : \_\_\_\_\_ EUR.

☐ Fiscalité Vie

Montant du capital : \_\_\_\_\_ EUR.

Effet différé : ☐ oui ☐ non

Date d'effet : | | | | | | | |

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

### **DCTC / PTIA : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie**

Montant du capital : \_\_\_\_\_ EUR.

Date d'effet : | | | | | | | |

☐ Capital décès accident

Montant du capital : \_\_\_\_\_ EUR.

Effet différé : ☐ oui ☐ non

Date d'effet : | | | | | | | |

Capital décès accident/PTIA : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Montant du capital : \_\_\_\_\_ EUR.

Date d'effet : | | | | | | | |

☐ Double effet familial

Effet différé : ☐ oui ☐ non

Date d'effet : | | | | | | | |

☐ Rente de conjoint

Fiscalité Madelin

Effet différé : ☐ oui ☐ non

Date d'effet : | | | | | | | |

En cas de décès de l'assuré(e), une rente viagère d'un montant annuel de \_\_\_\_\_ EUR sera versée au bénéficiaire désigné ci-dessous :

Qualité : ☐ M. ☐ Mme

Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Date de naissance : | | | | | | | |

### **Catégorie Sociale et Professionnelle :** \_\_\_\_\_

Rente de conjoint/PTIA : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'assuré(e), versement de la rente de conjoint selon les modalités évoquées ci-dessus.

☐ Rente éducation

Fiscalité Madelin

Effet différé : ☐ oui ☐ non

Date d'effet : | | | | | | | |

En cas de décès de l'assuré(e), une rente temporaire sera réglée à chaque enfant bénéficiaire suivant :

#### **1<sup>er</sup> enfant :**

Qualité : ☐ M. ☐ Mlle

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : | | | | | | | | à : \_\_\_\_\_ N° dépt : \_\_\_\_\_

Catégorie Sociale et Professionnelle : \_\_\_\_\_

Montant(s) annuel(s) de la/des rente(s) versée(s) à l'enfant :

☐ Montant constant : \_\_\_\_\_ EUR

☐ Montant par paliers définis :

☐ Montant par paliers choisis :

0 à 10 ans : \_\_\_\_\_ EUR \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

11 à 17 ans : \_\_\_\_\_ EUR \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

18 à 25 ans : \_\_\_\_\_ EUR \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

#### **2<sup>e</sup> enfant :**

Qualité : ☐ M. ☐ Mlle

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : | | | | | | | | à : \_\_\_\_\_ N° dépt : \_\_\_\_\_

Catégorie Sociale et Professionnelle : \_\_\_\_\_

Montant(s) annuel(s) de la/des rente(s) versée(s) à l'enfant :

☐ Montant constant : \_\_\_\_\_ EUR

☐ Montant par paliers définis :

☐ Montant par paliers choisis :

0 à 10 ans : \_\_\_\_\_ EUR \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

11 à 17 ans : \_\_\_\_\_ EUR \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

18 à 25 ans : \_\_\_\_\_ EUR \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

#### **3<sup>e</sup> enfant :**

Qualité : ☐ M. ☐ Mlle

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : | | | | | | | | à : \_\_\_\_\_ N° dépt : \_\_\_\_\_

Catégorie Sociale et Professionnelle : \_\_\_\_\_

Montant(s) annuel(s) de la/des rente(s) versée(s) à l'enfant :

☐ Montant constant : \_\_\_\_\_ EUR

☐ Montant par paliers définis :

☐ Montant par paliers choisis :

0 à 10 ans : \_\_\_\_\_ EUR \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

11 à 17 ans : \_\_\_\_\_ EUR \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

18 à 25 ans : \_\_\_\_\_ EUR \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

#### **4<sup>e</sup> enfant :**

Qualité : ☐ M. ☐ Mlle

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : | | | | | | | | à : \_\_\_\_\_ N° dépt : \_\_\_\_\_

Catégorie Sociale et Professionnelle : \_\_\_\_\_

Montant(s) annuel(s) de la/des rente(s) versée(s) à l'enfant :

☐ Montant constant : \_\_\_\_\_ EUR

☐ Montant par paliers définis :

☐ Montant par paliers choisis :

0 à 10 ans : \_\_\_\_\_ EUR \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

11 à 17 ans : \_\_\_\_\_ EUR \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

18 à 25 ans : \_\_\_\_\_ EUR \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

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

Paraphe Adhérent(e) – Assuré(e)

\_\_\_\_\_



**5<sup>e</sup> enfant :**Qualité : ☐ M. ☐ Mle Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N° dépt : \_\_\_\_

Catégorie Sociale et Professionnelle : \_\_\_\_\_

Montant(s) annuel(s) de la/des rente(s) versée(s) à l'enfant :

☐ Montant constant : \_\_\_\_\_ EUR

☐ Montant par paliers définis : \_\_\_\_\_ EUR

☐ Montant par paliers choisis : \_\_\_\_\_ EUR

0 à 10 ans : \_\_\_\_\_ EUR \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

11 à 17 ans : \_\_\_\_\_ EUR \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

18 à 25 ans : \_\_\_\_\_ EUR \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

**6<sup>e</sup> enfant :**Qualité : ☐ M. ☐ Mle Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N° dépt : \_\_\_\_

Catégorie Sociale et Professionnelle : \_\_\_\_\_

Montant(s) annuel(s) de la/des rente(s) versée(s) à l'enfant :

☐ Montant constant : \_\_\_\_\_ EUR

☐ Montant par paliers définis : \_\_\_\_\_ EUR

☐ Montant par paliers choisis : \_\_\_\_\_ EUR

0 à 10 ans : \_\_\_\_\_ EUR \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

11 à 17 ans : \_\_\_\_\_ EUR \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

18 à 25 ans : \_\_\_\_\_ EUR \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

Rente éducation/PTIA : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'assuré(e), versement de la / des rente(s) éducation(s) selon les modalités évoquées ci-dessus.

