

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 31/01/2023

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>



Votre assurance prévoyance

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 Swiss Life, et nous tenons à votre disposition une gamme complète de produits et de services d'assurances.

La rémunération des agents généraux de Swiss Life 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..... Pays : FRANCE.....

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 ? | 3 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 2 | 3 |

Expression de vos besoins et de vos exigences

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

☐ Pour la couverture des minima de garanties fixées par la convention collective dont vous relevez (offre CCN) ;

☒ Ou une couverture 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 personnels, et dans quelle mesure vous souhaitez que ceux-ci soient couverts.

Vos besoins	Vos exigences
☒ Capital décès	☒ Capital décès toutes causes ☒ Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) en % du Capital décès toutes causes ☒ Capital décès ou PTIA par accident en % du Capital décès toutes causes ☐ Capital décès ou PTIA par accident de circulation en % du Capital décès toutes causes ☒ Décès du conjoint survivant (Double Effet) en % du Capital décès toutes causes ☐ Prédéces du conjoint ☐ Frais d'obsèques
☐ Rente conjoint	☐ Rente conjoint en cas de décès ou PTIA de l'adhérent
☐ Rente éducation	☐ Rente éducation en cas de décès ou PTIA de l'adhérent ☐ Rente orphelin en cas de décès ou PTIA de l'adhérent en % de la Rente éducation ☐ Rente enfant handicapé en cas de décès ou PTIA de l'adhérent en % de la Rente éducation
☒ Maintien de revenus	☒ Incapacité temporaire de travail ☒ Invalidité ☐ Charges sociales patronales
☒ Assistance	☒ Assistance

Au regard des informations que vous nous avez fournies, du recueil de vos besoins et de vos exigences, la souscription du produit **SLPE+ Prévoyance** 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 SwissLife 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 - 75436 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 3 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 2 | 3 |

☒ Accord du client

BARRIO CH ET MOLIE CELINE



SwissLife Prévoyance Entreprises +

Contrat collectif à adhésion obligatoire

Demande de souscription établie le 3 1 0 1 2 0 2 3

Cadre réservé au conseiller

N° de client entreprise :

N° de contrat :
(uniquement si affaire nouvelle réalisée en délégation)

☒ Affaire nouvelle

☐ Avenant au contrat n°
Date d'effet souhaitée : 3 1 0 1 2 0 2 3

Code envoi documents : ☐ à l'apporteur ☐ à l'entreprise

Votre interlocuteur commercial :

BARRIO CH ET MOLIE CELINE

Code : 0055167... N° ORIAS : 18003521..

Identification de l'entreprise

57 - Société par actions simplifiée

Forme juridique : 57 - Société par actions simplifiée Raison sociale : FK2

Adresse de l'entité souscriptrice :

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

Nom et n° de voie : 114 AV. DES CHASSEENS

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

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

Effectif total de l'entreprise : 5 L'adresse du siège social de la société souscriptrice est située : ☐ en France ☐ à l'étranger*

*Dans le cas où l'adresse de l'entité est située à l'étranger, le document "Mandat pour souscription et suivi de contrat(s) de prévoyance et/ou santé" devra être dûment renseigné et transmis au Service client.
L'acceptation de la souscription dans ce cas précis sera soumise à la bonne complétude du document et l'envoi en Compagnie, ainsi que le respect de la procédure concernant les entreprises avec adresse à l'étranger.

Identification du représentant légal

☒ M ☐ Mme Nom : KERHES Nom de naissance : kerhes 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 (à remplir uniquement si vous faites partie du collègue assuré) :

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

N° Tél. portable professionnel : 0 6 0 9 5 4 8 6 8 2 Ce numéro est indispensable pour accéder à l'Espace Client MySwissLife.

Adresse e-mail : info@jet-tong.com

N° de client (si le représentant légal est déjà assuré chez Swiss Life) : PJ308043

Identification du représentant signataire habilité (si différent du représentant légal)

☐ M ☐ Mme Nom : Nom de naissance : Prénoms :

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

N° et nom de voie :

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

Code postal Ville : Pays :

Date de naissance :

N° Tél. fixe privé : N° Tél. fixe professionnelle :

N° Tél. portable professionnel : Ce numéro est indispensable pour accéder à l'Espace Client MySwissLife.

