

SwissLife Prévoyance Entreprises + *Votre Plan de prévoyance collectif*

Votre dossier d'adhésion
SwissLife Prévoyance Entreprises +
*Contrat collectif d'assurance Prévoyance et/ou
Santé*

Etude réalisée le 10/05/2022

Pour :
Entreprise FK2
114 AV DES CHASSEENS
13120 GARDANNE
FRANCE
N° SIRET : 834307571 00010
Code NAF : 4791A Vente à distance sur catalogue
général
IDCC : 2198 CCN des entreprises de vente à
distance

Représentée par :
Monsieur FREDERIC KERHES
0609548682

Par votre interlocuteur commercial :

BARRIO CH ET MOLIE CELINE
1 AVENUE CLEMENT MONNIER
13960 SAUSSET LES PINS

Tél : 0442872635
E-Mail : saussetlespins@agence-swisslife.fr
ORIAS : 18003521
<http://www.orias.fr>



SwissLife

Votre assurance santé

Formalisation du conseil

Article L. 521-4 du Code des assurances

Votre interlocuteur commercial : BARRIO CH ET MOLIE CELINE

Code apporteur : 0055167

Adresse : 1 AVENUE CLEMENT MONNIER

13960 SAUSSET LES PINS

Téléphone : 0 4 4 2 8 7 2 6 3 5

E-mail : saussetlespins@agence-swisslife.fr

Numéro d'immatriculation ORIAS : 18003521

(ORIAS : 1, rue Jules Lefebvre, 75311 Paris Cedex 11 – <http://www.orias.fr>)

Nous vous informons que nous représentons exclusivement SwissLife, et nous tenons à votre disposition une gamme complète de produits et de services d'assurances.

La rémunération des Agents Généraux de SwissLife est composée :

- en relation avec le contrat conseillé, de commissions sur versements, incluses dans les cotisations,
- et éventuellement de rémunérations supplémentaires fondées sur leurs performances globales et la qualité de leur activité, destinées à refléter leur respect des règles de protection des intérêts de la clientèle, notamment en termes de conseils et de qualité de services.

Avant toute chose, nous attirons votre attention sur le fait que la fourniture d'une information complète et sincère de votre part est une condition indispensable à la délivrance d'un conseil adapté.

Le recueil des informations est effectué dans votre seul intérêt. En cas d'inexactitude, l'appréciation de votre situation ne pourrait être que partielle et remettrait en question la qualité de notre conseil.

Identification de votre entreprise

Raison sociale : FK2

Régime social des salariés : Régime Général

Adresse : 114 AV DES CHASSEENS

Code postal : 1 3 1 2 0 Ville : GARDANNE

Code NAF : 4791A - Vente à distance sur catalogue général

2198 - CCN des entreprises de vente à distance

L'entreprise relève de la CCN suivante :

Quelle est la date d'effet souhaitée de votre contrat ? 0 1 0 5 2 0 2 2

Expression de vos besoins et de vos exigences

Souhaitez-vous que votre contrat permette la couverture des ayants-droit de vos salariés ? ☒ Oui ☐ Non

Pour la couverture santé de vos collaborateurs, vous souhaitez une couverture :

- ☐ Uniquement pour garantir vos obligations relatives au panier de soins ANI
- ☐ Pour les minima de garanties fixées par la convention collective dont relève votre entreprise (offre CCN) ;
- ☒ Sur-mesure, avec des garanties que vous aurez librement choisies.

Dans le cadre d'une couverture sur-mesure, nous vous remercions de bien vouloir nous indiquer votre besoin de couverture pour vos collaborateurs, et dans quelle mesure vous souhaitez que ceux-ci soient couverts.

