

Assurances Collectives CCN du Sport  
Santé Affaire nouvelle  Transformation

Apporteur : Code      Réseau :  AG  AG DOM  CT  AEC

Nom \_\_\_\_\_

Adresse N° \_\_\_\_\_ Rue/Bd/Av \_\_\_\_\_

Rés., Bât., Esc., \_\_\_\_\_

Code postal      Commune \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ Tél. Portable \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Raison sociale et sigle de l'Entreprise N° SIRET/SIREN         Code NAF 

Nom du représentant de l'Entreprise \_\_\_\_\_

Adresse de l'Entreprise : N° \_\_\_\_\_ Rue/Bd/Av \_\_\_\_\_

Rés., Bât., Esc., \_\_\_\_\_

Code postal      Commune \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Nature de l'activité principale \_\_\_\_\_

Adresse pour la correspondance (s'il y a lieu) : N° \_\_\_\_\_ Rue/Bd/Av \_\_\_\_\_

Rés., Bât., Esc., \_\_\_\_\_

Code postal      Commune \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ Tél. Portable \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Filiale de \_\_\_\_\_

Convention Collective appliquée : **CCN du Sport** N° **2 5 1 1**

Catégorie de personnel à affilier : Ensemble du personnel

Effectif de l'entreprise \_\_\_\_\_

Date d'effet      (Premier jour du mois qui suit la date de réception du dossier complet auprès d'Apicil)

Voir page 2, les pièces à fournir constituant le dossier complet.

Contrat Santé		Taux de cotisation
Régime d'assurance maladie :	<input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Alsace Moselle	en % du plafond de la Sécurité sociale (PSS)
Type de cotisation :	Salarié	_____ %
	Choix du régime obligatoire collectif : <input type="checkbox"/> R1 <input type="checkbox"/> R2 + R1 <input type="checkbox"/> R3 + R1	
Référence de la plaquette présentant les garanties et tarifs : DIG19283.		

## Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de notre société est : l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

## La protection de vos données personnelles

Nous recueillons vos données personnelles et les utilisons pour la gestion de cette demande et pour notre relation commerciale. Elles sont destinées prioritairement aux entreprises du Groupe Allianz et à votre intermédiaire en assurance; mais également aux différents organismes et partenaires en lien avec les entreprises du Groupe Allianz. Ces destinataires se situent parfois en dehors de l'Union Européenne. Dans ce cas, nous concevons des garanties spécifiques pour assurer la protection complète de vos données.

Vos informations personnelles nous aident à mieux vous connaître, et ainsi à vous proposer des solutions et services qui vous correspondent. Nous les conservons tout au long de la vie de votre contrat. Une fois ce dernier fermé, elles sont conservées pendant le délai de prescription.

Vous gardez bien sûr tout loisir d'y accéder, de demander leur modification, rectification, portabilité ou effacement et de vous opposer à leur utilisation. Vous pouvez également prendre contact avec le responsable des données personnelles pour toute information ou contestation (loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978). Pour cela, il vous suffit de nous écrire par mail à [informatiqueetliberte@allianz.fr](mailto:informatiqueetliberte@allianz.fr), par courrier à l'adresse Allianz - Informatique et Libertés - Case courrier S1805 - 1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex.

Vous pouvez également vous adresser à la CNIL.

J'accepte de recevoir les offres commerciales personnalisées du Groupe Allianz «  Oui » «  Non »

Votre accord vaut pour les offres commerciales du Groupe Allianz en France et ses partenaires pour les services, les produits d'assurance, bancaires et financiers qu'ils distribuent. Le ciblage des offres commerciales peut être automatisé et basé sur des profils de clients ou de prospects.

Pour plus de détail, reportez-vous aux documents contractuels, notamment les dispositions générales ou notices d'information et les sites internet d'Allianz.

Protéger nos clients et nous protéger nous-mêmes est au cœur de la politique de maîtrise des risques d'Allianz et de la lutte anti-fraude. Aussi, nous gardons la possibilité de vérifier ces informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes.