Adresse e-mail :

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

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

☐ M ☐ Mme Nom : Prénoms :
N° Tél. professionnel : | | | | | | | | | |
Adresse e-mail :

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 pacsés 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.

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
Santé financière de l'entreprise* (zone réservée à l'assureur) : Date de l'événement :
*Source : societe.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 : 44 ans
Avez-vous des salariés âgés de plus de 65 ans (inclus) ? Oui* Non
*Si oui, alors chaque salarié âgé de 65 ans et plus, devra fournir une copie de son contrat de travail et des 3 dernières fiches de paie, ainsi qu'un questionnaire de santé dûment renseigné.
Avez-vous des salariés dont le revenu annuel est supérieur à 500 000€ ? Oui* Non
*Si oui, alors chaque salarié concerné devra fournir une copie de son dernier avis d'imposition ainsi que la copie de sa dernière fiche de paie.

Pour l'effectif à assurer et le calcul de l'âge moyen (par millésime), seuls les membres du personnel appartenant à la catégorie du personnel à assurer y compris le personnel n'ayant pas acquis l'ancienneté requise pour bénéficier des garanties (hors anciens personnels en cours de maintien de garanties au titre de la portabilité) sont comptabilisés.

Existe-t-il un ou plusieurs membres du personnel en arrêt de travail / mi-temps thérapeutiques ? Oui Non
Avez-vous ou prévoyez-vous d'envoyer des salariés en expatriation ou détachement à l'étranger ? Oui Non
Condition d'ancienneté : 0 mois (maximum 12 mois) Nature de l'ancienneté : Branche Entreprise
La condition d'ancienneté est égale au nombre de mois d'ancienneté, dans l'entreprise ou dans la branche (Convention collective) dont il relève, requis par l'adhérent pour pouvoir bénéficier des garanties du contrat prévoyance.

L'éventuelle condition d'ancienneté fait partie du libellé de la catégorie et doit apparaître également dans l'acte juridique de mise en place du régime. 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

<i>Ou catégorie définie par référence à la notion de « cadres » ou « non-cadres »⁽¹⁾</i> ☐ 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.
<i>Ou catégorie définie par référence à la notion de « tranche de rémunération »⁽¹⁾</i> ☐ 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⁽⁵⁾	☐ 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
<i>Ou catégorie définie par référence à la place dans la classification professionnelle^{(2) (4)}</i> ☐ Membres du personnel 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 membres du personnel. ☐ Autre catégorie (visée aux 4° et 5° de l'article R242-1-1 du CSS⁽³⁾) :	

⁽¹⁾ Pour une couverture décès seule sans couverture arrêt de travail, l'ensemble des membres du personnel de l'entreprise doit être couvert.
⁽²⁾ Pour une couverture prévoyance, l'ensemble des membres du personnel de l'entreprise doit être couvert.
⁽³⁾ Pour une couverture prévoyance, l'entreprise doit être en mesure d'apporter la justification du caractère objectif de la catégorie de personnel définie selon ce critère.
⁽⁴⁾ 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 Acoss n°20150000045).
⁽⁵⁾ Les personnels 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).

Garanties Prévoyance SwissLife Prévoyance Entreprises +

En cas de demande de souscription avec présence d'arrêts de travail / mi-temps thérapeutiques :

- ☐ - Le contrat Swiss Life demandé comporte des garanties déjà présentes au contrat actuellement en place, et ce, parmi les 6 familles de garanties suivantes : décès, rente de conjoint, rente éducation, incapacité, invalidité et charges sociales ;
- et les arrêts de travail/mi-temps thérapeutiques en cours sont tous indemnisés par le précédent assureur.
- ☐ - Le contrat Swiss Life demandé comporte au moins un ajout de famille de garanties au contrat actuellement en place, et ce, parmi les 6 familles de garanties suivantes : décès, rente de conjoint, rente éducation, incapacité, invalidité et charges sociales ;
- et / ou les arrêts de travail/mi-temps thérapeutiques en cours ne sont pas tous indemnisés par le précédent assureur.

