

# Allianz Composio Budget/Allianz Composio Budget TNS

n° ORIAS

Affaire nouvelle  Remplacement ou avenant au contrat/adhésion N°

Réseau apporteur :  AG  APS  CT  AD

Nom apporteur

Code

Numéro de client

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

M  Mme  Mlle Nom  Prénom

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_ Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

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

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

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

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

## Choix du cadre contractuel

- Je demande à adhérer à l'Association de Prévoyance Santé (ADPS) et aux contrats collectifs souscrits par elle auprès d'Allianz IARD dans le cadre du dispositif exclusivement réservé aux Travailleurs Non Salariés non agricoles (article L144-1 du Code des assurances) et j'atteste sur l'honneur être à jour de cotisations au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse. Cotisation statutaire annuelle ADPS : \_\_\_\_\_ euros
- Je demande à souscrire le contrat individuel Composio Budget  Dans ce cadre, je souhaite adhérer à l'ADPS Cotisation statutaire annuelle ADPS : \_\_\_\_\_ euros

## Modalités de paiement

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

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

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

Adresse : \_\_\_\_\_

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

## Les personnes à garantir

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

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

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

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

Code garantie \_\_\_\_\_

(voir codification sur le barème) \_\_\_\_\_

(si assurance antérieure, merci de joindre les justificatifs) \_\_\_\_\_

Date d'effet souhaitée :  Cotisation annuelle TTC : \_\_\_\_\_ euros

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

Garantie Hospitalière "Classic"  \_\_\_\_\_ euros \_\_\_\_\_ euros \_\_\_\_\_ euros \_\_\_\_\_ euros \_\_\_\_\_ euros \_\_\_\_\_ euros

Garantie Hospitalière "Plus"  \_\_\_\_\_ euros \_\_\_\_\_ euros \_\_\_\_\_ euros \_\_\_\_\_ euros \_\_\_\_\_ euros \_\_\_\_\_ euros \_\_\_\_\_ euros

Date d'effet souhaitée :  Cotisation annuelle TTC : \_\_\_\_\_ euros

## Loi informatique et libertés

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

## Déclarations et signatures

- Je reconnais avoir pris connaissance des mentions et du modèle de lettre relatives à la faculté de renonciation prévue à l'article L 112-9 du Code des assurances, qui figurent page 7 du présent document.
- Je déclare avoir reçu et pris connaissance préalablement des notices d'informations Soins et Garantie hospitalière jointes au présent document.
- Je reconnais avoir reçu les informations présentant l'Association de Prévoyance Santé (ADPS) ainsi que son action sociale.
- Je déclare avoir répondu avec exactitude aux déclarations ci-dessus. Je certifie avoir été informé(e) de ce que toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive, toute omission ou déclaration inexacte de circonstances connues de moi entraîneraient l'application suivant le cas des sanctions prévues par les articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances, dont la nullité du contrat.

Fait le :  à \_\_\_\_\_

Signature du Représentant Allianz \_\_\_\_\_ Signature du Client avec la mention "Lu et approuvé"

## Documents à joindre obligatoirement

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

## Délai de transmission de la proposition

Elle doit être adressée à votre Centre de Service Client Santé, dès la date de souscription.

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