Paraphe Adhérent(e)

Je, soussigné(e), (Nom, Prénom) \_\_\_\_\_

agissant en qualité de \_\_\_\_\_



certifie que :

- **sont exactes et sincères les informations portées ci-dessus et dans les listes jointes, relatives à la situation du personnel à assurer et reconnais être informé que toute omission ou déclaration inexacte, entraînerait soit l'application des sanctions prévues par les articles L. 113-8 et L 113-9 du Code des assurances dont la nullité du contrat, soit l'application de nouvelles conditions de poursuite du contrat,**
- la totalité des salariés présents et futurs concernés par cette demande seront affiliés sous réserve des cas de dispenses admis par la réglementation en vigueur,
- les garanties demandées sont conformes à la Convention Collective dont votre Entreprise relève, et/ou le cas échéant, au régime qu'elle a mis en place par accord collectif, référendum ou décision unilatérale de l'employeur,
- la catégorie de personnel à affilier visée ci-dessus est conforme aux dispositions des articles R. 242-1-1 et suivants du code de la Sécurité sociale.

Pour mémoire, le bénéfice de l'exonération des cotisations de Sécurité sociale sur vos contributions destinées au financement des garanties prévues par votre régime est subordonné à leur caractère collectif et obligatoire.

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance des dispositions générales du contrat et de l'information sur la couverture santé en page 2. Je joins à la présente demande les pièces indiquées ci-dessous « Pièces à fournir constituant le dossier complet ».

À \_\_\_\_\_ le | | | | | | | | | |

Signature et Cachet de l'Entreprise, précédés de la mention « Lu et approuvé »

### Pièces à fournir constituant le dossier complet

Joindre au présent bulletin d'adhésion les pièces suivantes :

#### Pour l'Entreprise

- Extrait du registre du commerce K bis
- Statuts de l'association signés ou certifiés conformes
- Photocopie de la carte d'identité du président de l'association

#### Pour chaque salarié

- Demande individuelle d'affiliation

L'interlocuteur habituel d'Allianz France est en mesure d'étudier toutes les demandes et réclamations. Si, au terme de cet examen, les réponses données ne vous satisfaisaient pas, vous pouvez adresser une réclamation à : Allianz Vie - Relations Clients - Case courrier S1803 - 1, cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex.

Courriel : [clients@allianz.fr](mailto:clients@allianz.fr).

Si vous n'êtes toujours pas satisfait de la réponse qui vous a été apportée après épuisement des voies de traitement internes indiquées ci-dessus, vous pouvez faire appel au Médiateur de l'assurance dont les coordonnées sont les suivantes :

TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.

Cette action n'aura aucun préjudice sur vos éventuelles autres voies d'actions légales.

### Information importante sur la couverture santé des salariés

#### • Les contrats responsables

L'article 56 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 et son décret d'application modifient les conditions que doivent remplir les contrats responsables en fixant de nouveaux plafonds mais également des plafonds de prise en charge sur certaines prestations de frais de soins.

Les contrats conclus ou renouvelés à compter du 1<sup>er</sup> avril 2015 devront respecter ces nouvelles conditions.

Si ce n'est déjà fait, vous devrez mettre en conformité votre régime et votre contrat d'assurance lors de la prochaine modification dudit régime afin que vous puissiez continuer à bénéficier des avantages sociaux et fiscaux attachés à votre contrat.

#### • La généralisation de la complémentaire santé à tous les salariés

La loi du 14 juin 2013 de sécurisation de l'emploi, conformément à l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013, généralise la couverture complémentaire santé à tous les salariés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 fixe les niveaux minimum de prise en charge.

Avant l'échéance du 1<sup>er</sup> janvier 2016, vous devez vérifier que votre (vos) régime(s) frais de santé répond(ent) aux conditions prévues par la loi de sécurisation de l'emploi et son décret d'application.

Allianz Vie  
Entreprise régie par le Code des assurances.  
Société anonyme au capital de 643 054 425 euros.

