



Contrat d'assurance de groupe établi entre l'association GAIPARE et Allianz Vie

N° adhésion
 Courtier _____ Code courtier N° ORIAS

Adhèrent(e) – Assuré(e)

(1) M. Mme Mlle Nom
 Prénom
 Nom de naissance _____ Nationalité _____
 Né(e) le à : commune ou pays _____ N° Dépt. _____
Représentant(s) légal(aux) de l'Adhèrent(e) – Assuré(e) (le cas échéant)
 (1) Administrateur légal Tuteur Curateur Nom et prénom/Raison sociale _____
À remplir en cas de changement de coordonnées ou de situation de l'Adhèrent(e) – Assuré(e)
 (1) Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e) Concubinage Pacsé(e)
 Profession et secteur d'activité _____
 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° _____ délivré(e) le à : _____
 OU Chèque bancaire tiré à partir du compte de l'Adhèrent(e) – Assuré(e)

Co-Adhèrent(e) – Co-Assuré(e) (en cas de co-adhésion)

(1) M. Mme Mlle Nom
 Prénom
 Nom de naissance _____ Nationalité _____
 Né(e) le à : commune ou pays _____ N° Dépt. _____
Représentant(s) légal(aux) du co-Adhèrent(e) – co-Assuré(e) (le cas échéant)
 (1) Administrateur légal Tuteur Curateur Nom et prénom/Raison sociale _____
À remplir en cas de changement de coordonnées ou de situation du co-Adhèrent(e) – co-Assuré(e)
 (1) Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e) Concubinage Pacsé(e)
 Profession et secteur d'activité _____
 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° _____ délivré(e) le à : _____
 OU Chèque bancaire tiré à partir du compte du co-Adhèrent(e) – co-Assuré(e)

Créancier titulaire d'une garantie (le cas échéant)

(1) M. Mme Mlle Personne morale/Statut juridique _____
 Nom et prénom/Raison sociale _____ Nom de naissance _____ Nationalité _____
 Né(e) le à : commune ou pays _____ N° Dépt. _____
 (1) Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e) Concubinage Pacsé(e)
 Profession et secteur d'activité _____
 N° SIREN/SIRET Code APE _____ Code VIP _____
 Correspondant personne morale (1) M. Mme Mlle Nom et prénom _____
 Adresse : N° _____ Rue/Bd/Av _____
 Rés., Bât. Esc. _____
 Code postal Commune _____ Pays _____

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

Paraphe Adhèrent(e) – Assuré(e)

Mise en place de l'option Gestion Profilée

Rappel : L'option Gestion Profilée est exclusive à toutes autres options d'arbitrages programmés.

Les orientations de gestion GAIPARE 30, GAIPARE 45, GAIPARE 60, GAIPARE 75 et GAIPARE 90 pour l'option Gestion profilée sont exclusives les unes des autres.

Si à la date d'effet de l'option Gestion Profilée, une ou des options d'arbitrages programmés sont en cours sur l'adhésion, celle(s)-ci est(sont) immédiatement interrompue(s).
L'Adhérent(e) – Assuré(e) souhaite mettre en place (1):

	Répartition du capital en % (*)
<input type="checkbox"/> L'option Gestion Profilée :	
Nom de l'orientation de gestion : (1) <input type="checkbox"/> GAIPARE 30 <input type="checkbox"/> GAIPARE 45 <input type="checkbox"/> GAIPARE 60 <input type="checkbox"/> GAIPARE 75 <input type="checkbox"/> GAIPARE 90	
Noms des supports « spécifiques »	
	_____ %
	_____ %
	_____ %
	_____ %
	_____ %
	_____ %
	_____ %
	_____ %
	_____ %
Total	_____ %

Modification de l'option Gestion Profilée

Rappel : L'option Gestion Profilée est exclusive à toutes autres options d'arbitrages programmés. Les orientations de gestion GAIPARE 30, GAIPARE45, GAIPARE 60, GAIPARE 75 et GAIPARE 90 pour l'option Gestion profilée sont exclusives les unes des autres.