Vos besoins	Vos exigences
☒ Hospitalisation (maternité, forfait journalier hospitalier, honoraires...)	☐ Une couverture au niveau ANI « Panier de Soins » ☒ Une couverture améliorée
☒ Dentaire (soins, orthodontie, prothèses...)	☐ Une couverture au niveau ANI « Panier de Soins » ☒ Une couverture améliorée
☒ Optique (montures, lentilles remboursées par la Sécurité sociale...)	☐ Une couverture au niveau ANI « Panier de Soins » ☒ Une couverture améliorée
☒ Aides auditives	☐ Une couverture au niveau ANI « Panier de Soins » ☒ Une couverture améliorée
☒ Soins courants (honoraires médicaux et paramédicaux, analyses et examens de laboratoires, médicaments, matériel médical...)	☐ Une couverture au niveau ANI « Panier de Soins » ☒ Une couverture améliorée
☒ Autres garanties	☒ Module prévention (avec une prise en charge à moitié des dépenses de prévention sur prescription médicale et achat en pharmacie, à hauteur du forfait annuel choisi) ☐ Allocation obsèques de 3 500 €

SwissLife Prévoyance et Santé – Siège social : 7, rue Belgrand – 92300 Levallois-Perret

SA au capital social de 150 000 000 € – Entreprise régie par le Code des assurances – 322 215 021 RCS Nanterre – www.swisslife.fr

Au regard des informations que vous nous avez fournies, du recueil de vos besoins et de vos exigences, la souscription du (des) produit(s) :

SLPE+ Santé

nous semble appropriée.

Aussi, pour vous permettre de prendre votre décision en toute connaissance de cause, nous vous prions de bien vouloir trouver en pièce jointe un exemplaire des dispositions générales du contrat qui décrit précisément les garanties du contrat assorties des exclusions, le document d'information normalisé sur le produit d'assurance (fiche IPID), ainsi qu'un projet de demande de souscription, et le montant de la prime d'assurance.

En signant le présent document, je déclare et reconnais :

- que les informations recueillies dans le présent document sont sincères et exactes, et que le présent document retranscrit fidèlement mes exigences et mes besoins ;
- que les informations objectives sur le produit m'ont été fournies de manière compréhensible ;
- avoir pris connaissance des garanties du contrat proposé et accepter les éventuels écarts indiqués ci-avant, avec mes besoins et mes exigences ;
- avoir été informé(e) que toute modification, évolution postérieure portant sur mes besoins, mes souhaits ou ma situation personnelle tels que formulés dans le présent document, doit être portée sans délais à la connaissance de mon interlocuteur commercial afin qu'il puisse, le cas échéant, adapter son conseil ;
- avoir été informé(e) que l'absence, l'insuffisance ou l'inexactitude des réponses fournies aux questions posées a pour conséquence de rendre inadapté le conseil qui m'a été délivré ;
- que la remise de ce document m'a été proposée sur support papier ou autre support durable, et avoir choisi le support de communication approprié à ma situation.

Modalités d'exercice des réclamations

Votre premier interlocuteur est le signataire du présent document. Les coordonnées des services réclamations de Swiss Life et les modalités d'accès à la Médiation sont accessibles sur Internet : <http://www.swisslife.fr/Reclamations>

Une fois client, vous pourrez formuler une réclamation dans votre espace client My SwissLife, Rubrique « Nous contacter ».

Les coordonnées de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R) sont au jour du présent document : 4 place de Budapest - 75 436 PARIS Cedex 09 - Tel : 01 49 95 40 00 - courriel : Bibli@acpr.banque-france.fr - <https://acpr.banque-france.fr/>

Exemplaire Original

À GARDANNE le 1 | 0 | 0 | 5 | 2 | 0 | 2 | 2 |

☒ Accord du client

BARRIO CH ET MOLIE CELINE



SwissLife

SwissLife Prévoyance Entreprises +

Contrat réservé aux salariés et aux dirigeants relevant fiscalement des traitements et salaires

Demande de souscription établie le 1 | 0 | 0 | 5 | 2 | 0 | 2 | 2 |



Cadre réservé au conseiller

N° de client entreprise :

N° de contrat : | | | | | | | | | |

(uniquement si affaire nouvelle réalisée en délégation)

☒ Affaire nouvelle☐ Avenant au contrat n° | | | | | | | | | |

Délai validation BIA : | | 3 | jours

Code envoi documents : ☐ E-mail à l'entreprise ☐ Courrier à l'entreprise☐ E-mail à l'interlocuteur commercial ☒ Courrier à l'interlocuteur commercial

Votre interlocuteur commercial :

BARRIO CH ET MOLIE CELINE

Code : 0055167 N° ORIAS : 18003521...