☐ Indemnités journalières

Fiscalité Madelin (hors exonération)

Effet différé : ☐ oui ☐ non Date d'effet : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Libellé de la garantie	Durée de versement en jours	Causes d'arrêt de travail	Type d'IJ	Palier 1		Palier 2	
				Montant journalier	Franchise : Acc/Mal	Montant journalier	Franchise/Versement à partir du
<input type="checkbox"/> Indemnités journalières versées en cas d'accident	<input type="checkbox"/> 365 jours <input type="checkbox"/> 1095 jours	Sans objet	Constantes	_____ EUR	<input type="checkbox"/> 00/SO <input type="checkbox"/> 03/SO	Sans objet	
<input type="checkbox"/> Indemnités journalières versées en cas d'accident ou de maladie	<input type="checkbox"/> 365 jours <input type="checkbox"/> 1095 jours	<input type="checkbox"/> toutes <input type="checkbox"/> toutes sauf Dos et Psy	Constantes	_____ EUR	____/____/____		
<input type="checkbox"/> Indemnités journalières versées en cas d'accident ou de maladie	<input type="checkbox"/> 365 jours <input type="checkbox"/> 1095 jours	<input type="checkbox"/> toutes <input type="checkbox"/> toutes sauf Dos et Psy	<input type="checkbox"/> Progressives <input type="checkbox"/> Dégressives	_____ EUR	____/____/____	_____ EUR	____/____/____

**Exonération de la cotisation en cas d'incapacité**☐ Garantie hospitalisation

Montant journalier : \_\_\_\_\_ EUR.

Fiscalité Madelin

Effet différé : ☐ oui ☐ non

Date d'effet : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

☐ Rente d'invalidité accident

Montant annuel : \_\_\_\_\_ EUR.

Fiscalité Madelin (hors exonération)

Effet différé : ☐ oui ☐ non

Date d'effet : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Taux d'invalidité à partir de : ☐ 15 % ☐ 33 %Barème choisi : ☐ standard ☐ spécifique☐ Rente d'invalidité accident maladie

Montant annuel : \_\_\_\_\_ EUR.

Fiscalité Madelin (hors exonération)

Effet différé : ☐ oui ☐ non

Date d'effet : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Taux d'invalidité à partir de : ☐ 15 % ☐ 33 %Causes d'invalidité : ☐ toutes ☐ toutes sauf Dos et PsyBarème choisi : ☐ standard ☐ spécifique☐ Capital invalidité accident<sup>(1)</sup>

Montant annuel : \_\_\_\_\_ EUR.

Effet différé : ☐ oui ☐ non

Date d'effet : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Barème choisi : ☐ standard ☐ spécifique☐ Capital invalidité accident maladie<sup>(1)</sup>

Montant annuel : \_\_\_\_\_ EUR.

Effet différé : ☐ oui ☐ non

Date d'effet : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Causes d'invalidité : ☐ toutes ☐ toutes sauf Dos et PsyBarème choisi : ☐ standard ☐ spécifique☐ Capital maladies redoutées

Montant du capital : \_\_\_\_\_ EUR.

Effet différé : ☐ oui ☐ non

Date d'effet : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Exonération de la cotisation en cas d'invalidité

(1) Les garanties dont le versement s'effectue sous forme de capital n'ouvrent pas droit à la déduction fiscale dans les conditions fixées à l'article 154bis du Code général des impôts (fiscalité dite « Madelin »).

## 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 : \_\_\_\_\_ EUR

Montant de la cotisation annuelle à l'ANCRE (due à chaque 1<sup>er</sup> janvier) : \_\_\_\_\_ 6,00 EUR

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

Périodicité de paiement et montant de votre cotisation<sup>(1)</sup> : ☐ annuelle ☐ semestrielle ☐ trimestrielle ☐ mensuelle  
(hors cotisations ANCRE) \_\_\_\_\_ EUR

Mode de recouvrement<sup>(2)</sup> : ☐ 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 : \_\_\_\_\_.

☐ Titulaire du RIB différent de l'adhérent ou gérant majoritaire :

<sup>(1)</sup> ☐ **Personne physique :**

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : N° \_\_\_\_\_ Rue/Bd/Av. : \_\_\_\_\_

Rés./Bât./Esc. : \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Références bancaires : Banque : \_\_\_\_\_ Guichet : \_\_\_\_\_ N° de compte : \_\_\_\_\_ RIB : \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup> ☐ **Personne morale :**

Statut juridique : \_\_\_\_\_ Raison sociale : \_\_\_\_\_

N° SIREN/SIRET \_\_\_\_\_

Adresse : N° \_\_\_\_\_ Rue/Bd/Av. : \_\_\_\_\_

Rés./Bât./Esc. : \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Références bancaires : Banque : \_\_\_\_\_ Guichet : \_\_\_\_\_ N° de compte : \_\_\_\_\_ RIB : \_\_\_\_\_

## Bénéficiaires des prestations

En cas de décès de l'assuré(e)<sup>(1)</sup> :

☐ Le conjoint non séparé de corps de l'assuré(e), à défaut les enfants nés ou à naître de l'assuré(e), par parts égales entre eux, celle du prédécédé revenant à ses descendants, à défaut de descendants les survivants desdits enfants, à défaut les héritiers de l'assuré(e).

☐ Les enfants nés ou à naître de l'assuré(e), par parts égales entre eux, celle du prédécédé revenant à ses descendants, à défaut de descendants les survivants desdits enfants à défaut les héritiers de l'assuré(e).

☐ Autre désignation : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ à défaut les héritiers de l'assuré(e).

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), d'Incapacité, d'Invalidité, survenue d'une Maladie Redoutée ou d'Hospitalisation de l'assuré(e) : l'assuré(e).

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

- Je déclare ne pas avoir fumé au cours des 24 derniers mois.
- Je déclare également ne pas avoir arrêté de fumer pour des raisons médicales.
- 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(les) 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)

## Faculté de renonciation

L'adhérent peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter de la date à laquelle il est informé que l'adhésion au contrat est conclue. Cette date correspond à la date à laquelle il a signé le Bulletin d'adhésion, et au plus tard, à la date de présentation de la lettre recommandée avec avis de réception qui lui sera envoyée si Allianz Vie n'a pas reçu le Bulletin d'adhésion signé.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse du Centre de Service Clients figurant sur la présente demande d'adhésion.

Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus dans la demande d'adhésion ou la Notice d'information.

À réception de la lettre recommandée par Allianz Vie, l'adhésion et toutes ses garanties prennent fin.

