



SwissLife

# SwissLife Prévoyance Entreprises +

## Bulletin Individuel d'Adhésion

### Contrat collectif Santé

#### Votre interlocuteur commercial

Nom, prénom ou Raison sociale : .....

Code apporteur : ..... N° ORIAS : .....

Adresse : .....

Adresse e-mail : .....

N° tél. ....

Cachet de l'entreprise

#### Caractéristiques de votre contrat

Projet n° : ..... Contrat n° : .....

Souscrit par l'entreprise : .....

N° Siret de l'entreprise : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Date d'effet du contrat collectif : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

#### Bénéficiaires

- ☐ Le contrat santé ne prévoit pas la couverture des membres de votre famille : **dans ce cas ne complétez que la ligne « Salarié ».**
- ☐ Le contrat santé prévoit la couverture des membres de votre famille à titre obligatoire (prise en charge totale ou partielle par l'employeur) : **dans ce cas renseignez les coordonnées des personnes à affilier.**
- ☐ Le contrat santé prévoit la couverture des membres de votre famille à titre facultatif (coût à la charge exclusive du salarié) : **dans ce cas renseignez les coordonnées des personnes que vous souhaitez affilier.**

Sauf si vous êtes un ancien salarié en maintien de garantie : **dans ce cas, ne complétez que la ligne « Salarié ».**

#### Mode de paiement des garanties optionnelles

Le coût des garanties santé facultatives, dont le montant sera indiqué sur votre avis d'échéance, est à votre charge exclusive. Votre contrat prévoit que ce montant soit prélevé :

- ☐ Par votre employeur sur votre fiche de paie : **dans ce cas, vous n'avez pas de mandat SEPA à remplir.**
- ☐ Par l'assureur sur votre compte bancaire le dernier jour du mois : **dans ce cas, merci de remplir le mandat SEPA joint**  
Le coût de la garantie de base est quant à lui systématiquement prélevé sur votre fiche de paie, déduction faite de la part employeur.

#### Niveaux de garanties santé proposés au contrat

Vous optez pour vous (et éventuellement pour les bénéficiaires référencés ci-dessus) pour le niveau de garanties suivant :

- ☐ Niveau collectif de base (code : .....)
- ☐ Niveau optionnel 1 (code : .....)
- ☐ Niveau optionnel 2 (code : .....)
- ☐ Niveau optionnel 3 (code : .....)

#### Identification du salarié adhérent(e)

Date d'effet de l'adhésion : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

☐ M. ☐ Mme Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : | | | | | | | | Ville : .....

N° Tél. fixe : | | | | | | | | | | N° Tél. portable : | | | | | | | | | | N° Tél. professionnel : | | | | | | | | | |

Date de naissance : | | | | | | | |

Adresse e-mail : ..... @ .....

☐ J'accepte de recevoir des offres commerciales de la part des sociétés du groupe Swiss Life.Situation de famille : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Veuf (ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Autre situation

Nombre d'enfants à charge : | | | | |

Date d'entrée dans l'entreprise : | | | | | | | | Profession : .....

Ancien salarié en maintien de garantie : ☐ Oui ☐ Non, si Oui indiquez la date de début de vos droits : | | | | | | | |  
(qui correspond à votre date de sortie de l'entreprise)

SwissLife Prévoyance et Santé : Siège social : 7, rue Belgrand — 92300 Levallois-Perret. SA capital social de 150 000 000 €.

Entreprise régie par le Code des assurances. 322 215 021 RCS Nanterre — www.swisslife.fr



## Identification des bénéficiaires

Veuillez compléter le tableau au verso en fonction du cas de figure coché ci-dessous :

	Civilité / Nom / Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale
Salarié(e)			
	Activité : ..... Organisme d'affiliation : ..... Rang laser : .....		
Conjoint(e)			
	Activité : ..... Organisme d'affiliation : ..... Rang laser : .....		
1 <sup>er</sup> Enfant			
	Activité : ..... Organisme d'affiliation : ..... Rang laser : .....		
2 <sup>e</sup> Enfant			
	Activité : ..... Organisme d'affiliation : ..... Rang laser : .....		
3 <sup>e</sup> Enfant			
	Activité : ..... Organisme d'affiliation : ..... Rang laser : .....		
4 <sup>e</sup> Enfant			
	Activité : ..... Organisme d'affiliation : ..... Rang laser : .....		