**L'ensemble des réponses aux questions posées ci-après est obligatoire,
le défaut de réponse aura pour conséquence le non-examen de votre demande.**

Identification de l'entreprise

Forme juridique : SASU Raison sociale : FK2

Adresse de l'entité souscriptrice (siège social, établissement) :

Bureau - Étage - Service : Entrée - bât - immeuble - résidence :

Nom et n° de voie : 114 AV DES CHASSEENS

Lieu dit / hameau ou service postal (BP) :

Code postal - Ville : 1 | 3 | 1 | 2 | 0 | GARDANNE Pays : FRANCE

Date de création 0 | 9 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 8 N° SIRET 834307571 00010 Code NAF 4 | 7 | 9 | 1 | A |

Activité principale de l'entreprise : fabrication et vente de Tong Effectif total de l'entreprise 5

Identification du représentant signataire

☒ M ☐ Mme Nom : KERHES Nom de naissance : Prénoms : FREDERIC

Adresse (domicile) - Entrée-bât-immeuble-résidence :

N° et nom de voie : 114 AVENUE DES CHASSEENS

Lieu-dit/hameau ou service postal (B.P.) :

Code postal 1 | 3 | 1 | 2 | 0 | Ville : GARDANNE Pays : FRANCE

Date de naissance 2 | 6 | 0 | 6 | 1 | 9 | 7 | 0 Code postal de la ville de naissance 8 | 3 | 0 | 0 | 0 Nationalité : france

Commune de naissance : TOULON Pays de naissance : FRANCE

Numéro de Sécurité sociale :

N° Tél. fixe : 0 | 6 | 0 | 9 | 5 | 4 | 8 | 6 | 8 | 2 N° Tél. portable : 0 | 6 | 0 | 9 | 5 | 4 | 8 | 6 | 8 | 2 N° Tél. professionnel : 0 | 9 | 6 | 7 | 2 | 2 | 4 | 2 | 7 | 7

Adresse e-mail (obligatoire) : frederic.kehres@wanadoo.fr

N° de client (si le représentant est déjà assuré chez Swiss Life) :

Bénéficiaires Effectifs

Définition des bénéficiaires effectifs (article L.561-2-2 du code monétaire et financier) :

Le bénéficiaire effectif est défini comme la ou les personnes physiques qui possèdent ou contrôlent, directement ou indirectement, la société déclarante. En aucun cas, il ne peut s'agir d'une personne morale. Le bénéficiaire effectif est :

- soit, la ou les personnes physiques qui détiennent, directement ou indirectement, plus de 25 % du capital ou des droits de vote de la société déclarante ;
- soit, la ou les personnes physiques qui exercent, par d'autres moyens, un pouvoir de contrôle sur les organes de gestion, d'administration ou de direction de la société déclarante ou sur l'assemblée générale de ses associés ou actionnaires (il peut s'agir notamment d'une chaîne de détention indirecte majoritaire, d'un pacte d'actionnaires ou d'associés, d'une convention d'indivision, d'un groupe familial entre époux ou pacés et le cas échéant leurs enfants, d'un montage juridique...);
- soit, uniquement à défaut d'identification d'un bénéficiaire effectif selon les deux critères précédents, la ou les personnes physiques qui sont directement ou indirectement (par l'intermédiaire d'une ou plusieurs personnes morales) représentants légaux de la société déclarante.

Merci de nous indiquer le nombre de bénéficiaire(s) effectif(s) de l'entreprise souscriptrice : 1..... (obligatoire)

Si en tant que représentant signataire, vous êtes bénéficiaire effectif de l'entreprise, veuillez cocher la case ci-contre : ☒

Identification des bénéficiaires effectifs

Identification du bénéficiaire effectif 1

☒ M ☐ Mme Nom de naissance : kerhes..... Nom d'usage : KERHES.....
 Prénom(s) d'état civil : Prénom d'usage : FREDERIC.....
 Date de naissance : 2 6 0 6 1 9 7 0 Pays de naissance : FRANCE.....
 Numéro de Sécurité sociale : Nationalité : FRANCE.....
 Résidence principale : 114 AVENUE DES CHASSEENS.....
 Code postal : 1 3 1 2 0 Commune : GARDANNE..... Pays : FRANCE.....

