

Assurances Collectives

Prévoyance et Santé

Allianz
Direction des Opérations Collectives
Case Courrier 81359
28, rue de Bonnel
69435 Lyon Cedex 03

Allianz Vie
SA au capital de 643 054 425 euros
340 234 962 RCS Paris.
Allianz IARD
SA au capital de 938 787 416 euros
542 110 291 RCS Paris.

Entreprises régies par le Code des assurances.
Siège social : 87, rue de Richelieu - 75002 Paris
www.allianz.fr
Autorité chargée du contrôle d'Allianz :
Autorité de Contrôle des Assurances et
des Mutuelles - 61, rue Taitbout - 75009 Paris

Réservé à l'Assureur

Date

Visa

Exemplaire Assureur

Établissement			Entreprise adhérente		
N° Siret			N° Siret		
Adresse			Raison sociale		
Adresse			Adresse		
N° de contrat(s)					

Personne à assurer

N° de Sécurité sociale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Autres n°s d'identification

Nom usuel/marital Prénom Nom état civil

Né(e) le

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Sexe F M Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) PACS Concubin

Votre conjoint (concubin ou partenaire de PACS) est-il salarié? oui non Nombre d'enfants fiscalement à charge

Adresse

N° d'organisme d'affiliation à la Sécurité sociale

--	--	--	--	--	--	--	--

Situation professionnelle

Date d'entrée dans l'entreprise Date d'entrée dans l'établissement

Type de contrat de travail à durée indéterminée à durée déterminée du au

saisonnier du au

Catégorie :
 Cadre (préciser) Article 4 Article 4 bis Article 36 VRP depuis le

Non Cadre (préciser) VRP Employé Ouvrier Technicien depuis le

Agent de maîtrise Autre depuis le

Travaillez-vous à temps partiel: oui non Si oui, quel est votre temps de présence au travail %

Salaire annuel brut en euros Fonction dans l'entreprise

Êtes-vous actuellement en arrêt de travail? oui non Si oui, Arrêt total Arrêt partiel

Bénéficiez-vous du cumul emploi retraite? oui non

Autres employeurs éventuels

N° Siret	Raison sociale	Adresse													
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													

Employeur précédent

Si vous étiez couvert par un contrat Allianz, veuillez indiquer son numéro

Contrat Santé : famille de la personne à assurer

	Nom	Prénom	Date de naissance	Autre Mutuelle	N° Sécurité sociale	N° organisme Sécurité sociale																										
Conjoint, PACS ou Concubin ¹	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>														<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
1 ^{er} enfant	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>														<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
2 ^e enfant	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>														<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
3 ^e enfant	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>														<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
4 ^e enfant	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>														<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
Ascendant à charge	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>														<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													

1 Fournir pour le partenaire de PACS la convention de PACS visée par le tribunal d'instance et pour le concubin un certificat de vie commune. Au-delà du 4^e enfant, donner les informations sur papier libre. Pour les enfants ayant leur propre immatriculation, fournir un certificat de scolarité.

Contrat Santé : veuillez joindre votre relevé d'identité bancaire / épargne afin de permettre le règlement des prestations par virement automatique.

A le Cachet Employeur

Signature de la personne à assurer précédée de la mention « Lu et Approuvé » apposée de sa main, sans omettre de dater

Recommandations sur la rédaction de la désignation du bénéficiaire en cas de décès

Important

Terminez votre désignation de bénéficiaire en cas de décès par «à défaut mes héritiers».

Quel que soit le bénéficiaire choisi, il faut éviter de le désigner en utilisant son nom et sa qualité (ex : M. X, mon conjoint).

Désignation du conjoint

Il est préférable de ne pas nommer votre conjoint. Rédigez de la façon suivante : «mon conjoint non séparé de corps». Ainsi, en cas de remariage, le capital sera versé au dernier conjoint et en cas de divorce ou de séparation de corps, le capital reviendra au bénéficiaire de second rang.

Désignation du concubin ou du partenaire d'un PACS

Selon le cas, indiquez simplement «mon concubin» ou «partenaire lié par un PACS».

C'est la personne qui pourra justifier de cette qualité au moment du décès de l'Assuré qui pourra prétendre au bénéfice du capital.

Le concubin devra justifier de sa situation en produisant un certificat de vie commune.

Le partenaire d'un PACS devra communiquer la convention de PACS visée par le tribunal.

Désignation des enfants

Si vous nommez vos enfants cela exclura les enfants à naître. Selon le cas, préférez la formule suivante : «mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux», la part du prédécédé revenant à ses propres enfants ou à ses frères et sœurs s'il n'a pas d'enfant».

Désignation des parents

Vous pouvez retenir la formule suivante :

«mon père et ma mère par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant au survivant»,

ou si vous souhaitez désigner l'un de vos parents, «mon père, à défaut ma mère» (ou inversement).

Autres désignations

Si vous désignez plusieurs bénéficiaires, il est important de préciser le degré de priorité de chacun d'eux.

Cas n° 1 : vous souhaitez que le capital soit versé en totalité à la première personne désignée, et si celle-ci est décédée, à la suivante.

Rédigez de la façon suivante :

«Monsieur X ..., à défaut Madame Y ...»

Cas n° 2 : vous souhaitez que le capital soit réparti de façon égale entre les différents bénéficiaires.

Rédigez de la façon suivante :

«Monsieur X ..., Madame Y ... par parts égales entre eux.» **En cas de décès de l'un d'eux sa part reviendra au survivant.**

Cas n° 3 : vous souhaitez que le capital soit réparti de manière inégale entre les différents bénéficiaires, **dans la limite de 100 % du capital.**

Rédigez de la façon suivante :

«30 % à Monsieur X ..., 50 % à Madame Y ... 20 % à Monsieur Z ...».