Siège social : 1, cours Michelet - CS 30051  
92076 Paris La Défense Cedex.  
340 234 962 RCS Nanterre.  
[www.allianz.fr](http://www.allianz.fr)

A2VIP  
Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale,  
enregistrée sous le numéro SIREN 803 795 038.  
Siège social : Tour de Lyon, 185 rue de Bercy – 75012 Paris

Paraphe Adhérent(e)

Assurances Collectives CCN du Sport  
Santé Affaire nouvelle  Transformation

Apporteur : Code      Réseau :  AG  AG DOM  CT  AEC

Nom \_\_\_\_\_

Adresse N° \_\_\_\_\_ Rue/Bd/Av \_\_\_\_\_

Rés., Bât., Esc., \_\_\_\_\_

Code postal      Commune \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ Tél. Portable \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Raison sociale et sigle de l'Entreprise N° SIRET/SIREN           Code NAF 

Nom du représentant de l'Entreprise \_\_\_\_\_

Adresse de l'Entreprise : N° \_\_\_\_\_ Rue/Bd/Av \_\_\_\_\_

Rés., Bât., Esc., \_\_\_\_\_

Code postal      Commune \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Nature de l'activité principale \_\_\_\_\_

Adresse pour la correspondance (s'il y a lieu) : N° \_\_\_\_\_ Rue/Bd/Av \_\_\_\_\_

Rés., Bât., Esc., \_\_\_\_\_

Code postal      Commune \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ Tél. Portable \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Filiale de \_\_\_\_\_

Convention Collective appliquée : **CCN du Sport** N° **2 5 1 1**

Catégorie de personnel à affilier : Ensemble du personnel

Effectif de l'entreprise \_\_\_\_\_

Date d'effet      (Premier jour du mois qui suit la date de réception du dossier complet auprès d'Apicil)

Voir page 2, les pièces à fournir constituant le dossier complet.

Contrat Santé		Taux de cotisation
Régime d'assurance maladie :	<input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Alsace Moselle	en % du plafond de la Sécurité sociale (PSS)
Type de cotisation :	Salarié	_____ %
	Choix du régime obligatoire collectif : <input type="checkbox"/> R1 <input type="checkbox"/> R2 + R1 <input type="checkbox"/> R3 + R1	
Référence de la plaquette présentant les garanties et tarifs : DIG19283.		

## Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de notre société est : l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

## La protection de vos données personnelles

Nous recueillons vos données personnelles et les utilisons pour la gestion de cette demande et pour notre relation commerciale. Elles sont destinées prioritairement aux entreprises du Groupe Allianz et à votre intermédiaire en assurance; mais également aux différents organismes et partenaires en lien avec les entreprises du Groupe Allianz. Ces destinataires se situent parfois en dehors de l'Union Européenne. Dans ce cas, nous concevons des garanties spécifiques pour assurer la protection complète de vos données.

Vos informations personnelles nous aident à mieux vous connaître, et ainsi à vous proposer des solutions et services qui vous correspondent. Nous les conservons tout au long de la vie de votre contrat. Une fois ce dernier fermé, elles sont conservées pendant le délai de prescription.

Vous gardez bien sûr tout loisir d'y accéder, de demander leur modification, rectification, portabilité ou effacement et de vous opposer à leur utilisation. Vous pouvez également prendre contact avec le responsable des données personnelles pour toute information ou contestation (loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978). Pour cela, il vous suffit de nous écrire par mail à [informatiqueetliberte@allianz.fr](mailto:informatiqueetliberte@allianz.fr), par courrier à l'adresse Allianz - Informatique et Libertés - Case courrier S1805 - 1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex.

Vous pouvez également vous adresser à la CNIL.

J'accepte de recevoir les offres commerciales personnalisées du Groupe Allianz «  Oui » «  Non »

Votre accord vaut pour les offres commerciales du Groupe Allianz en France et ses partenaires pour les services, les produits d'assurance, bancaires et financiers qu'ils distribuent. Le ciblage des offres commerciales peut être automatisé et basé sur des profils de clients ou de prospects.

Pour plus de détail, reportez-vous aux documents contractuels, notamment les dispositions générales ou notices d'information et les sites internet d'Allianz.

Protéger nos clients et nous protéger nous-mêmes est au cœur de la politique de maîtrise des risques d'Allianz et de la lutte anti-fraude. Aussi, nous gardons la possibilité de vérifier ces informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes.