Identification du bénéficiaire effectif 2 :

☐ M ☐ Mme Nom de naissance : Nom d'usage :
 Prénom(s) d'état civil : Prénom d'usage :
 Date de naissance : Pays de naissance :
 Numéro de Sécurité sociale : Nationalité :
 Résidence principale :
 Code postal : Commune : Pays :

Identification du bénéficiaire effectif 3 :

☐ M ☐ Mme Nom de naissance : Nom d'usage :
 Prénom(s) d'état civil : Prénom d'usage :
 Date de naissance : Pays de naissance :
 Numéro de Sécurité sociale : Nationalité :
 Résidence principale :
 Code postal : Commune : Pays :

Identification du bénéficiaire effectif 4 :

☐ M ☐ Mme Nom de naissance : Nom d'usage :
 Prénom(s) d'état civil : Prénom d'usage :
 Date de naissance : Pays de naissance :
 Numéro de Sécurité sociale : Nationalité :
 Résidence principale :
 Code postal : Commune : Pays :

Pour chacun des bénéficiaires effectifs, autres que le représentant signataire mentionné ci-dessus, une annexe référencée 13166

« Bénéficiaire effectif d'une personne morale (non vie) doit parvenir le plus rapidement à la Compagnie.

Identification de l'interlocuteur pour le contrat Santé (si différent du représentant légal)

☐ M ☐ Mme Nom : Prénom :
 Fonction : N° Tél. portable : N° Fax :
 Adresse e-mail professionnelle (obligatoire) :
 L'interlocuteur, en tant que correspondant privilégié dans l'entreprise, recevra un courriel de demande de validation pour chaque adhésion nouvelle de salarié.

Acte juridique de mise en place du régime

Le contrat doit obligatoirement avoir été mis en place par l'un des 3 modes visés à l'article L 911-1 du CSS.

L'entreprise relève de la convention collective suivante : CCN des entreprises de vente à distance.....

IDCC n° : 2198 Brochure n° :

Santé financière de l'entreprise* (zone réservée à l'assureur) : Date de évènement :

* Source : société.com, cette donnée est renseignée uniquement à titre indicatif

Catégorie du personnel à assurer

Effectif à assurer : 5 Âge moyen de l'effectif à assurer : 42 ans

L'effectif à assurer et l'âge moyen associé mentionnés ci-dessus comptabilisent les salariés appartenant à la catégorie du personnel à assurer y compris :
- les salariés couverts par un contrat individuel qui devront adhérer, à son échéance, au présent contrat (uniquement pour les contrats santé),
- les anciens salariés en cours de maintien de garanties au titre de la portabilité.

L'entreprise s'engage à faire affilier l'ensemble du personnel appartenant à la catégorie suivante, définie objectivement conformément à l'article R242-1-1 du CSS :

Ensemble du personnel ☒ Ensemble du personnel	
Ou catégorie définie par référence à la notion de « cadres » ou « non-cadres »⁽¹⁾ ☐ Les personnels cadres relevant de l'article 2.1 de l'ANI du 17 novembre 2017. ☐ Les personnels cadres et assimilés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017. ☐ L'ensemble constitué des personnels cadres et assimilés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017, ainsi que le personnel intégré à la catégorie des cadres par accord interprofessionnel, professionnel ou convention de branche agréé par la commission paritaire visée à l'article 3 de l'ANI du 17 novembre 2017.	☐ Les personnels ne relevant pas de l'article 2.1 de l'ANI du 17 novembre 2017. ☐ Les personnels ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017. ☐ L'ensemble constitué des personnels ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 7 novembre 2017 ni de la catégorie intégrée au personnel cadre par accord interprofessionnel, professionnel ou convention de branche agréé par la commission paritaire visée à l'article 3 de l'ANI du 17 novembre 2017.
Ou catégorie définie par référence à la notion de « tranche de rémunération »⁽¹⁾ ☐ Les personnels dont la rémunération est inférieure ou égale à (1, 2, 3, 4 ou 8) fois le plafond de la sécurité sociale ☐ Les personnels dont la rémunération est strictement supérieure à (1, 2, 3 ou 4) fois le plafond de la sécurité sociale ⁽⁴⁾	☐ Les personnels dont la rémunération est strictement inférieure à (1, 2, 3, 4 ou 8) fois le plafond de la sécurité sociale ☐ Les personnels dont la rémunération est supérieure ou égale à (1, 2, 3 ou 4) fois le plafond de la sécurité sociale
Ou catégorie définie par référence à la place dans la classification professionnelle^{(2) (3)} ☐ Salariés relevant de la catégorie : (préciser le libellé exact de la catégorie) définie par : ☐ convention ☐ accord professionnel ☐ accord interprofessionnel (barrer les mentions inutiles) (préciser le libellé exact de la convention ou l'accord professionnel ou interprofessionnel) du (n° IDCC.....). N'est visé que le premier niveau de classification des salariés.	
☐ Autre catégorie (visée aux 4° et 5° de l'article R242-1-1 du CSS ⁽²⁾) :	

