



Formulaire d'intermédiation d'adresse

des intéressés à une solution d'assurance santé frontalier Allianz

1 Données personnelles

1.1 Personne à assurer

Prénom	Nom	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rue, N°	NPA / Localité	Pays
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° de contrat-cadre (7 chiffres)	Nom du contrat-cadre	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Profession	Employeur	Début de travail au
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone	Heure de contact	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.2 Conjoint/concubin

Prénom	Nom	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Profession	Employeur	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

1.3 Enfants

Prénom	Nom	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	Nom	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2 Indication conseiller/conseillère de vente de la CSS Assurance SA (à remplir par le / la conseiller / conseillère de vente CSS)

Numéro client (8 chiffres)	Prénom	Nom
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone	E-Mail	Agence générale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Je suis d'accord pour que les données ci-dessus soient transmises à Vigny Depierre Assurance (Agent général Allianz, N° ORIAS 11 062 845). Vigny Depierre Assurance est habilitée à transmettre à la CSS Assurance SA les données client provenant de l'intermédiation comme par exemple les données concernant le traitement du contrat, la couverture d'assurance etc.

Personne à assurer

Lieu	Date	Signature Intéressé
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu	Date	Signature Conseiller/Conseillère de vente CSS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Veuillez compléter et envoyer par Email à l'adresse suivante: info.frontaliers@css.ch