La cotisation versée sera remboursée dans les 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée, déduction faite de la part de cotisation correspondant à la période du risque assuré pour les garanties de prévoyance.

### Modèle de lettre-type de renonciation

« Je soussigné(e) M. .... demeurant ..... renonce à mon adhésion n° ..... au contrat dénommé Allianz Prévoyance souscrit auprès d'Allianz Vie et demande le remboursement de ma cotisation de ..... euros.

Date et signature. »

En outre, si vous adhérez au contrat Allianz Prévoyance Travailleur Non Salarisé à la suite d'un démarchage à domicile, vous avez également la possibilité de renoncer en application des dispositions issues de l'article L. 112-9 du Code des assurances décrites dans votre Notice d'information, en respectant le formalisme du modèle de lettre prévu ci-dessus.

## Attestation

L'adhérent reconnaît être informé :

- qu'aux termes de la réglementation applicable au dispositif réservé aux travailleurs non salariés non agricoles, toute personne qui demande son adhésion au contrat Allianz Prévoyance Travailleur Non Salarisé doit être à jour des cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse correspondants à son statut professionnel,
- que le non respect de la réglementation l'expose d'une part, à la nullité de l'adhésion et donc à la remise en cause des déductions fiscales antérieurement réalisées et, d'autre part, à une peine d'amende applicable aux contraventions de 5<sup>e</sup> classe.

L'adhérent :

- Atteste pouvoir justifier être à jour des cotisations d'assurances maladie et vieillesse des travailleurs non salariés non agricoles (conformément à la réglementation en vigueur) par la production d'attestations en sa possession délivrées par les caisses d'assurance maladie et vieillesse concernées.
- Décharge en conséquence, Allianz Vie de toute responsabilité quant aux conséquences du non-respect de ce qui précède.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature :

## Déclaration de l'Adhérent(e) - Assuré(e) et signature

Conformément à l'Article L.112-2 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 L.113-8 (nullité de l'adhésion) et L.113-9 (réduction des prestations) du Code des assurances.

**L'adhérent soussigné reconnaît avoir reçu et pris connaissance de la Notice d'information Allianz Prévoyance Travailleur Non Salarisé (référence DPP n°13-224) 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 Travailleur Non Salarisé, 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) –Assuré(e)

Le représentant légal  
(le cas échéant)



## Modalité de paiement du versement à l'adhésion<sup>(1)</sup>

☐ 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 ☐ Mlle Nom :  Prénom :

☐ Personne morale :  et de son représentant

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle Nom :  Prénom :

la somme de  EUR 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

## Réalisateurs

Mois de production

Matricule 1

Nom

Qualité SAL

% Acquisition

<sup>(1)</sup> ☐ Conseiller suiveur

Matricule 2

Nom

Qualité SAL

% Acquisition

Matricule 3

Nom

Qualité SAL

% Acquisition

Matricule 4

Nom

Qualité SAL

% Acquisition

## Commissionnement

Type de commissionnement : ☐ escompté ☐ linéaire

## Dérogations entre L1 et L2 sur âge

Nature de la dérogation

Accord du cadre délégataire

Nom  Fonction  Visa

<sup>(1)</sup> Cocher la(les) case(s) utile(s).



# Allianz Prévoyance Travailleur Non Salarié

Demande d'adhésion N°

☐ Affaire nouvelle ☐ Modification du contrat n° \_\_\_\_\_

Contrats d'assurance de groupe à adhésion facultative N° 010-2014-001 et N° 010-2014-002 souscrits par l'ASSOCIATION NATIONALE pour la COUVERTURE des risques, la RETRAITE et l'ÉPARGNE (ANCRE) auprès d'Allianz Vie, dans le cadre du dispositif exclusivement réservé aux Travailleurs Non salariés non agricoles (TNSNA) (article L.144-1 du Code des Assurances), (48 rue de Provence 75009 Paris - Association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901).

Réseau <sup>(1)</sup> : ☐ 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 :

L'adhérent désigné ci-après<sup>(1)</sup> :

☐ 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 EUR. 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)

<sup>(1)</sup> ☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle

Nom d'usage

Prénom

Nom de naissance

Nationalité : \_\_\_\_\_

Date de naissance 



 à Commune ou pays : \_\_\_\_\_ N° dépt : \_\_\_\_\_

Situation de famille<sup>(1)</sup> : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Concubinage ☐ 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<sup>(1)</sup> : ☐ 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<sup>(2)</sup> ?

☐ 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.

## Représentant légal (le cas échéant)

<sup>(1)</sup> ☐ Administrateur légal ☐ Tuteur ☐ Curateur ☐ Père ☐ Mère

<sup>(1)</sup> ☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle ☐ Personne morale/Statut juridique : \_\_\_\_\_

Nom et prénom/Raison sociale : \_\_\_\_\_ Autres prénoms : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

Date de naissance 



 à Commune ou pays : \_\_\_\_\_ N° dépt : \_\_\_\_\_

Situation de famille<sup>(1)</sup> : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Concubinage ☐ Pacsé(e)

Profession et secteur d'activité : \_\_\_\_\_

Correspondant personne morale<sup>(1)</sup> ☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : N° \_\_\_\_\_ Rue/Bd/Av. : \_\_\_\_\_

Rés./Bât./Esc. : \_\_\_\_\_

Code postal 



 Commune : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

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

N° \_\_\_\_\_ Délivrée le 



 à \_\_\_\_\_

(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<sup>(1)</sup>

### ☐ Décès toutes causes (accident et maladie)

☐ Fiscalité Madelin

Montant du capital constitutif de rente : \_\_\_\_\_ EUR.

☐ Fiscalité Vie

Montant du capital : \_\_\_\_\_ EUR.

Effet différé : ☐ oui ☐ non

Date d'effet : | | | | | | | |

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

### **DCTC / PTIA : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie**

Montant du capital : \_\_\_\_\_ EUR.

Date d'effet : | | | | | | | |

☐ Capital décès accident

Montant du capital : \_\_\_\_\_ EUR.

Effet différé : ☐ oui ☐ non

Date d'effet : | | | | | | | |

Capital décès accident/PTIA : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Montant du capital : \_\_\_\_\_ EUR.