⁽¹⁾ Pour une couverture santé, l'ensemble des salariés de l'entreprise doit être couvert

⁽²⁾ Pour une couverture santé, l'ensemble des salariés de l'entreprise doit être couvert et l'entreprise doit être en mesure d'apporter la justification du caractère objectif de la catégorie de salariée définie selon ce critère

⁽³⁾ Ce critère implique de ne retenir que les niveaux de classification formalisés dans la convention collective permettant d'identifier une catégorie professionnelle, la prise en compte systématique du premier niveau de la grille de classification pouvant s'avérer dans certains cas non pertinente en raison des rédactions mêmes des conventions (cf Lettre-circulaire Acof n°20150000045)

⁽⁴⁾ Les salariés dont la rémunération est supérieure ou égale à 8 Plafonds ne peuvent constituer à eux seuls une catégorie (article R.242-1-1 du Code de la Sécurité sociale)

Informations relatives aux cotisations

Les cotisations hors taxes comporte 25,09 % de frais*.

Le pourcentage des versements effectués par Swiss Life au titre de ses contrats de complémentaire santé responsables s'élève à 70,50 %**.

*Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles. L'année de référence retenue pour le calcul de ces frais est l'année 2020.

** Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties. L'année de référence retenue pour le calcul de ce ratio est l'année 2020.

Garanties Santé SwissLife Prévoyance Entreprises +

Date d'effet souhaitée 01/05/2022 ☒ Reprise concurrence

Régime d'assurance maladie : ☒ Général ☐ Local Alsace Moselle ☐ Agricole

Extension de la couverture santé aux ayants droit des salariés ? ☒ Oui ☐ Non

Si Oui, à quel titre ? ☐ Obligatoire⁽²⁾ ☒ Facultatif⁽³⁾

Niveau des garanties		Taux de cotisation		
		Sélectionner l'une des 4 expressions tarifaires ci-dessous et renseigner les taux afférents		
Sélectionner jusqu'à 5 formules optionnelles pour les salariés	Renseigner le choix des niveaux de garanties (ex : Ha100 Db200 Oa250 Ma300 P2 OB ou code garantie conventionnelle spécifique ⁽⁴⁾)	☐ Unique	—	—
		☐ Solo	Duo	Tribu
		☐ Adulte	Enfant	—
		☒ Isolé	Famille	—
Formule de base obligatoire	Ha175 Dc200 Oa200 Mb175 P2	1.55	3.57	
☒ Formule optionnelle 1	Ha225 Dc250 Oa250 Mb225 P2	0.33	0.76	
☒ Formule optionnelle 2	Ha275 Dc300 Oa300 Mb275 P2	0.68	1.55	
☒ Formule optionnelle 3	Ha325 Dc350 Oa350 Mb325 P2	0.97	2.25	
☒ Enveloppe commerciale intégrée d'un taux de . 15 . . . % (hors formules optionnelles)				

⁽²⁾ L'entreprise finance la couverture des ayants droit au même titre que celle des salariés.

⁽³⁾ Le salarié finance intégralement la formule de base des ayants droit.

