

**BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHESION
 FRAIS MEDICAUX**

Cadre réservé à l'employeur

Contrat N° _____ Date d'effet du contrat _____

____ Adhésion - Date d'entrée ____ C.D.D. - Date d'entrée ____ Date de fin ____

____ Modification - Date ____ Motif : _____

____ Radiation - Date ____ Motif : _____

Catégorie professionnelle : Cadre Non cadre Autre - à préciser _____

Assuré (e)

Nom _____ Prénom _____
 (texte en majuscules) (texte en majuscules)

Date de naissance ____ N° de Sécurité Sociale _____

Adresse _____

Code postal ____ Ville _____

Situation de famille : Célibataire Veuf Divorcé Marié Concubin

Composition de la famille à affilier

Nom / Prénom	Date de Naissance	N° Sécurité sociale
Conjoint / Concubin*	_____	_____
Enfant à charge	_____	_____
Enfant à charge	_____	_____
Enfant à charge	_____	_____
Enfant à charge	_____	_____
Enfant à charge	_____	_____

Mon conjoint est déjà bénéficiaire d'une assurance complémentaire santé : Oui Non

Je souhaite bénéficier (ainsi que ma famille, le cas échéant) du système de télétransmission des prestations santé : Oui Non

Documents à joindre IMPERATIVEMENT

- * Certificat de concubinage ou attestation sur l'honneur de vie commune accompagné (e) d'un justificatif de domicile
- Copie de l'attestation jointe à la carte VITALE de chaque bénéficiaire ayant son propre numéro de Sécurité Sociale (validité en cours). Le numéro de Sécurité Sociale des enfants est celui du parent auquel ils sont rattachés.
- Certificat de scolarité pour les enfants de plus de 16 ans
- Relevé d'identité bancaire ou postal

Certifié exact

Fait à _____ le _____

Signature de l'assuré(e)
 Précédée de la mention « lu et approuvé »

Cachet de l'entreprise

J'atteste l'exactitude des renseignements contenus dans ce document, m'engage à signaler toute modification et à restituer en cas de cessation de l'assurance les cartes ou attestations de prise en charge (tiers payant) qui m'auront été transmises tant pour moi-même que pour des membres de ma famille.

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

À 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.