Paraphe Adhérent(e)

Je, soussigné(e), (Nom, Prénom) \_\_\_\_\_

agissant en qualité de \_\_\_\_\_



certifie que :

- **sont exactes et sincères les informations portées ci-dessus et dans les listes jointes, relatives à la situation du personnel à assurer et reconnais être informé que toute omission ou déclaration inexacte, entraînerait soit l'application des sanctions prévues par les articles L. 113-8 et L 113-9 du Code des assurances dont la nullité du contrat, soit l'application de nouvelles conditions de poursuite du contrat,**
- la totalité des salariés présents et futurs concernés par cette demande seront affiliés sous réserve des cas de dispenses admis par la réglementation en vigueur,
- les garanties demandées sont conformes à la Convention Collective dont votre Entreprise relève, et/ou le cas échéant, au régime qu'elle a mis en place par accord collectif, référendum ou décision unilatérale de l'employeur,
- la catégorie de personnel à affilier visée ci-dessus est conforme aux dispositions des articles R. 242-1-1 et suivants du code de la Sécurité sociale.

Pour mémoire, le bénéfice de l'exonération des cotisations de Sécurité sociale sur vos contributions destinées au financement des garanties prévues par votre régime est subordonné à leur caractère collectif et obligatoire.

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance des dispositions générales du contrat et de l'information sur la couverture santé en page 2. Je joins à la présente demande les pièces indiquées ci-dessous « Pièces à fournir constituant le dossier complet ».

À \_\_\_\_\_ le | | | | | | | |

Signature et Cachet de l'Entreprise, précédés de la mention « Lu et approuvé »

### Pièces à fournir constituant le dossier complet

Joindre au présent bulletin d'adhésion les pièces suivantes :

#### Pour l'Entreprise

- Extrait du registre du commerce K bis
- Statuts de l'association signés ou certifiés conformes
- Photocopie de la carte d'identité du président de l'association

#### Pour chaque salarié

- Demande individuelle d'affiliation

L'interlocuteur habituel d'Allianz France est en mesure d'étudier toutes les demandes et réclamations. Si, au terme de cet examen, les réponses données ne vous satisfaisaient pas, vous pouvez adresser une réclamation à : Allianz Vie - Relations Clients - Case courrier S1803 - 1, cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex.

Courriel : clients@allianz.fr.

Si vous n'êtes toujours pas satisfait de la réponse qui vous a été apportée après épuisement des voies de traitement internes indiquées ci-dessus, vous pouvez faire appel au **Médiateur de l'assurance** dont les coordonnées sont les suivantes :

TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.

Cette action n'aura aucun préjudice sur vos éventuelles autres voies d'actions légales.

### Information importante sur la couverture santé des salariés

#### • Les contrats responsables

L'article 56 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 et son décret d'application modifient les conditions que doivent remplir les contrats responsables en fixant de nouveaux plafonds mais également des plafonds de prise en charge sur certaines prestations de frais de soins.

Les contrats conclus ou renouvelés à compter du 1<sup>er</sup> avril 2015 devront respecter ces nouvelles conditions.

Si ce n'est déjà fait, vous devrez mettre en conformité votre régime et votre contrat d'assurance lors de la prochaine modification dudit régime afin que vous puissiez continuer à bénéficier des avantages sociaux et fiscaux attachés à votre contrat.

#### • La généralisation de la complémentaire santé à tous les salariés

La loi du 14 juin 2013 de sécurisation de l'emploi, conformément à l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013, généralise la couverture complémentaire santé à tous les salariés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 fixe les niveaux minimum de prise en charge.

Avant l'échéance du 1<sup>er</sup> janvier 2016, vous devez vérifier que votre (vos) régime(s) frais de santé répond(ent) aux conditions prévues par la loi de sécurisation de l'emploi et son décret d'application.

Allianz Vie  
Entreprise régie par le Code des assurances.  
Société anonyme au capital de 643 054 425 euros.