Si à la date d'effet de l'option Gestion Profilée, une ou des options d'arbitrages programmés sont en cours sur l'adhésion, celle(s)-ci est(sont) immédiatement interrompue(s).

Actuellement en cours sur l'adhésion :

Option Gestion Profilée :

Orientation de gestion : GAIPARE 30 GAIPARE 45 GAIPARE 60 GAIPARE 75 GAIPARE 90



Modifications demandées par l'Adhérent(e) – Assuré(e) :

Option Gestion Profilée :

Nom de l'orientation de gestion (1): GAIPARE 30 GAIPARE 45 GAIPARE 60 GAIPARE 75 GAIPARE 90

Arrêt de l'option Gestion Profilée

L'Adhérent(e) – Assuré(e) souhaite mettre fin à : l'option Gestion Profilée

Conformément à la Notice d'information du contrat, la répartition du capital constitué entre les supports reste celle en vigueur à la date d'enregistrement de la demande d'arrêt d'option.

Demande d'arbitrage ponctuel :

L'Adhérent(e) – Assuré(e) ne souhaite pas conserver la répartition du capital constitué entre les supports en vigueur à la date d'enregistrement de la demande d'arrêt d'option mais souhaite modifier la répartition de son capital constitué au titre de son adhésion.

L'Adhérent(e) – Assuré(e) doit indiquer dans le tableau ci-dessous, à partir de l'Annexe descriptive présentant les caractéristiques principales des supports en vigueur, les supports choisis.

Le total des pourcentages indiqué doit être égal à 100 %.

Libellé des supports	Répartition du capital en % (*)
	_____ %
	_____ %
	_____ %
	_____ %
	_____ %
	_____ %
	_____ %
	_____ %
	_____ %
	_____ %
Total	_____ %

* Le montant par support doit respecter les minima propres à chacun des supports. Certains supports sont soumis à des restrictions d'investissement : reportez-vous à l'Annexe descriptive présentant les caractéristiques principales des supports en vigueur.

Allianz Vie ne s'engage que sur le nombre d'unités de compte, net de tous frais, mais pas sur leur valeur. La valeur de ces unités de compte, qui reflète la valeur d'actifs sous-jacents, n'est pas garantie mais est sujette à des fluctuations à la hausse ou à la baisse dépendant en particulier de l'évolution des marchés financiers.

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

Paraphe Adhérent(e) – Assuré(e)

Signature(s)

Pour les adhésions intervenues avant le 3 mars 2014, l'Adhérent(e) – Assuré(e) reconnaît avoir reçu et pris connaissance de l'avenant à la Notice d'information référencé VISA DPP 13-199.

L'Adhérent(e) – Assuré(e) reconnaît avoir pris connaissance de l'Annexe descriptive présentant les caractéristiques principales des supports en vigueur proposés au contrat.

À _____ Le | | | | | | | | | |

Signature de l'Adhérent(e) – Assuré(e)
précédée de la mention « Lu et Approuvé »

Signature du Co-adhérent(e) – Co-assuré(e) (le cas échéant)
précédée de la mention « Lu et Approuvé »

Nom et signature du créancier nanti (le cas échéant)
précédée de la mention « Lu et Approuvé »

Nom(s) et signature(s) du(des) représentant(s) légal(aux) (le cas échéant)
précédé(s) de la mention « Lu et Approuvé »

Réservé au Conseiller

Coordonnées du Centre de Service Clients

Allianz Direction des Opérations Vie
TSA 81003 - 67018 Strasbourg Cedex
Tél. : 0978 978 009

Clause Informatique et Libertés

Nous vous informons que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de la présente demande. Elles pourront, sauf opposition de votre part, aussi être utilisées par les différentes sociétés et partenaires du groupe Allianz en France et leurs réseaux, dans un but de prospection pour les produits qu'ils distribuent (assurances, produits bancaires et financiers, services).

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, 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 - Tour Neptune - Case Courrier 1304 - 20 place de Seine - 92086 Paris La Défense Cedex.