Ou
☒ La mise en place du contrat Swiss Life s'inscrit dans le cadre d'une création de régime de prévoyance

Couleur du feu commercial (zone réservée à l'assureur) : _____

Offre : ☐ Packagée ☒ À la carte

Produit : INTERPRO01 Version de produit : 2020-01 Code tarif : P200

Catégorie	Sous-catégorie	Critère	Assiette	Valeur de la prestation	Numéro d'offre
Capital décès	Capital décès toutes causes	Formule - Uniforme	T1	100,0 %	0001
Capital décès	Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) en % du Capital décès toutes causes		T1	100,0 %	0001
Capital décès	Capital décès ou PTIA par accident en % du Capital décès toutes causes		T1	100,0 %	0004
Capital décès	Décès du conjoint survivant (Double Effet) en % du Capital décès toutes causes		T1	100,0 %	0004
Maintien de revenus	Incapacité temporaire de travail	Franchise - 30A/30H/30M	T1	80,0 %	0021
Maintien de revenus	Invalidité	Formule - Standard	T1	80,0 %	0011
Assistance	Assistance		T1	Base	0001

Taux de cotisation annuel en % de l'assiette

	T1
Décès	0,25 %
Rente de conjoint	-
Rente éducation	-
Incapacité temporaire totale	0,23 %
Invalidité	0,34 %
Charges sociales	-
Autres	0,02 %
TOTAL	0,84 %

Taux de cotisation tenant compte d'une enveloppe d'un taux de 25%

Attention particulière à avoir pour les catégories de personnel définies par référence à la notion de « cadres » : vérifiez que l'obligation relative à la cotisation minimale de 1,5 % de la tranche A des salaires soit bien respectée ; soit par le biais de la couverture prévoyance ci-dessus soit par ailleurs (Article 1^{er} de l'ANI du 17/11/2017).

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.

Si vous avez opté pour le prélèvement automatique pour le paiement de vos cotisations, les prestations en cas d'arrêt de travail feront l'objet d'un virement bancaire sur le même compte, sauf mention contraire de votre part indiquée ci-dessous.
A compléter uniquement en cas de mention contraire :
Je souhaite que le paiement de mes éventuelles prestations soit effectué par :
☐ Virement sur un compte différent de celui des prélèvements : dans ce cas joindre un RIB/IBAN
☐ Chèque adressé à l'adresse de l'entreprise mentionnée en page 1.

Déclaration du représentant signataire de l'entreprise

Je soussigné(e) **M KERHES FREDERIC**
représentant de l'entreprise, dûment habilité, et ayant tous pouvoirs pour la signature des présentes, certifie :
• avoir reçu, pris connaissance et accepté les Dispositions Générales du contrat et ses annexes ;
• avoir reçu et pris connaissance de la Notice d'information, et être en mesure d'apporter la preuve de remise 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 30 juillet 2021 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 ; que l'entreprise 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 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 ;
• m'engager à joindre, soit un fichier comprenant la liste des adhérents ou les bulletins individuels d'adhésion pour chacun des membres du personnel. Les formalités et formulaires nécessaires à l'acceptation du risque doivent être complétés et transmis sous pli fermé par les membres du personnel à l'attention exclusive du médecin-conseil de la Compagnie ;
• 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'émission 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 (fiche IPID).

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 communiqué 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 **3 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 2 | 3**

Signature de l'entreprise ☒ Accord de l'entreprise

Traitement des membres du personnel en arrêt de travail /mi-temps thérapeutique

Les membres du personnel qui travaillent tout en étant en situation d'invalidité partielle ne sont pas considérés comme en arrêt de travail. En cas de :

- **reprise concurrence avec des familles de garanties toutes présentes au précédent contrat (parmi les 6 familles de garanties suivantes : décès, rente éducation, rente conjoint, incapacité, invalidité, charges sociales) :**
 - tout arrêt de travail/ mi-temps thérapeutique déclaré sur la présente demande de souscription ne fera pas l'objet d'une majoration du contrat, sous réserve que les arrêts de travail soient indemnisés par le précédent assureur,
 - une fois l'affaire enregistrée par la compagnie, tout sinistre survenant entre l'émission des dispositions particulières par la compagnie et la prise d'effet du contrat ne remettra pas en cause ce contrat et ne générera pas de prime unique.