Date d'effet : | | | | | | | |

☐ Double effet familial

Effet différé : ☐ oui ☐ non

Date d'effet : | | | | | | | |

☐ Rente de conjoint

Fiscalité Madelin

Effet différé : ☐ oui ☐ non

Date d'effet : | | | | | | | |

En cas de décès de l'assuré(e), une rente viagère d'un montant annuel de \_\_\_\_\_ EUR sera versée au bénéficiaire désigné ci-dessous :

Qualité : ☐ M. ☐ Mme

Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Date de naissance : | | | | | | | |

### **Catégorie Sociale et Professionnelle :** \_\_\_\_\_

Rente de conjoint/PTIA : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'assuré(e), versement de la rente de conjoint selon les modalités évoquées ci-dessus.

☐ Rente éducation

Fiscalité Madelin

Effet différé : ☐ oui ☐ non

Date d'effet : | | | | | | | |

En cas de décès de l'assuré(e), une rente temporaire sera réglée à chaque enfant bénéficiaire suivant :

#### **1<sup>er</sup> enfant :**

Qualité : ☐ M. ☐ Mlle

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : | | | | | | | | à : \_\_\_\_\_ N° dépt : \_\_\_\_\_

Catégorie Sociale et Professionnelle : \_\_\_\_\_

Montant(s) annuel(s) de la/des rente(s) versée(s) à l'enfant :

☐ Montant constant : \_\_\_\_\_ EUR

☐ Montant par paliers définis :

☐ Montant par paliers choisis :

0 à 10 ans : \_\_\_\_\_ EUR

\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

11 à 17 ans : \_\_\_\_\_ EUR

\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

18 à 25 ans : \_\_\_\_\_ EUR

\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

#### **2<sup>e</sup> enfant :**

Qualité : ☐ M. ☐ Mlle

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : | | | | | | | | à : \_\_\_\_\_ N° dépt : \_\_\_\_\_

Catégorie Sociale et Professionnelle : \_\_\_\_\_

Montant(s) annuel(s) de la/des rente(s) versée(s) à l'enfant :

☐ Montant constant : \_\_\_\_\_ EUR

☐ Montant par paliers définis :

☐ Montant par paliers choisis :

0 à 10 ans : \_\_\_\_\_ EUR

\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

11 à 17 ans : \_\_\_\_\_ EUR

\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

18 à 25 ans : \_\_\_\_\_ EUR

\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

#### **3<sup>e</sup> enfant :**

Qualité : ☐ M. ☐ Mlle

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : | | | | | | | | à : \_\_\_\_\_ N° dépt : \_\_\_\_\_

Catégorie Sociale et Professionnelle : \_\_\_\_\_

Montant(s) annuel(s) de la/des rente(s) versée(s) à l'enfant :

☐ Montant constant : \_\_\_\_\_ EUR

☐ Montant par paliers définis :

☐ Montant par paliers choisis :

0 à 10 ans : \_\_\_\_\_ EUR

\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

11 à 17 ans : \_\_\_\_\_ EUR

\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

18 à 25 ans : \_\_\_\_\_ EUR

\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

#### **4<sup>e</sup> enfant :**

Qualité : ☐ M. ☐ Mlle

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : | | | | | | | | à : \_\_\_\_\_ N° dépt : \_\_\_\_\_

Catégorie Sociale et Professionnelle : \_\_\_\_\_

Montant(s) annuel(s) de la/des rente(s) versée(s) à l'enfant :

☐ Montant constant : \_\_\_\_\_ EUR

☐ Montant par paliers définis :

☐ Montant par paliers choisis :

0 à 10 ans : \_\_\_\_\_ EUR

\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

11 à 17 ans : \_\_\_\_\_ EUR

\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

18 à 25 ans : \_\_\_\_\_ EUR

\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

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

Paraphe Adhérent(e) – Assuré(e)

\_\_\_\_\_





**5<sup>e</sup> enfant :**Qualité : ☐ M. ☐ Mle Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N° dépt : \_\_\_\_

Catégorie Sociale et Professionnelle : \_\_\_\_\_

Montant(s) annuel(s) de la/des rente(s) versée(s) à l'enfant :

☐ Montant constant : \_\_\_\_\_ EUR

☐ Montant par paliers définis : \_\_\_\_\_ EUR

☐ Montant par paliers choisis : \_\_\_\_\_ EUR

0 à 10 ans : \_\_\_\_\_ EUR à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

11 à 17 ans : \_\_\_\_\_ EUR à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

18 à 25 ans : \_\_\_\_\_ EUR à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

**6<sup>e</sup> enfant :**Qualité : ☐ M. ☐ Mle Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N° dépt : \_\_\_\_

Catégorie Sociale et Professionnelle : \_\_\_\_\_

Montant(s) annuel(s) de la/des rente(s) versée(s) à l'enfant :

☐ Montant constant : \_\_\_\_\_ EUR

☐ Montant par paliers définis : \_\_\_\_\_ EUR

☐ Montant par paliers choisis : \_\_\_\_\_ EUR

0 à 10 ans : \_\_\_\_\_ EUR à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

11 à 17 ans : \_\_\_\_\_ EUR à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

18 à 25 ans : \_\_\_\_\_ EUR à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

Rente éducation/PTIA : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'assuré(e), versement de la / des rente(s) éducation(s) selon les modalités évoquées ci-dessus.

☐ Indemnités journalières

Fiscalité Madelin (hors exonération)

Effet différé : ☐ oui ☐ non Date d'effet : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Libellé de la garantie	Durée de versement en jours	Causes d'arrêt de travail	Type d'IJ	Palier 1		Palier 2	
				Montant journalier	Franchise : Acc/Mal	Montant journalier	Franchise/Versement à partir du
<input type="checkbox"/> Indemnités journalières versées en cas d'accident	<input type="checkbox"/> 365 jours <input type="checkbox"/> 1095 jours	Sans objet	Constantes	_____ EUR	<input type="checkbox"/> 00/SO <input type="checkbox"/> 03/SO	Sans objet	
<input type="checkbox"/> Indemnités journalières versées en cas d'accident ou de maladie	<input type="checkbox"/> 365 jours <input type="checkbox"/> 1095 jours	<input type="checkbox"/> toutes <input type="checkbox"/> toutes sauf Dos et Psy	Constantes	_____ EUR	____/____/____		
<input type="checkbox"/> Indemnités journalières versées en cas d'accident ou de maladie	<input type="checkbox"/> 365 jours <input type="checkbox"/> 1095 jours	<input type="checkbox"/> toutes <input type="checkbox"/> toutes sauf Dos et Psy	<input type="checkbox"/> Progressives <input type="checkbox"/> Dégressives	_____ EUR	____/____/____	_____ EUR	____/____/____

**Exonération de la cotisation en cas d'incapacité**☐ Garantie hospitalisation

Montant journalier : \_\_\_\_\_ EUR.