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



Contrat d'assurance de groupe établi entre l'association GAIPARE et Allianz Vie

N° adhésion
 Courtier _____ Code courtier N° ORIAS

Adhérent(e) – Assuré(e)

(1) M. Mme Mlle Nom
 Prénom
 Nom de naissance _____ Nationalité _____
 Né(e) le à : commune ou pays _____ N° Dépt. _____
Représentant(s) légal(aux) de l'Adhérent(e) – Assuré(e) (le cas échéant)
 (1) Administrateur légal Tuteur Curateur Nom et prénom/Raison sociale _____
À remplir en cas de changement de coordonnées ou de situation de l'Adhérent(e) – Assuré(e)
 (1) Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e) Concubinage Pacsé(e)
 Profession et secteur d'activité _____
 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° _____ délivré(e) le à : _____
 OU Chèque bancaire tiré à partir du compte de l'Adhérent(e) – Assuré(e)

Co-Adhérent(e) – Co-Assuré(e) (en cas de co-adhésion)

(1) M. Mme Mlle Nom
 Prénom
 Nom de naissance _____ Nationalité _____
 Né(e) le à : commune ou pays _____ N° Dépt. _____
Représentant(s) légal(aux) du co-Adhérent(e) – co-Assuré(e) (le cas échéant)
 (1) Administrateur légal Tuteur Curateur Nom et prénom/Raison sociale _____
À remplir en cas de changement de coordonnées ou de situation du co-Adhérent(e) – co-Assuré(e)
 (1) Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e) Concubinage Pacsé(e)
 Profession et secteur d'activité _____
 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° _____ délivré(e) le à : _____
 OU Chèque bancaire tiré à partir du compte du co-Adhérent(e) – co-Assuré(e)

Créancier titulaire d'une garantie (le cas échéant)

(1) M. Mme Mlle Personne morale/Statut juridique _____
 Nom et prénom/Raison sociale _____ Nom de naissance _____ Nationalité _____
 Né(e) le à : commune ou pays _____ N° Dépt. _____
 (1) Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e) Concubinage Pacsé(e)
 Profession et secteur d'activité _____
 N° SIREN/SIRET Code APE _____ Code VIP _____
 Correspondant personne morale (1) M. Mme Mlle Nom et prénom _____
 Adresse : N° _____ Rue/Bd/Av _____
 Rés., Bât. Esc. _____
 Code postal Commune _____ Pays _____

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

Paraphe Adhérent(e) – Assuré(e)

Mise en place de l'option Gestion Profilée

Rappel : L'option Gestion Profilée est exclusive à toutes autres options d'arbitrages programmés.

Les orientations de gestion GAIPARE 30, GAIPARE 45, GAIPARE 60, GAIPARE 75 et GAIPARE 90 pour l'option Gestion profilée sont exclusives les unes des autres.

Si à la date d'effet de l'option Gestion Profilée, une ou des options d'arbitrages programmés sont en cours sur l'adhésion, celle(s)-ci est(sont) immédiatement interrompue(s).

L'Adhèrent(e) – Assuré(e) souhaite mettre en place (1):

	Répartition du capital en % (*)
<input type="checkbox"/> L'option Gestion Profilée :	
Nom de l'orientation de gestion : (1) <input type="checkbox"/> GAIPARE 30 <input type="checkbox"/> GAIPARE 45 <input type="checkbox"/> GAIPARE 60 <input type="checkbox"/> GAIPARE 75 <input type="checkbox"/> GAIPARE 90	
Noms des supports « spécifiques »	
	_____ %
	_____ %
	_____ %
	_____ %
	_____ %
	_____ %
	_____ %
	_____ %
	_____ %
	_____ %
Total	_____ %

Modification de l'option Gestion Profilée

Rappel : L'option Gestion Profilée est exclusive à toutes autres options d'arbitrages programmés. Les orientations de gestion GAIPARE 30, GAIPARE 45, GAIPARE 60, GAIPARE 75 et GAIPARE 90 pour l'option Gestion profilée sont exclusives les unes des autres.