En cas de :

- **reprise concurrence avec l'ajout d'au moins une nouvelle famille de garanties (parmi les 6 familles suivantes : décès, rente conjoint, rente éducation, incapacité, invalidité, charges sociales),**
- **reprise concurrence avec arrêt de travail/mi-temps thérapeutiques qui ne seraient pas indemnisés par le précédent assureur,**
- **création de régime :**
 - pour chacun des 3 cas pré-cités, et pour chaque membre du personnel en arrêt de travail /mi-temps thérapeutique avant la prise d'effet du contrat (déclaré à la souscription ou ultérieurement), il sera demandé un formulaire « Étude reprise d'arrêt de travail ». L'étude de ce ou ces formulaires, ainsi que des dispositions particulières du contrat précédent le cas échéant, pourra générer l'appel d'une prime unique.

Pièces à joindre

■ Par l'entreprise au moment de la souscription :

- ☐ cette **demande de souscription** dûment remplie, datée et signée, complétée le cas échéant **de la liste nominative d'affiliations** au contrat prévoyance ;
- ☐ une **demande de mandat de prélèvement SEPA** remplie et signée, le cas échéant pour le prélèvement automatique des cotisations ;
- ☐ fournir au conseiller au moment de la souscription : un **fichier avec la liste des adhérents ou un bulletin individuel d'adhésion** dûment complété et signé par chaque membre du personnel ou ancien membre du personnel en cours de maintien de garantie. Les BIA papier doivent être conservés par l'apporteur qui se chargera de les saisir manuellement lors de la souscription, si ce mode de saisie est choisi. Les adhérents pourront transmettre les informations complémentaires et éventuellement spécifier une clause bénéficiaire décès nominative par bulletin de modification ultérieurement à l'émission du contrat.

■ Par les membres du personnel à assurer au moment de la souscription :

- ☐ le **Questionnaire de santé** (modèle 5920), le cas échéant, dûment réalisé, rempli, datées, signé et placé dans l'enveloppe confidentielle à l'adresse de notre médecin-conseil.
Avant d'accepter le risque et émettre le contrat, l'assureur pourra demander des formalités médicales aux adhérents pour lesquels l'engagement financier en cas de décès (pour toute cotisation annuelle sur les risques décès / rente conjoint / rente éducation supérieur à 3 500 euros) serait important. Ce questionnaire de santé sera également demandé pour tous les salariés âgés de plus de 65 ans (inclus). Les adhérents concernés seront automatiquement identifiés avant l'émission du contrat et les formalités médicales dûment complétées seront indispensables pour poursuivre le processus de souscription.
À l'issue de l'étude des pièces médicales, le contrat pourra être accepté au tarif proposé ou à un tarif majoré et il pourra être refusé.
- ☐ une **copie du contrat de travail et des 3 dernières fiches de paie** pour tous les salariés âgés de 65 ans et plus.
- ☐ le **formulaire "Etude reprise d'arrêt de travail"** complété et fourni par chaque membre du personnel, ou ancien membre du personnel en cours de maintien de garantie, signalé en arrêt de travail. Cette pièce n'est nécessaire qu'en cas de création de régime de prévoyance ou cas de reprise à la concurrence avec l'ajout d'au moins une famille de garanties. Pour ce dernier cas de figure les **dispositions particulières de l'ancien contrat** doivent aussi être fournies afin d'évaluer au plus juste l'engagement financier relatif à l'écart de garanties supérieures.
- ☐ un **RIB/IBAN** en cas de mention contraire pour le virement des prestations prévoyance (cf. paragraphe Mode de paiement des cotisations).



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 3 1 0 1 2 0 2 3

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

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