Fiscalité Madelin

Effet différé : ☐ oui ☐ non

Date d'effet : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

☐ Rente d'invalidité accident

Montant annuel : \_\_\_\_\_ EUR.

Fiscalité Madelin (hors exonération)

Effet différé : ☐ oui ☐ non

Date d'effet : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Taux d'invalidité à partir de : ☐ 15 % ☐ 33 %Barème choisi : ☐ standard ☐ spécifique☐ Rente d'invalidité accident maladie

Montant annuel : \_\_\_\_\_ EUR.

Fiscalité Madelin (hors exonération)

Effet différé : ☐ oui ☐ non

Date d'effet : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Taux d'invalidité à partir de : ☐ 15 % ☐ 33 %Causes d'invalidité : ☐ toutes ☐ toutes sauf Dos et PsyBarème choisi : ☐ standard ☐ spécifique☐ Capital invalidité accident<sup>(1)</sup>

Montant annuel : \_\_\_\_\_ EUR.

Effet différé : ☐ oui ☐ non

Date d'effet : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Barème choisi : ☐ standard ☐ spécifique☐ Capital invalidité accident maladie<sup>(1)</sup>

Montant annuel : \_\_\_\_\_ EUR.

Effet différé : ☐ oui ☐ non

Date d'effet : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Causes d'invalidité : ☐ toutes ☐ toutes sauf Dos et PsyBarème choisi : ☐ standard ☐ spécifique☐ Capital maladies redoutées

Montant du capital : \_\_\_\_\_ EUR.

Effet différé : ☐ oui ☐ non

Date d'effet : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Exonération de la cotisation en cas d'invalidité

(1) Les garanties dont le versement s'effectue sous forme de capital n'ouvrent pas droit à la déduction fiscale dans les conditions fixées à l'article 154bis du Code général des impôts (fiscalité dite « Madelin »).

## 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 : \_\_\_\_\_ EUR

Montant de la cotisation annuelle à l'ANCRE (due à chaque 1<sup>er</sup> janvier) : \_\_\_\_\_ 6,00 EUR

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

Périodicité de paiement et montant de votre cotisation<sup>(1)</sup> : ☐ annuelle ☐ semestrielle ☐ trimestrielle ☐ mensuelle  
(hors cotisations ANCRE) \_\_\_\_\_ EUR

Mode de recouvrement<sup>(2)</sup> : ☐ 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 : \_\_\_\_\_.

☐ Titulaire du RIB différent de l'adhérent ou gérant majoritaire :

<sup>(1)</sup> ☐ **Personne physique :**

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : N° \_\_\_\_\_ Rue/Bd/Av. : \_\_\_\_\_

Rés./Bât./Esc. : \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Références bancaires : Banque : \_\_\_\_\_ Guichet : \_\_\_\_\_ N° de compte : \_\_\_\_\_ RIB : \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup> ☐ **Personne morale :**

Statut juridique : \_\_\_\_\_ Raison sociale : \_\_\_\_\_

N° SIREN/SIRET \_\_\_\_\_

Adresse : N° \_\_\_\_\_ Rue/Bd/Av. : \_\_\_\_\_

Rés./Bât./Esc. : \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Références bancaires : Banque : \_\_\_\_\_ Guichet : \_\_\_\_\_ N° de compte : \_\_\_\_\_ RIB : \_\_\_\_\_

## Bénéficiaires des prestations

En cas de décès de l'assuré(e)<sup>(1)</sup> :

☐ Le conjoint non séparé de corps de l'assuré(e), à défaut les enfants nés ou à naître de l'assuré(e), par parts égales entre eux, celle du prédécédé revenant à ses descendants, à défaut de descendants les survivants desdits enfants, à défaut les héritiers de l'assuré(e).

☐ Les enfants nés ou à naître de l'assuré(e), par parts égales entre eux, celle du prédécédé revenant à ses descendants, à défaut de descendants les survivants desdits enfants à défaut les héritiers de l'assuré(e).

☐ Autre désignation : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ à défaut les héritiers de l'assuré(e).

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), d'Incapacité, d'Invalidité, survenue d'une Maladie Redoutée ou d'Hospitalisation de l'assuré(e) : l'assuré(e).

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

- Je déclare ne pas avoir fumé au cours des 24 derniers mois.
- Je déclare également ne pas avoir arrêté de fumer pour des raisons médicales.
- 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(les) 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)

## Faculté de renonciation

L'adhérent peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter de la date à laquelle il est informé que l'adhésion au contrat est conclue. Cette date correspond à la date à laquelle il a signé le Bulletin d'adhésion, et au plus tard, à la date de présentation de la lettre recommandée avec avis de réception qui lui sera envoyée si Allianz Vie n'a pas reçu le Bulletin d'adhésion signé.



Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse du Centre de Service Clients figurant sur la présente demande d'adhésion.

Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus dans la demande d'adhésion ou la Notice d'information.

À réception de la lettre recommandée par Allianz Vie, l'adhésion et toutes ses garanties prennent fin.

La cotisation versée sera remboursée dans les 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée, déduction faite de la part de cotisation correspondant à la période du risque assuré pour les garanties de prévoyance.

### Modèle de lettre-type de renonciation

« Je soussigné(e) M. .... demeurant ..... renonce à mon adhésion n° ..... au contrat dénommé Allianz Prévoyance souscrit auprès d'Allianz Vie et demande le remboursement de ma cotisation de ..... euros.