Si à la date d'effet de l'option Gestion Profilée, une ou des options d'arbitrages programmés sont en cours sur l'adhésion, celle(s)-ci est(sont) immédiatement interrompue(s).

Actuellement en cours sur l'adhésion :

Option Gestion Profilée :

Orientation de gestion :
 GAIPARE 30
 GAIPARE 45
 GAIPARE 60
 GAIPARE 75
 GAIPARE 90

Modifications demandées par l'Adhèrent(e) – Assuré(e) :

Option Gestion Profilée :

Nom de l'orientation de gestion (1):
 GAIPARE 30
 GAIPARE 45
 GAIPARE 60
 GAIPARE 75
 GAIPARE 90



Arrêt de l'option Gestion Profilée

L'Adhèrent(e) – Assuré(e) souhaite mettre fin à :
 L'option Gestion Profilée

Conformément à la Notice d'information du contrat, la répartition du capital constitué entre les supports reste celle en vigueur à la date d'enregistrement de la demande d'arrêt d'option.

Demande d'arbitrage ponctuel :

L'Adhèrent(e) – Assuré(e) ne souhaite pas conserver la répartition du capital constitué entre les supports en vigueur à la date d'enregistrement de la demande d'arrêt d'option mais souhaite modifier la répartition de son capital constitué au titre de son adhésion.

L'Adhèrent(e) – Assuré(e) doit indiquer dans le tableau ci-dessous, à partir de l'Annexe descriptive présentant les caractéristiques principales des supports en vigueur, les supports choisis.

Le total des pourcentages indiqué doit être égal à 100 %.

Libellé des supports	Répartition du capital en % (*)
	_____ %
	_____ %
	_____ %
	_____ %
	_____ %
	_____ %
	_____ %
	_____ %
	_____ %
	_____ %
Total	_____ %

* Le montant par support doit respecter les minima propres à chacun des supports. Certains supports sont soumis à des restrictions d'investissement : reportez-vous à l'Annexe descriptive présentant les caractéristiques principales des supports en vigueur.

Allianz Vie ne s'engage que sur le nombre d'unités de compte, net de tous frais, mais pas sur leur valeur. La valeur de ces unités de compte, qui reflète la valeur d'actifs sous-jacents, n'est pas garantie mais est sujette à des fluctuations à la hausse ou à la baisse dépendant en particulier de l'évolution des marchés financiers.

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

Paraphe Adhèrent(e) – Assuré(e)

Signature(s)

Pour les adhésions intervenues avant le 3 mars 2014, l'Adhérent(e) – Assuré(e) reconnaît avoir reçu et pris connaissance de l'avenant à la Notice d'information référencé VISA DPP 13-199.

L'Adhérent(e) – Assuré(e) reconnaît avoir pris connaissance de l'Annexe descriptive présentant les caractéristiques principales des supports en vigueur proposés au contrat.

À _____ Le | | | | | | | | | |

Signature de l'Adhérent(e) – Assuré(e)
précédée de la mention « Lu et Approuvé »

Signature du Co-adhérent(e) – Co-assuré(e) (le cas échéant)
précédée de la mention « Lu et Approuvé »

Nom et signature du créancier nanti (le cas échéant)
précédée de la mention « Lu et Approuvé »

Nom(s) et signature(s) du(des) représentant(s) légal(aux) (le cas échéant)
précédé(s) de la mention « Lu et Approuvé »

Réservé au Conseiller

Coordonnées du Centre de Service Clients

Allianz Direction des Opérations Vie
TSA 81003 - 67018 Strasbourg Cedex
Tél. : 0978 978 009

Clause Informatique et Libertés

Nous vous informons que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de la présente demande. Elles pourront, sauf opposition de votre part, aussi être utilisées par les différentes sociétés et partenaires du groupe Allianz en France et leurs réseaux, dans un but de prospection pour les produits qu'ils distribuent (assurances, produits bancaires et financiers, services).

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, 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 - Tour Neptune - Case Courrier 1304 - 20 place de Seine - 92086 Paris La Défense Cedex.