⁽⁴⁾ Pour le cas des formules de garanties conventionnelles spécifiques, préciser l'intitulé de l'offre concernée : code tarifaire : S220..... (ex : restauration rapide)

Garanties Santé conventionnelles (CCN+)

Date d'effet souhaitée

Libellé commercial du produit

Régime d'assurance maladie : ☐ Général ☐ Local Alsace Moselle ☐ Agricole

Couverture des ayants droit non conventionnels ? ☐ Oui, à titre obligatoire⁽⁵⁾ ☐ Oui, à titre facultatif⁽⁶⁾

Niveau des garanties	Taux ou montant de cotisation				
	Expression tarifaire ⁽⁷⁾	Base	Option 1	Option 2	Option 3
☐ Formule conventionnelle					
☐ Formule améliorée 1					
☐ Formule améliorée 2					
☐ Formule améliorée 3					
☐ Formule conventionnelle +					
☐ Réduction Syntec - 35 ans ☐ Enveloppe commerciale intégrée d'un taux de % (hors formule conventionnelle)					

⁽⁵⁾ L'entreprise finance la couverture des ayants droit au même titre que celle des salariés.

⁽⁶⁾ Le salarié finance intégralement la formule de base des ayants droit.

⁽⁷⁾ A compléter en fonction du produit CCN+. Pour ce faire, reportez vous aux produits CCN+.

☐ Paiement unique : l'entreprise verse également à Swiss Life les cotisations relatives aux garanties facultatives (extension de la couverture aux ayants droit et/ou formule optionnelle). L'entreprise souscriptrice devra ensuite prélever ces cotisations sur le bulletin de paie de ses salariés adhérents.

Ce contrat a été souscrit dans le cadre d'un système de commercialisation à distance au sens de l'article L112-2-1 du Code des assurances :

☐ Oui ☒ Non

Mode d'affiliation des salariés à assurer, y compris les anciens salariés en cours de maintien de garanties au titre de la portabilité

☐ Affiliation par bulletins individuels d'adhésion : Le souscripteur joint les bulletins individuels d'adhésion pour chacun des salariés.

Mode de paiement des cotisations

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu.

Prélèvement automatique ☒ Oui ☐ Non Si Oui, préciser le ☐ 5° ☒ 10° ☐ dernier jour du mois

Compléter une demande de mandat de prélèvement SEPA et joindre un relevé d'identité bancaire (RIB/IBAN).

J'accepte, en cas de rejet de prélèvement automatique, que les frais éventuels facturés par l'organisme financier restent à ma charge.

Les taux de cotisation ci-dessus sont valables 3 mois et sont donnés à titre indicatif sous réserve d'acceptation technique et médicale le cas échéant, et n'ont aucune valeur contractuelle. Tout règlement qui pourrait accompagner cette demande de souscription ne préjuge pas de l'engagement de l'assureur et tiendra lieu d'acompte lors de la régularisation du contrat.

Déclaration du représentant de l'entreprise

Je soussigné(e) **M. KERHES FREDERIC** représentant de l'entreprise dûment habilité, certifie :

- avoir pris connaissance et accepte les Dispositions Générales du contrat et ses annexes,
- être en mesure d'apporter la preuve de la remise de la Notice d'information, de ses annexes et de la convention d'assistance à chaque adhérent,
- que la catégorie de personnel est objectivement définie et que tous les membres de la catégorie sont adhérents au contrat (les catégories objectives de personnel sont normalement celles visées par le Décret du 9 janvier 2012 et par la circulaire n° DSS/SD5B/2013/344 du 25 septembre 2013), sauf éventuelles dispenses, dans les conditions prévues par la réglementation,
- que le régime a été mis en place selon l'un des modes prévus par la réglementation (article L.911.1 du CSS) à savoir : l'Accord collectif ou le Référendum ou la Décision unilatérale constatée dans un écrit remis par le chef d'entreprise à chaque adhérent ; qu'elle conserve les justificatifs écrits de cette mise en place ; et que le présent contrat est conforme avec le régime qui a été mis en place,
- qu'en cas de présence de mandataires sociaux dans la catégorie de personnel assurable, les dispositions réglementaires afférentes à leur statut ont été respectées lors de la mise en place du régime,
- qu'une participation patronale sur les cotisations (obligatoire) est appliquée,
- qu'en cas de mise en place du régime par décision unilatérale, je suis informé et reconnait que tout éventuel modèle de décision unilatérale émanant de Swiss Life est délivré exclusivement à titre d'information. La mise en place de la décision unilatérale et son contenu sont de la responsabilité de mon entreprise,
- m'engager à joindre les bulletins individuels d'adhésion pour chacun des salariés pour le contrat santé,
- l'exactitude des renseignements portés sur le présent document, et le cas échéant sur les listes du personnel annexées,
- m'engager à signaler à la Compagnie toute évolution de situation relative à ces renseignements et listes de personnel qui aurait lieu entre la date de signature de la présente demande de souscription et la date d'effet du contrat,
- reconnaître 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,
- que l'entreprise souscriptrice ne fait l'objet d'aucune procédure collective (procédure de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaire),
- avoir reçu et pris connaissance du document d'information normalisé sur le produit d'assurance susvisé.