Vous avez le droit de refuser la télétransmission des prestations santé, dans ce cas cochez la case ci-contre : ☐

## À compléter obligatoirement

- ☐ Je demande à adhérer au contrat collectif SwissLife Prévoyance Entreprises + pour les garanties souscrites par l'entreprise contractante et reconnais avoir pris connaissance de la notice d'information du contrat.
- ☐ Je reconnais l'exactitude des informations données et déclare être informé(e) que toute fausse déclaration ou réticence dans les réponses ci-avant pourrait entraîner la nullité du contrat, conformément au Code des assurances (article L 113-8).

Fait à ..... le .....

Signature de l'adhérent précédée de la mention «Lu et approuvé»

## Pièces à joindre impérativement à l'adhésion

- ☐ Ce **bulletin individuel d'adhésion** dûment complété et signé
- ☐ La copie de votre **attestation d'assuré social** ainsi que, le cas échéant, celle des membres de votre famille bénéficiaires de la garantie
- ☐ **RIB/IBAN** pour le versement des prestations par virement automatique sur votre compte bancaire
- ☐ Si vous avez une cotisation à votre charge (cf.1) : Une demande de mandat de prélèvement SEPA remplie et signée pour le prélèvement automatique des cotisations sur votre compte bancaire

Merci de retourner ce document, après l'avoir complété, signé et validé par votre employeur, à votre interlocuteur commercial

### Loi informatique et libertés

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, le responsable du traitement des informations recueillies est l'entité du Groupe Swiss Life mentionnée sur ce document. Les données sont utilisées pour la gestion et le suivi de vos dossiers par cette entité, et l'envoi de documents concernant les produits des sociétés du Groupe Swiss Life, destinataires, avec leurs mandataires, partenaires et réassureurs, de l'information. Elles sont également transmises aux destinataires habilités, notamment au sein du Groupe Swiss Life, afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et de l'application des obligations réglementaires et de la gestion des risques opérationnels, notamment la fraude à l'assurance. Le défaut de réponse aux informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement de votre dossier. Les données facultatives sont signalées. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, et du droit de vous opposer à leur traitement pour un motif légitime. Veuillez adresser vos demandes à la Direction Marketing de Swiss Life, 1 rue du Maréchal de Lattre de Tassigny - 59671 Roubaix Cedex 01. En cas de demandes liées à des données médicales, veuillez libeller celles-ci à l'attention du médecin-conseil, 7, rue Belgrand - 92300 Levallois-Perret. En cas de demandes liées à des données collectées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme le droit d'accès s'exerce, en application de l'article L. 561-45 du Code monétaire et financier, auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

>>> Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire

Produit concerné ..... N° de contrat .....

Nom, prénom et adresse du débiteur

## Compte à débiter

[illegible]

### Domiciliation (banque et agence)

## Identifiants créanciers SEPA de Swiss Life

- SwissLife Prévoyance et Santé : FR92ZZZ152099
- SwissLife Assurances de Biens : FR16ZZZ427783
- SwissLife Assurance et Patrimoine : FR71ZZZ299723

Référence unique du mandat

Elle vous est communiquée avec les documents contractuels

En signant ce formulaire de mandat :

- vous autorisez Swiss Life à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte ;
- et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Swiss Life.

Les parties conviennent d'un commun accord que Swiss Life vous informera de la mise en place des prélèvements au minimum dans un délai de 5 jours avant la date du premier prélèvement effectué.

Fait à ..... le | | | | 2 | 0 | |

Signature :

## Points de contact pour votre mandat de prélèvement SEPA

- Information, modification ou révocation du mandat : 0 825 317 317 (0,15 €/min.)
- Réclamation relative à un prélèvement effectué : 0 974 750 900

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, le responsable du traitement des informations recueillies est l'entité du groupe Swiss Life mentionnée sur ce document. Les données sont utilisées pour la gestion et le suivi de vos dossiers par cette entité, et l'envoi de documents concernant les produits des sociétés du groupe Swiss Life, destinataires, avec leurs mandataires, partenaires et réassureurs, de l'information. Elles sont également transmises aux destinataires habilités, notamment au sein du groupe Swiss Life, afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et de l'application des obligations réglementaires et de la gestion des risques opérationnels, notamment la fraude à l'assurance. Le défaut de réponse aux informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement de votre dossier. Les données facultatives sont signalées. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, et du droit de vous opposer à leur traitement pour un motif légitime. Veuillez adresser vos demandes à la Direction Marketing de Swiss Life, 1 rue du Maréchal de Lattre de Tassigny - 59671 Roubaix Cedex 01. En cas de demandes liées à des données médicales, veuillez libeller celles-ci à l'attention du médecin-conseil, 7, rue Belgrand - 92300 Levallois-Perret.