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



Contrat d'assurance de groupe établi entre l'association GAIPARE et Allianz Vie

N° adhésion

Courtier _____ Code courtier N° ORIAS

Adhérent(e) – Assuré(e)

(1) M. Mme Mlle Nom

Prénom

Nom de naissance _____ Nationalité _____

Né(e) le à : commune ou pays _____ N° Dépt. _____

Représentant(s) légal(aux) de l'Adhérent(e) – Assuré(e) (le cas échéant)

(1) Administrateur légal Tuteur Curateur Nom et prénom/Raison sociale _____

À remplir en cas de changement de coordonnées ou de situation de l'Adhérent(e) – Assuré(e)

(1) Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e) Concubinage Pacsé(e)

Profession et secteur d'activité _____

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° _____ délivré(e) le à : _____

OU Chèque bancaire tiré à partir du compte de l'Adhérent(e) – Assuré(e)

Co-Adhérent(e) – Co-Assuré(e) (en cas de co-adhésion)

(1) M. Mme Mlle Nom

Prénom

Nom de naissance _____ Nationalité _____

Né(e) le à : commune ou pays _____ N° Dépt. _____

Représentant(s) légal(aux) du co-Adhérent(e) – co-Assuré(e) (le cas échéant)

(1) Administrateur légal Tuteur Curateur Nom et prénom/Raison sociale _____

À remplir en cas de changement de coordonnées ou de situation du co-Adhérent(e) – co-Assuré(e)

(1) Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e) Concubinage Pacsé(e)

Profession et secteur d'activité _____

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° _____ délivré(e) le à : _____

OU Chèque bancaire tiré à partir du compte du co-Adhérent(e) – co-Assuré(e)

Créancier titulaire d'une garantie (le cas échéant)

(1) M. Mme Mlle Personne morale/Statut juridique _____

Nom et prénom/Raison sociale _____ Nom de naissance _____ Nationalité _____

Né(e) le à : commune ou pays _____ N° Dépt. _____

(1) Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e) Concubinage Pacsé(e)

Profession et secteur d'activité _____

N° SIREN/SIRET Code APE _____ Code VIP _____

Correspondant personne morale (1) M. Mme Mlle Nom et prénom _____

Adresse : N° _____ Rue/Bd/Av _____

Rés., Bât. Esc. _____

Code postal Commune _____ Pays _____

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

Paraphe Adhérent(e) – Assuré(e)

Mise en place de l'option Gestion Profilée

Rappel : L'option Gestion Profilée est exclusive à toutes autres options d'arbitrages programmés.

Les orientations de gestion GAIPARE 30, GAIPARE 45, GAIPARE 60, GAIPARE 75 et GAIPARE 90 pour l'option Gestion profilée sont exclusives les unes des autres.

Si à la date d'effet de l'option Gestion Profilée, une ou des options d'arbitrages programmés sont en cours sur l'adhésion, celle(s)-ci est(sont) immédiatement interrompue(s).

L'Adhérent(e) – Assuré(e) souhaite mettre en place (1):

		Répartition du capital en % (*)
<input type="checkbox"/> L'option Gestion Profilée :		
Nom de l'orientation de gestion : (1) <input type="checkbox"/> GAIPARE 30 <input type="checkbox"/> GAIPARE 45 <input type="checkbox"/> GAIPARE 60 <input type="checkbox"/> GAIPARE 75 <input type="checkbox"/> GAIPARE 90		
Noms des supports « spécifiques »		
		_____ %
		_____ %
		_____ %
		_____ %
		_____ %
		_____ %
		_____ %
		_____ %
		_____ %
		_____ %
Total		_____ %

Modification de l'option Gestion Profilée

Rappel : L'option Gestion Profilée est exclusive à toutes autres options d'arbitrages programmés. Les orientations de gestion GAIPARE 30, GAIPARE45, GAIPARE 60, GAIPARE 75 et GAIPARE 90 pour l'option Gestion profilée sont exclusives les unes des autres.