Date et signature. »

En outre, si vous adhérez au contrat Allianz Prévoyance Travailleur Non Salaré à la suite d'un démarchage à domicile, vous avez également la possibilité de renoncer en application des dispositions issues de l'article L. 112-9 du Code des assurances décrites dans votre Notice d'information, en respectant le formalisme du modèle de lettre prévu ci-dessus.

## Attestation

L'adhérent reconnaît être informé :

- qu'aux termes de la réglementation applicable au dispositif réservé aux travailleurs non salariés non agricoles, toute personne qui demande son adhésion au contrat Allianz Prévoyance Travailleur Non Salaré doit être à jour des cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse correspondants à son statut professionnel,
- que le non respect de la réglementation l'expose d'une part, à la nullité de l'adhésion et donc à la remise en cause des déductions fiscales antérieurement réalisées et, d'autre part, à une peine d'amende applicable aux contraventions de 5<sup>e</sup> classe.

L'adhérent :

- Atteste pouvoir justifier être à jour des cotisations d'assurances maladie et vieillesse des travailleurs non salariés non agricoles (conformément à la réglementation en vigueur) par la production d'attestations en sa possession délivrées par les caisses d'assurance maladie et vieillesse concernées.
- Décharge en conséquence, Allianz Vie de toute responsabilité quant aux conséquences du non-respect de ce qui précède.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature :

## Déclaration de l'Adhérent(e) - Assuré(e) et signature

Conformément à l'Article L.112-2 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 L.113-8 (nullité de l'adhésion) et L.113-9 (réduction des prestations) du Code des assurances.

**L'adhérent soussigné reconnaît avoir reçu et pris connaissance de la Notice d'information Allianz Prévoyance Travailleur Non Salaré (référence DPP n°13-224) 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 Travailleur Non Salaré, 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) –Assuré(e)

Le représentant légal  
(le cas échéant)

## Modalité de paiement du versement à l'adhésion<sup>(1)</sup>

☐ 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 ☐ Mlle Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

☐ Personne morale : \_\_\_\_\_ et de son représentant

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

la somme de \_\_\_\_\_ EUR 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

## Réalisateurs

Mois de production [ ]

Matricule 1 [ ]

Nom \_\_\_\_\_

Qualité SAL [ ]

% Acquisition [ ]

<sup>(1)</sup> ☐ Conseiller suiveur

Matricule 2 [ ]

Nom \_\_\_\_\_

Qualité SAL [ ]

% Acquisition [ ]

Matricule 3 [ ]

Nom \_\_\_\_\_

Qualité SAL [ ]

% Acquisition [ ]

Matricule 4 [ ]

Nom \_\_\_\_\_

Qualité SAL [ ]

% Acquisition [ ]

## Commissionnement

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).



## Garanties<sup>(1)</sup>

### ☐ Décès toutes causes (accident et maladie)

☐ Fiscalité Madelin

Montant du capital constitutif de rente : \_\_\_\_\_ EUR.

☐ Fiscalité Vie

Montant du capital : \_\_\_\_\_ EUR.

Effet différé : ☐ oui ☐ non

Date d'effet : | | | | | | | |

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

### **DCTC / PTIA : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie**

Montant du capital : \_\_\_\_\_ EUR.

Date d'effet : | | | | | | | |

☐ Capital décès accident

Montant du capital : \_\_\_\_\_ EUR.

Effet différé : ☐ oui ☐ non

Date d'effet : | | | | | | | |

Capital décès accident/PTIA : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Montant du capital : \_\_\_\_\_ EUR.

Date d'effet : | | | | | | | |

☐ Double effet familial

Effet différé : ☐ oui ☐ non

Date d'effet : | | | | | | | |

☐ Rente de conjoint

Fiscalité Madelin

Effet différé : ☐ oui ☐ non

Date d'effet : | | | | | | | |

En cas de décès de l'assuré(e), une rente viagère d'un montant annuel de \_\_\_\_\_ EUR sera versée au bénéficiaire désigné ci-dessous :

Qualité : ☐ M. ☐ Mme

Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Date de naissance : | | | | | | | |

**Catégorie Sociale et Professionnelle :** \_\_\_\_\_

Rente de conjoint/PTIA : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'assuré(e), versement de la rente de conjoint selon les modalités évoquées ci-dessus.

☐ Rente éducation

Fiscalité Madelin

Effet différé : ☐ oui ☐ non

Date d'effet : | | | | | | | |

En cas de décès de l'assuré(e), une rente temporaire sera réglée à chaque enfant bénéficiaire suivant :

#### **1<sup>er</sup> enfant :**

Qualité : ☐ M. ☐ Mlle

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : | | | | | | | | à : \_\_\_\_\_ N° dépt : \_\_\_\_\_

Catégorie Sociale et Professionnelle : \_\_\_\_\_

Montant(s) annuel(s) de la/des rente(s) versée(s) à l'enfant :

☐ Montant constant : \_\_\_\_\_ EUR

☐ Montant par paliers définis :

☐ Montant par paliers choisis :

0 à 10 ans : \_\_\_\_\_ EUR

\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

11 à 17 ans : \_\_\_\_\_ EUR

\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

18 à 25 ans : \_\_\_\_\_ EUR

\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

#### **2<sup>e</sup> enfant :**

Qualité : ☐ M. ☐ Mlle

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : | | | | | | | | à : \_\_\_\_\_ N° dépt : \_\_\_\_\_

Catégorie Sociale et Professionnelle : \_\_\_\_\_

Montant(s) annuel(s) de la/des rente(s) versée(s) à l'enfant :

☐ Montant constant : \_\_\_\_\_ EUR

☐ Montant par paliers définis :

☐ Montant par paliers choisis :

0 à 10 ans : \_\_\_\_\_ EUR

\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

11 à 17 ans : \_\_\_\_\_ EUR

\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

18 à 25 ans : \_\_\_\_\_ EUR

\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

#### **3<sup>e</sup> enfant :**

Qualité : ☐ M. ☐ Mlle

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : | | | | | | | | à : \_\_\_\_\_ N° dépt : \_\_\_\_\_

Catégorie Sociale et Professionnelle : \_\_\_\_\_

Montant(s) annuel(s) de la/des rente(s) versée(s) à l'enfant :

☐ Montant constant : \_\_\_\_\_ EUR

☐ Montant par paliers définis :