Il est également utile de prévoir – en cas de prédécès des bénéficiaires que vous aurez désigné – le sort de la part lui revenant.

Information sur les modalités de la désignation

A tout moment, vous pouvez modifier la clause type ci-dessous (1^{re} formule) et désigner toute(s) personne(s) physique(s) ou morale(s) de votre choix par acte sous seing privé ou par acte authentique. Vous devrez nous informer par écrit de la désignation de bénéficiaire(s).

Le ou les changements de bénéficiaires doivent être portés à notre connaissance de manière identique, la clause bénéficiaire pouvant notamment être modifiée lorsqu'elle n'est plus appropriée.

Lorsque vous désignez nommément un (ou des) bénéficiaire(s), vous devez mentionner les coordonnées complètes de ce(s) dernier(s) (nom(s) (nom(s) de jeune fille), prénom(s), date(s) et lieu(x) de naissance, adresse(s)). Ces informations utilisées par Allianz Vie en cas de décès, sont nécessaires pour faciliter la recherche du bénéficiaire.

Information sur l'acceptation

La désignation d'un bénéficiaire devient irrévocable par l'acceptation de ce dernier dans les conditions prévues à l'article L 132-9 du Code des assurances : elle ne peut intervenir qu'avec votre accord. L'acceptation, faite par acte authentique ou sous seing privé signé par vous-même et le bénéficiaire, devra nous être notifiée pour prendre effet.

Désignation du bénéficiaire en cas de décès

1^{re} formule : j'opte pour la désignation type figurant ci-dessous.

En cas de décès, le capital sera attribué :

- au conjoint, non séparé de corps de l'Assuré marié, et à défaut au partenaire lié par un PACS,
- à défaut, aux enfants de l'Assuré nés ou à naître, par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant à ses propres enfants ou à ses frères et sœurs s'il n'a pas d'enfant,
- à défaut, les père et mère par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant au survivant,
- à défaut, aux héritiers.

ou 2^e formule : je n'opte pas pour la 1^{re} formule et désigne comme bénéficiaire

.....

.....

.....

En optant pour la 2^e formule, l'Assuré devra prévoir plusieurs bénéficiaires successifs en s'inspirant de la clause type et s'il souhaite une répartition exacte entre chacun des bénéficiaires, indiquer la part revenant à chacun et terminer la désignation par : à défaut mes héritiers.

A défaut de choix d'option, la 1^{re} formule sera appliquée.

Si vous souhaitez modifier ultérieurement cette clause, des imprimés spécifiques sont mis à votre disposition.

A le

Signature de la personne à assurer précédée de la mention «Lu et Approuvé» apposée de sa main, sans omettre de dater

Demande individuelle d'affiliation



Réservé à l'Assureur

Date

Visa

Exemplaire Assuré

Établissement	Entreprise adhérente
---------------	----------------------

N° Siret

Adresse

N° de contrat(s)

N° Siret

Raison sociale
Adresse

Personne à assurer

N° de Sécurité sociale Autres n°s d'identification

Nom usuel/marital Prénom Nom état civil

Né(e) le Sexe F M Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) PACS Concubin

Votre conjoint (concubin ou partenaire de PACS) est-il salarié? oui non Nombre d'enfants fiscalement à charge

Adresse

N° d'organisme d'affiliation à la Sécurité sociale

Situation professionnelle

Date d'entrée dans l'entreprise Date d'entrée dans l'établissement

Type de contrat de travail à durée indéterminée à durée déterminée du au
 saisonnier du au

Catégorie :

Cadre (préciser) Article 4 Article 4 bis Article 36 VRP depuis le
 Non Cadre (préciser) VRP Employé Ouvrier Technicien depuis le
 Agent de maîtrise Autre depuis le

Travaillez-vous à temps partiel : oui non Si oui, quel est votre temps de présence au travail %

Salaire annuel brut en euros Fonction dans l'entreprise

Êtes-vous actuellement en arrêt de travail? oui non Si oui, Arrêt total Arrêt partiel

Bénéficiez-vous du cumul emploi retraite? oui non

Autres employeurs éventuels

N° Siret	Raison sociale	Adresse

Employeur précédent

Si vous étiez couvert par un contrat Allianz, veuillez indiquer son numéro

Contrat Santé : famille de la personne à assurer

	Nom	Prénom	Date de naissance	Autre Mutuelle	N° Sécurité sociale	N° organisme Sécurité sociale
Conjoint, PACS ou Concubin ¹		
1 ^{er} enfant		
2 ^e enfant		
3 ^e enfant		
4 ^e enfant		
Ascendant à charge		

1 Fournir pour le partenaire de PACS la convention de PACS visée par le tribunal d'instance et pour le concubin un certificat de vie commune. Au-delà du 4^e enfant, donner les informations sur papier libre. Pour les enfants ayant leur propre immatriculation, fournir un certificat de scolarité.

Contrat Santé : veuillez joindre votre **relevé d'identité bancaire / épargne** afin de permettre le règlement des prestations par virement automatique.

A le Cachet Employeur

Signature de la personne à assurer précédée de la mention « Lu et Approuvé » apposée de sa main, sans omettre de dater

Votre interlocuteur habituel Allianz est en mesure d'étudier toutes vos demandes et réclamations. Si, un désaccord subsiste, vous pouvez adresser votre réclamation à Allianz - Médiation Assurances de personnes - Case Courrier 1304 - Tour Neptune - 20, place de Seine - 92086 La Défense Cedex. Enfin, en cas de désaccord définitif, vous pourrez faire appel au médiateur, dont nous vous fournirons les coordonnées, et ce sans préjudice des autres recours.

LIA05371 - V05/09 A - Imp08/09 - Réalisation Allo Scan