Siège social : 1, cours Michelet - CS 30051  
92076 Paris La Défense Cedex.  
340 234 962 RCS Nanterre.  
[www.allianz.fr](http://www.allianz.fr)

A2VIP  
Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale,  
enregistrée sous le numéro SIREN 803 795 038.  
Siège social : Tour de Lyon, 185 rue de Bercy – 75012 Paris

Paraphe Adhérent(e)

Assurances Collectives CCN du Sport  
Santé Affaire nouvelle  Transformation

Apporteur : Code      Réseau :  AG  AG DOM  CT  AEC

Nom \_\_\_\_\_

Adresse N° \_\_\_\_\_ Rue/Bd/Av \_\_\_\_\_

Rés., Bât., Esc., \_\_\_\_\_

Code postal      Commune \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ Tél. Portable \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Raison sociale et sigle de l'Entreprise N° SIRET/SIREN           Code NAF 

Nom du représentant de l'Entreprise \_\_\_\_\_

Adresse de l'Entreprise : N° \_\_\_\_\_ Rue/Bd/Av \_\_\_\_\_

Rés., Bât., Esc., \_\_\_\_\_

Code postal      Commune \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Nature de l'activité principale \_\_\_\_\_

Adresse pour la correspondance (s'il y a lieu) : N° \_\_\_\_\_ Rue/Bd/Av \_\_\_\_\_

Rés., Bât., Esc., \_\_\_\_\_

Code postal      Commune \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ Tél. Portable \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Filiale de \_\_\_\_\_

Convention Collective appliquée : **CCN du Sport** N° **2 5 1 1**

Catégorie de personnel à affilier : Ensemble du personnel

Effectif de l'entreprise \_\_\_\_\_

Date d'effet      (Premier jour du mois qui suit la date de réception du dossier complet auprès d'Apicil)

Voir page 2, les pièces à fournir constituant le dossier complet.

Contrat Santé		Taux de cotisation
Régime d'assurance maladie :	<input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Alsace Moselle	en % du plafond de la Sécurité sociale (PSS)
Type de cotisation :	Salarié	_____ %
	Choix du régime obligatoire collectif : <input type="checkbox"/> R1 <input type="checkbox"/> R2 + R1 <input type="checkbox"/> R3 + R1	
Référence de la plaquette présentant les garanties et tarifs : DIG19283.		

## Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de notre société est : l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

## La protection de vos données personnelles

Nous recueillons vos données personnelles et les utilisons pour la gestion de cette demande et pour notre relation commerciale. Elles sont destinées prioritairement aux entreprises du Groupe Allianz et à votre intermédiaire en assurance; mais également aux différents organismes et partenaires en lien avec les entreprises du Groupe Allianz. Ces destinataires se situent parfois en dehors de l'Union Européenne. Dans ce cas, nous concevons des garanties spécifiques pour assurer la protection complète de vos données.

Vos informations personnelles nous aident à mieux vous connaître, et ainsi à vous proposer des solutions et services qui vous correspondent. Nous les conservons tout au long de la vie de votre contrat. Une fois ce dernier fermé, elles sont conservées pendant le délai de prescription.

Vous gardez bien sûr tout loisir d'y accéder, de demander leur modification, rectification, portabilité ou effacement et de vous opposer à leur utilisation. Vous pouvez également prendre contact avec le responsable des données personnelles pour toute information ou contestation (loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978). Pour cela, il vous suffit de nous écrire par mail à [informatiqueetliberte@allianz.fr](mailto:informatiqueetliberte@allianz.fr), par courrier à l'adresse Allianz - Informatique et Libertés - Case courrier S1805 - 1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex.

Vous pouvez également vous adresser à la CNIL.

J'accepte de recevoir les offres commerciales personnalisées du Groupe Allianz «  Oui » «  Non »

Votre accord vaut pour les offres commerciales du Groupe Allianz en France et ses partenaires pour les services, les produits d'assurance, bancaires et financiers qu'ils distribuent. Le ciblage des offres commerciales peut être automatisé et basé sur des profils de clients ou de prospects.

Pour plus de détail, reportez-vous aux documents contractuels, notamment les dispositions générales ou notices d'information et les sites internet d'Allianz.

Protéger nos clients et nous protéger nous-mêmes est au cœur de la politique de maîtrise des risques d'Allianz et de la lutte anti-fraude. Aussi, nous gardons la possibilité de vérifier ces informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes.