☐ Montant par paliers choisis :

0 à 10 ans : \_\_\_\_\_ EUR

\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

11 à 17 ans : \_\_\_\_\_ EUR

\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

18 à 25 ans : \_\_\_\_\_ EUR

\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

#### **4<sup>e</sup> enfant :**

Qualité : ☐ M. ☐ Mlle

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : | | | | | | | | à : \_\_\_\_\_ N° dépt : \_\_\_\_\_

Catégorie Sociale et Professionnelle : \_\_\_\_\_

Montant(s) annuel(s) de la/des rente(s) versée(s) à l'enfant :

☐ Montant constant : \_\_\_\_\_ EUR

☐ Montant par paliers définis :

☐ Montant par paliers choisis :

0 à 10 ans : \_\_\_\_\_ EUR

\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

11 à 17 ans : \_\_\_\_\_ EUR

\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

18 à 25 ans : \_\_\_\_\_ EUR

\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

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

Paraphe Adhérent(e) – Assuré(e)

\_\_\_\_\_



**5<sup>e</sup> enfant :**Qualité : ☐ M. ☐ Mle Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N° dépt : \_\_\_\_

Catégorie Sociale et Professionnelle : \_\_\_\_\_

Montant(s) annuel(s) de la/des rente(s) versée(s) à l'enfant :

☐ Montant constant : \_\_\_\_\_ EUR

☐ Montant par paliers définis : \_\_\_\_\_ EUR

☐ Montant par paliers choisis : \_\_\_\_\_ EUR

0 à 10 ans : \_\_\_\_\_ EUR à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

11 à 17 ans : \_\_\_\_\_ EUR à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

18 à 25 ans : \_\_\_\_\_ EUR à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

**6<sup>e</sup> enfant :**Qualité : ☐ M. ☐ Mle Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N° dépt : \_\_\_\_

Catégorie Sociale et Professionnelle : \_\_\_\_\_

Montant(s) annuel(s) de la/des rente(s) versée(s) à l'enfant :

☐ Montant constant : \_\_\_\_\_ EUR

☐ Montant par paliers définis : \_\_\_\_\_ EUR

☐ Montant par paliers choisis : \_\_\_\_\_ EUR

0 à 10 ans : \_\_\_\_\_ EUR à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

11 à 17 ans : \_\_\_\_\_ EUR à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

18 à 25 ans : \_\_\_\_\_ EUR à \_\_\_\_\_ ans : \_\_\_\_\_ EUR

Rente éducation/PTIA : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'assuré(e), versement de la / des rente(s) éducation(s) selon les modalités évoquées ci-dessus.

☐ Indemnités journalières

Fiscalité Madelin (hors exonération)

Effet différé : ☐ oui ☐ non Date d'effet : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Libellé de la garantie	Durée de versement en jours	Causes d'arrêt de travail	Type d'IJ	Palier 1		Palier 2	
				Montant journalier	Franchise : Acc/Mal	Montant journalier	Franchise/Versement à partir du
<input type="checkbox"/> Indemnités journalières versées en cas d'accident	<input type="checkbox"/> 365 jours <input type="checkbox"/> 1095 jours	Sans objet	Constantes	_____ EUR	<input type="checkbox"/> 00/SO <input type="checkbox"/> 03/SO	Sans objet	
<input type="checkbox"/> Indemnités journalières versées en cas d'accident ou de maladie	<input type="checkbox"/> 365 jours <input type="checkbox"/> 1095 jours	<input type="checkbox"/> toutes <input type="checkbox"/> toutes sauf Dos et Psy	Constantes	_____ EUR	____/____/____		
<input type="checkbox"/> Indemnités journalières versées en cas d'accident ou de maladie	<input type="checkbox"/> 365 jours <input type="checkbox"/> 1095 jours	<input type="checkbox"/> toutes <input type="checkbox"/> toutes sauf Dos et Psy	<input type="checkbox"/> Progressives <input type="checkbox"/> Dégressives	_____ EUR	____/____/____	_____ EUR	____/____/____

**Exonération de la cotisation en cas d'incapacité**☐ Garantie hospitalisation

Montant journalier : \_\_\_\_\_ EUR.

Fiscalité Madelin

Effet différé : ☐ oui ☐ non Date d'effet : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_☐ Rente d'invalidité accident

Montant annuel : \_\_\_\_\_ EUR.

Fiscalité Madelin (hors exonération)

Effet différé : ☐ oui ☐ non Date d'effet : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_Taux d'invalidité à partir de : ☐ 15 % ☐ 33 %Barème choisi : ☐ standard ☐ spécifique☐ Rente d'invalidité accident maladie

Montant annuel : \_\_\_\_\_ EUR.

Fiscalité Madelin (hors exonération)

Effet différé : ☐ oui ☐ non Date d'effet : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_Taux d'invalidité à partir de : ☐ 15 % ☐ 33 %Causes d'invalidité : ☐ toutes ☐ toutes sauf Dos et PsyBarème choisi : ☐ standard ☐ spécifique☐ Capital invalidité accident<sup>(1)</sup>

Montant annuel : \_\_\_\_\_ EUR.

Effet différé : ☐ oui ☐ non Date d'effet : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_Barème choisi : ☐ standard ☐ spécifique☐ Capital invalidité accident maladie<sup>(1)</sup>

Montant annuel : \_\_\_\_\_ EUR.

Effet différé : ☐ oui ☐ non Date d'effet : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_Causes d'invalidité : ☐ toutes ☐ toutes sauf Dos et PsyBarème choisi : ☐ standard ☐ spécifique☐ Capital maladies redoutées

Montant du capital : \_\_\_\_\_ EUR.

Effet différé : ☐ oui ☐ non Date d'effet : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Exonération de la cotisation en cas d'invalidité

(1) Les garanties dont le versement s'effectue sous forme de capital n'ouvrent pas droit à la déduction fiscale dans les conditions fixées à l'article 154bis du Code général des impôts (fiscalité dite « Madelin »).

