

**ALIANS, 8 rue de Grande Bretagne - CS 20 601
77305 FONTAINEBLEAU cedex
☎ 01 85.480.481**

BULLETIN D'ADHESION AU CONTRAT 114241615

<p>NOM et Prénom :</p> <p>Entité Juridique :</p> <p>Adresse de correspondance :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Email :</p> <p>N° Téléphone :</p> <p>Date de Naissance : / /</p>	<p>Activité détaillée :</p> <p>Le cas échéant, nom de votre Fédération ou Syndicat :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	---

DATE D'EFFET :

Je demande l'adhésion à la GARANTIE PACK DU PRATICIEN pour une Responsabilité Civile Professionnelle et Responsabilité Civile Exploitation et Protection Juridique, Vie Professionnelle, Vie Privée

En plus de votre pack, possibilité de souscrire à des options complémentaires : (Voir Option A et B ci-dessous)

OPTION A : MULTIRISQUES LOCAL : Cocher l'option désirée qui s'ajoute au pack praticien				
Jusqu'à 40 m ² dans votre habitation	OPTION N°2 (Surface jusqu'à 50 m ²)	OPTION N°3 (Surface jusqu'à 100 m ²)	OPTION N°4 (Surface jusqu'à 150 m ²)	OPTION N°5 (Surface jusqu'à 250 M ²)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte d'exploitation incluse jusqu'à 80 000 € de CA	Perte d'exploitation incluse jusqu'à 80 000 € de CA	Perte d'exploitation incluse jusqu'à 80 000 € de CA	Perte d'exploitation incluse jusqu'à 80 000 € de CA	Perte d'exploitation incluse jusqu'à 80 000 € de CA
Adresse du local :				
.....				
Superficie :m ² Qualité Assuré : Propriétaire : <input type="checkbox"/> Locataire : <input type="checkbox"/> Sous-locataire : <input type="checkbox"/>				
OPTION B : Perte d'Exploitation si CA > 80 000 €				
Chiffre d'affaires annuel (en €) :X 0,8°/° du CA total				

Mode de paiement : **Annuel :** **Semestriel :** **Mensuel :** (joindre un RIB)

36 € de frais d'établissement du contrat

Merci de payer un acompte de 50 € soit en ligne, soit par chèque à l'ordre du Cabinet Alians.

Joindre la photocopie de l'attestation d'adhésion à votre organisme (Association Professionnelle, Fédération, Syndicat), la copie de vos diplômes ou certifications ainsi que le justificatif de votre installation professionnelle, et, le cas échéant, copie du bail professionnel.

Je soussigné(e) déclare n'avoir ni subi ou déclaré de sinistre (s) ni fait l'objet de réclamation (s) au titre de l'une des garanties désignées ci-dessus durant les 36 derniers mois.

⇒ *L'adhérent soussigné :*

- reconnaît avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information qui avec le bulletin d'adhésion composent le contrat d'assurances.

⇒ *L'adhérent soussigné :*

- reconnaît que les renseignements portés sur le bulletin d'adhésion en réponse aux questions posées par l'Assureur sont exacts,

- reconnaît être informé qu'il s'expose, en cas de réticence, de fausse déclaration, d'omission ou de déclaration inexacte, aux sanctions prévues par les articles L.113-8 (nullité du contrat) et L.113-9 (réduction de l'indemnité) du code des assurances quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur.

Sous peine des mêmes sanctions, toute modification de ces éléments doit être portée à la connaissance de l'Assureur.

⇒ *Pour l'adhérent, dans le bulletin d'adhésion*

Les données à caractère personnel concernant l'adhérent sont utilisées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution de ses contrats d'assurance.

Elles peuvent également être utilisées à des fins de gestion commerciale sauf opposition de sa part, de contrôle interne, de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, ainsi que de lutte contre la fraude à l'assurance. Ce dernier traitement peut entraîner une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Les données sont destinées à ALLIANZ responsable des traitements, et pourront être transmises, dans les limites de leurs habilitations, aux entités, mandataires et partenaires contractuellement ou statutairement liés à ALLIANZ et à des organismes professionnels.

L'adhérent dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes, en s'adressant par courrier au service réclamations clients ALLIANZ MEDINAT – ALIANS, 8 rue de Grande Bretagne 77300 FONTAINEBLEAU.

Si l'adhérent ne souhaite pas recevoir d'offre commerciale, il peut s'y opposer en cochant la case ci-dessous ou ultérieurement auprès du service réclamations clients ALLIANZ.

L'adhérent ne souhaite pas recevoir d'offre commerciale.

Fait à Le
Signature de L'Adhérent
Précédée de la mention « lu et approuvé »

Pour l'Assureur, par délégation
N° Orias 14 001 070