Paraphe Adhérent(e)

Je, soussigné(e), (Nom, Prénom) \_\_\_\_\_

agissant en qualité de \_\_\_\_\_



certifie que :

- **sont exactes et sincères les informations portées ci-dessus et dans les listes jointes, relatives à la situation du personnel à assurer et reconnais être informé que toute omission ou déclaration inexacte, entraînerait soit l'application des sanctions prévues par les articles L. 113-8 et L 113-9 du Code des assurances dont la nullité du contrat, soit l'application de nouvelles conditions de poursuite du contrat,**
- la totalité des salariés présents et futurs concernés par cette demande seront affiliés sous réserve des cas de dispenses admis par la réglementation en vigueur,
- les garanties demandées sont conformes à la Convention Collective dont votre Entreprise relève, et/ou le cas échéant, au régime qu'elle a mis en place par accord collectif, référendum ou décision unilatérale de l'employeur,
- la catégorie de personnel à affilier visée ci-dessus est conforme aux dispositions des articles R. 242-1-1 et suivants du code de la Sécurité sociale.

Pour mémoire, le bénéfice de l'exonération des cotisations de Sécurité sociale sur vos contributions destinées au financement des garanties prévues par votre régime est subordonné à leur caractère collectif et obligatoire.

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance des dispositions générales du contrat et de l'information sur la couverture santé en page 2. Je joins à la présente demande les pièces indiquées ci-dessous « Pièces à fournir constituant le dossier complet ».

À \_\_\_\_\_ le | | | | | | | |

Signature et Cachet de l'Entreprise, précédés de la mention « Lu et approuvé »

### Pièces à fournir constituant le dossier complet

Joindre au présent bulletin d'adhésion les pièces suivantes :

#### Pour l'Entreprise

- Extrait du registre du commerce K bis
- Statuts de l'association signés ou certifiés conformes
- Photocopie de la carte d'identité du président de l'association

#### Pour chaque salarié

- Demande individuelle d'affiliation

L'interlocuteur habituel d'Allianz France est en mesure d'étudier toutes les demandes et réclamations. Si, au terme de cet examen, les réponses données ne vous satisfaisaient pas, vous pouvez adresser une réclamation à : Allianz Vie - Relations Clients - Case courrier S1803 - 1, cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex.

Courriel : clients@allianz.fr.

Si vous n'êtes toujours pas satisfait de la réponse qui vous a été apportée après épuisement des voies de traitement internes indiquées ci-dessus, vous pouvez faire appel au Médiateur de l'assurance dont les coordonnées sont les suivantes :

TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.

Cette action n'aura aucun préjudice sur vos éventuelles autres voies d'actions légales.

### Information importante sur la couverture santé des salariés

#### • Les contrats responsables

L'article 56 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 et son décret d'application modifient les conditions que doivent remplir les contrats responsables en fixant de nouveaux plafonds mais également des plafonds de prise en charge sur certaines prestations de frais de soins.

Les contrats conclus ou renouvelés à compter du 1<sup>er</sup> avril 2015 devront respecter ces nouvelles conditions.

Si ce n'est déjà fait, vous devrez mettre en conformité votre régime et votre contrat d'assurance lors de la prochaine modification dudit régime afin que vous puissiez continuer à bénéficier des avantages sociaux et fiscaux attachés à votre contrat.

#### • La généralisation de la complémentaire santé à tous les salariés

La loi du 14 juin 2013 de sécurisation de l'emploi, conformément à l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013, généralise la couverture complémentaire santé à tous les salariés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 fixe les niveaux minimum de prise en charge.

Avant l'échéance du 1<sup>er</sup> janvier 2016, vous devez vérifier que votre (vos) régime(s) frais de santé répond(ent) aux conditions prévues par la loi de sécurisation de l'emploi et son décret d'application.

Allianz Vie  
Entreprise régie par le Code des assurances.  
Société anonyme au capital de 643 054 425 euros.

Siège social : 1, cours Michelet - CS 30051  
92076 Paris La Défense Cedex.  
340 234 962 RCS Nanterre.  
[www.allianz.fr](http://www.allianz.fr)

A2VIP  
Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale,  
enregistrée sous le numéro SIREN 803 795 038.  
Siège social : Tour de Lyon, 185 rue de Bercy – 75012 Paris

Paraphe Adhérent(e)