Si à la date d'effet de l'option Gestion Profilée, une ou des options d'arbitrages programmés sont en cours sur l'adhésion, celle(s)-ci est(sont) immédiatement interrompue(s).

Actuellement en cours sur l'adhésion :

Option Gestion Profilée :

Orientation de gestion : GAIPARE 30 GAIPARE 45 GAIPARE 60 GAIPARE 75 GAIPARE 90

Modifications demandées par l'Adhérent(e) – Assuré(e) :

Option Gestion Profilée :

Nom de l'orientation de gestion (1): GAIPARE 30 GAIPARE 45 GAIPARE 60 GAIPARE 75 GAIPARE 90



Arrêt de l'option Gestion Profilée

L'Adhérent(e) – Assuré(e) souhaite mettre fin à : l'option Gestion Profilée

Conformément à la Notice d'information du contrat, la répartition du capital constitué entre les supports reste celle en vigueur à la date d'enregistrement de la demande d'arrêt d'option.

Demande d'arbitrage ponctuel :

L'Adhérent(e) – Assuré(e) ne souhaite pas conserver la répartition du capital constitué entre les supports en vigueur à la date d'enregistrement de la demande d'arrêt d'option mais souhaite modifier la répartition de son capital constitué au titre de son adhésion.

L'Adhérent(e) – Assuré(e) doit indiquer dans le tableau ci-dessous, à partir de l'Annexe descriptive présentant les caractéristiques principales des supports en vigueur, les supports choisis.

Le total des pourcentages indiqué doit être égal à 100 %.

Libellé des supports	Répartition du capital en % (*)
	_____ %
	_____ %
	_____ %
	_____ %
	_____ %
	_____ %
	_____ %
	_____ %
	_____ %
	_____ %
	_____ %
	_____ %
	_____ %
	_____ %
	_____ %
Total	_____ %

* Le montant par support doit respecter les minima propres à chacun des supports. Certains supports sont soumis à des restrictions d'investissement : reportez-vous à l'Annexe descriptive présentant les caractéristiques principales des supports en vigueur.

Allianz Vie ne s'engage que sur le nombre d'unités de compte, net de tous frais, mais pas sur leur valeur. La valeur de ces unités de compte, qui reflète la valeur d'actifs sous-jacents, n'est pas garantie mais est sujette à des fluctuations à la hausse ou à la baisse dépendant en particulier de l'évolution des marchés financiers.

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

Paraphe Adhérent(e) – Assuré(e)

Signature(s)

Pour les adhésions intervenues avant le 3 mars 2014, l'Adhérent(e) – Assuré(e) reconnaît avoir reçu et pris connaissance de l'avenant à la Notice d'information référencé VISA DPP 13-199.

L'Adhérent(e) – Assuré(e) reconnaît avoir pris connaissance de l'Annexe descriptive présentant les caractéristiques principales des supports en vigueur proposés au contrat.

À _____ Le | | | | | | | | | |

Signature de l'Adhérent(e) – Assuré(e)
précédée de la mention « Lu et Approuvé »

Signature du Co-adhérent(e) – Co-assuré(e) (le cas échéant)
précédée de la mention « Lu et Approuvé »

Nom et signature du créancier nanti (le cas échéant)
précédée de la mention « Lu et Approuvé »

Nom(s) et signature(s) du(des) représentant(s) légal(aux) (le cas échéant)
précédé(s) de la mention « Lu et Approuvé »

Réservé au Conseiller

Coordonnées du Centre de Service Clients

Allianz Direction des Opérations Vie
TSA 81003 - 67018 Strasbourg Cedex
Tél. : 0978 978 009

Clause Informatique et Libertés

Nous vous informons que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de la présente demande. Elles pourront, sauf opposition de votre part, aussi être utilisées par les différentes sociétés et partenaires du groupe Allianz en France et leurs réseaux, dans un but de prospection pour les produits qu'ils distribuent (assurances, produits bancaires et financiers, services).

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, 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 - Tour Neptune - Case Courrier 1304 - 20 place de Seine - 92086 Paris La Défense Cedex.



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