## 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 :  EUR

Montant de la cotisation annuelle à l'ANCORE (due à chaque 1<sup>er</sup> janvier) :  6,00 EUR

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

Périodicité de paiement et montant de votre cotisation<sup>(1)</sup> : ☐ annuelle ☐ semestrielle ☐ trimestrielle ☐ mensuelle  
(hors cotisations ANCORE)  EUR

Mode de recouvrement<sup>(2)</sup> : ☐ 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 :**

☐ Titulaire du RIB différent de l'adhérent ou gérant majoritaire :

<sup>(1)</sup> ☐ **Personne physique :**

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle Nom :  Prénom :

Adresse : N°  Rue/Bd/Av. :

Rés./Bât./Esc. :

Code postal  Commune :

**Références bancaires :** Banque :  Guichet :  N° de compte :  RIB :

<sup>(1)</sup> ☐ **Personne morale :**

Statut juridique :  Raison sociale :

N° SIREN/SIRET

Adresse : N°  Rue/Bd/Av. :

Rés./Bât./Esc. :

Code postal  Commune :

**Références bancaires :** Banque :  Guichet :  N° de compte :  RIB :

## Bénéficiaires des prestations

En cas de décès de l'assuré(e)<sup>(1)</sup> :

☐ Le conjoint non séparé de corps de l'assuré(e), à défaut les enfants nés ou à naître de l'assuré(e), par parts égales entre eux, celle du prédécédé revenant à ses descendants, à défaut de descendants les survivants desdits enfants, à défaut les héritiers de l'assuré(e).

☐ Les enfants nés ou à naître de l'assuré(e), par parts égales entre eux, celle du prédécédé revenant à ses descendants, à défaut de descendants les survivants desdits enfants à défaut les héritiers de l'assuré(e).

☐ Autre désignation :

à défaut les héritiers de l'assuré(e).

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), d'Incapacité, d'Invalidité, survenue d'une Maladie Redoutée ou d'Hospitalisation de l'assuré(e) : l'assuré(e).

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

- Je déclare ne pas avoir fumé au cours des 24 derniers mois.
- Je déclare également ne pas avoir arrêté de fumer pour des raisons médicales.
- 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(les) 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)



## Faculté de renonciation

L'adhérent peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter de la date à laquelle il est informé que l'adhésion au contrat est conclue. Cette date correspond à la date à laquelle il a signé le Bulletin d'adhésion, et au plus tard, à la date de présentation de la lettre recommandée avec avis de réception qui lui sera envoyée si Allianz Vie n'a pas reçu le Bulletin d'adhésion signé.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse du Centre de Service Clients figurant sur la présente demande d'adhésion.

Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus dans la demande d'adhésion ou la Notice d'information.

À réception de la lettre recommandée par Allianz Vie, l'adhésion et toutes ses garanties prennent fin.

La cotisation versée sera remboursée dans les 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée, déduction faite de la part de cotisation correspondant à la période du risque assuré pour les garanties de prévoyance.

### Modèle de lettre-type de renonciation

« Je soussigné(e) M. .... demeurant ..... renonce à mon adhésion n° ..... au contrat dénommé Allianz Prévoyance souscrit auprès d'Allianz Vie et demande le remboursement de ma cotisation de ..... euros.

Date et signature. »

En outre, si vous adhérez au contrat Allianz Prévoyance Travailleur Non Salaré à la suite d'un démarchage à domicile, vous avez également la possibilité de renoncer en application des dispositions issues de l'article L. 112-9 du Code des assurances décrites dans votre Notice d'information, en respectant le formalisme du modèle de lettre prévu ci-dessus.

## Attestation

L'adhérent reconnaît être informé :

- qu'aux termes de la réglementation applicable au dispositif réservé aux travailleurs non salariés non agricoles, toute personne qui demande son adhésion au contrat Allianz Prévoyance Travailleur Non Salaré doit être à jour des cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse correspondants à son statut professionnel,
- que le non respect de la réglementation l'expose d'une part, à la nullité de l'adhésion et donc à la remise en cause des déductions fiscales antérieurement réalisées et, d'autre part, à une peine d'amende applicable aux contraventions de 5<sup>e</sup> classe.

L'adhérent :

- Atteste pouvoir justifier être à jour des cotisations d'assurances maladie et vieillesse des travailleurs non salariés non agricoles (conformément à la réglementation en vigueur) par la production d'attestations en sa possession délivrées par les caisses d'assurance maladie et vieillesse concernées.
- Décharge en conséquence, Allianz Vie de toute responsabilité quant aux conséquences du non-respect de ce qui précède.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature :

## Déclaration de l'Adhérent(e) - Assuré(e) et signature

Conformément à l'Article L.112-2 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 L.113-8 (nullité de l'adhésion) et L.113-9 (réduction des prestations) du Code des assurances.

**L'adhérent soussigné reconnaît avoir reçu et pris connaissance de la Notice d'information Allianz Prévoyance Travailleur Non Salaré (référence DPP n°13-224) 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 Travailleur Non Salaré, 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) –Assuré(e)

Le représentant légal  
(le cas échéant)



## Modalité de paiement du versement à l'adhésion<sup>(1)</sup>

☐ 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 ☐ Mlle Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

☐ Personne morale : \_\_\_\_\_ et de son représentant

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

la somme de \_\_\_\_\_ EUR 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

## Clause informatique et libertés

### La protection de vos données personnelles

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](mailto: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 EUR.



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](mailto:clients@allianz.fr)

Allianz France adhère à la charte de la médiation de la Fédération Française de l'Assurance. Aussi, en cas de désaccord persistant et définitif, l'adhérent a la faculté, après épuisement des voies de traitement internes indiquées ci-dessus, de faire appel au Médiateur de l'Assurance dont les coordonnées sont les suivantes :

[www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org) ou LMA TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09,

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) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

## Coordonnées du Centre de Service Clients d'Allianz Vie

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

**Allianz Vie**  
Entreprise régie par le Code des assurances  
Société anonyme au capital de 643.054.425 €

1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex  
340 234 962 RCS Nanterre  
[www.allianz.fr](http://www.allianz.fr)

**ANCRE**  
ASSOCIATION NATIONALE pour la COUVERTURE  
des risques, la RETRAITE et l'EPARGNE  
Association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901  
Siège social : 48, rue de Provence - 75009 Paris  
[www.ancre-vie.com](http://www.ancre-vie.com)