Je déclare :

- accepter que la demande de souscription ainsi que, le cas échéant, tout autre document se rapportant à la vie du contrat, puisse être communiquée sous format électronique, notamment à l'adresse e-mail renseignée au sein de la présente demande ;
- que la communication d'informations et de documents par voie électronique est adaptée à ma situation et que je dispose des moyens techniques nécessaires me permettant d'en prendre connaissance ;
- avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est donnée de m'opposer à tout moment et par tout moyen à l'utilisation d'un support durable autre que le papier, et du droit que je détiens de demander, sans frais, qu'un support durable papier soit utilisé pour la poursuite de la relation commerciale.

Fait à **GARDANNE** le **10/05/2022**

Signature de l'entreprise

☒ Accord de l'entreprise

Pièces à joindre

■ Par l'entreprise au moment de la souscription :

- ☐ Cette **demande de souscription** dûment remplie, datée et signée par l'entreprise.
- ☐ Une **demande de mandat de prélèvement SEPA** remplie et signée, le cas échéant pour le prélèvement automatique des cotisations.

■ Par les salariés au moment de la souscription :

- ☐ Le passage par chaque salarié ou ancien salarié en cours de maintien de garantie, sur le portail BIA (**bulletin individuel d'adhésion**) afin de compléter et signer l'adhésion
- ☐ Les **RIB/IBAN** pour les versements des prestations.
- ☐ La **demande de mandat de prélèvement SEPA** des salariés pour le paiement des cotisations en cas de garanties facultatives (uniquement si l'entreprise a opté pour un paiement direct de ces cotisations par prélèvement sur le compte bancaire des salariés).

SwissLife Assurance
et Patrimoine
Siège social :
7, rue Belgrand
92300 Levallois-Perret
SA au capital social
de 169 036 086,38 €
Entreprise régie par
le code des assurances
341 785 632 RCS Nanterre

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



SwissLife



Demande de mandat de prélèvement SEPA

Prélèvement récurrent ou unique

>>> Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire

Produit concerné SwissLife Prévoyance Entreprises + N° de contrat

Nom, prénom et adresse du débiteur

SAS FK2

114 AVENUE DES CHASSEENS - 13120 - GARDANNE - FRANCE

Compte à débiter

IBAN F R 7 6 1 4 6 0 7 0 0 2 5 3 6 8 8 2 1 9 9 0 6 8 8 6 4

Domiciliation (banque)

CCBPRPPMAR

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 GARDANNE le 1 0 0 5 2 0 2 2

Signature :

☒ Signature du souscripteur / adhérent

Points de contact pour votre mandat de prélèvement SEPA

- Information, modification ou révocation du mandat : **0 825 317 317** Service 0,18 € / min
prix appel
- 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.

Notre politique de protection des données à caractère personnel incarne les valeurs essentielles de Swiss Life : l'attention, la sérénité et la fiabilité. Elle se traduit au quotidien par la mise en œuvre de mesures, de normes et de règles strictes pour en assurer la sécurité physique et logique, conformément aux évolutions réglementaires. Vous pouvez en prendre connaissance sur notre site Internet : <http://www.swisslife.fr/Protection-des-donnees> ou demander que le document vous soit envoyé à l'adresse e-mail que vous nous indiquerez.

SwissLife Assurance et Patrimoine

Siège social : 7, rue Belgrand

92300 Levallois-Perret

SA au capital social de 169 036 086,38 €

Entreprise régie par le Code des assurances

341 785 632 RCS Nanterre

SwissLife Prévoyance et Santé

Siège social : 7, rue Belgrand

92300 Levallois-Perret

SA au capital social de 150 000 000 €

Entreprise régie par le Code des assurances

322 215 021 RCS Nanterre

SwissLife Assurances de Biens

Siège social : 7, rue Belgrand

92300 Levallois-Perret

SA au capital social de 80 000 000 €

Entreprise régie par le Code des assurances

391 277 878 RCS Nanterre

Mandat de résiliation

Offre santé collective

Je soussigné(e)

Mme/M. Monsieur KERHES FREDERIC

Ayant tous pouvoirs pour représenter et engager la société :

FK2

Déclare vouloir résilier notre (nos) contrat(s) santé détenu(s) actuellement auprès de la Compagnie :

Nom de l'assureur précédent : APIVIA

Adresse : 108 RUE RONSARD CS87323 37000 TOURS France

Numéro de contrat : 8000001716/401213

Nom du contrat : APIVIA PAR MACIF

Pour cela, je donne pouvoir et mandat à mon interlocuteur commercial, aux fins :

- de procéder aux formalités de résiliation de ce(s) contrat(s), au motif de la résiliation infra-annuelle visée à l'article L 113-15-2 du Code des assurances ;
- de réclamer à notre nom le(s) rapport(s) sur les comptes visés à l'article 15 de la loi Evin ;
- et d'être assuré auprès de Swiss Life pour le risque santé tel qu'il en résulte de notre entretien.

Fait à GARDANNE Le 1 | 0 | 0 | 5 | 2 | 0 | 2 | 2 |

Signature et cachet de l'entreprise

☒ Accord du client

Notre politique de protection des données à caractère personnel incarne les valeurs essentielles de Swiss Life : l'attention, la sérénité et la fiabilité. Elle se traduit au quotidien par la mise en œuvre de mesures, de normes et de règles strictes pour en assurer la sécurité physique et logique, conformément aux évolutions réglementaires. Vous pouvez en prendre connaissance sur notre site Internet : <http://www.swisslife.fr/Protection-des-donnees> ou demander que le document vous soit envoyé à l'adresse e-mail que vous nous indiquerez.

SwissLife Prévoyance et Santé – Siège social : 7, rue Belgrand – 92300 Levallois-Perret

SA au capital social de 150 000 000 € – Entreprise régie par le Code des assurances – 322 215 021 RCS Nanterre – www.swisslife.fr

Récapitulatif



Cette page récapitule les étapes de votre demande de souscription au contrat SLPE +

1. Identification de l'entreprise et de son représentant

- Présentation de la pièce d'identité valide du représentant signataire à l'interlocuteur commercial.
- Indication du numéro de téléphone et de l'adresse e-mail pour la signature Universign.

2. Démarrage du parcours de signature électronique

- Affichage d'une fenêtre sur le poste de travail de votre interlocuteur commercial ou sur votre propre écran numérique, indiquant le démarrage de la cinématique.
- Saisie du lieu de signature et clic sur le bouton « Démarrer ».
- Tout au long du parcours, les divers documents indiquant les droits et obligations respectifs des parties vous seront présentés (dispositions générales, fiche IPID, tableau de garanties, annexes...), ainsi que les garanties proposées.
- Des informations sur votre entreprise et vos membres de personnels à assurer vous seront demandées, pour être repris sur vos documents contractuels.

3. Formalisation du devoir de conseil

- Le recueil des besoins et exigences du candidat à l'assurance qui a été fait durant toutes les étapes précédentes et en avant-vente sera formalisé.

4. Dossier de souscription

- Récapitulatif des documents d'information précontractuelle.
- Signature de l'ensemble des documents contractuels et précontractuels (demande de souscription, devoir de conseil, mandat SEPA).

SwissLife Assurance et Patrimoine – Siège social : 7, rue Belgrand, 92300 Levallois-Perret – SA au capital social de 169 036 086,38 € – Entreprise régie par le Code des assurances – 341 785 632 RCS Nanterre

SwissLife Prévoyance et Santé – Siège social : 7, rue Belgrand, 92300 Levallois-Perret – SA au capital social de 150 000 000 € – Entreprise régie par le Code des assurances – 322 215 021 RCS Nanterre – www.swisslife.fr