

agéa prévoyance des salariés

Bulletin individuel d'affiliation au contrat collectif

Date d'effet de l'adhésion :

Souscrit auprès de :

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



Société de courtage d'assurances
Garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle
conformes aux dispositions du Code des assurances
30 rue Olivier Noyer - 75014 PARIS SA au
capital de 40 000 euros - RCS Paris B331 270 074
N° ORIAS : 07004811

Cachet de l'agence

Cadre réservé au représentant de l'agence

N° SIRET : N° du contrat :

Pour la catégorie de personnel :

- Ensemble du personnel Personnels cadres Art 2.1 de l'ANI du 17/11/2017
- Personnels cadres et assimilés Art 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17/11/2017
- Personnels cadres et assimilés Art 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17/11/2017 et personnel intégré à la catégorie cadre par convention
- Personnels ne relevant pas de l'Art 2.1 de l'ANI du 17/11/2017
- Personnels ne relevant pas des Art 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17/11/2017
- Personnels ne relevant pas des Art 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17/11/2017 ni ceux intégrés à la catégorie cadre par convention

Identification de l'adhérent(e)

M. Mme Nom d'usage* : Nom de naissance* :

Prénoms* : N° de Sécurité Sociale* :

Adresse* :

Code postal* : Ville* : Pays* :

Date de naissance* : Code postal de naissance :

Commune de naissance : Pays de naissance :

Situation de famille : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Concubin Veuf (ve) Divorcé(e) Autre situation

Nombre d'enfants à charge ⁽¹⁾ :

Date d'entrée dans l'agence* : Profession :

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

Adresse e-mail :

Statut actuel dans l'agence

Salaire brut annualisé* : euros

Ancien salarié en maintien de garantie / portabilité* : Oui Non

Si oui, indiquez la date d'ouverture de vos droits* (qui correspond à votre date de sortie de l'entreprise) :

Durée du dernier contrat de travail :

Salarié en arrêt de travail* : Oui Non **Si oui**, indiquez la date de suspension de votre contrat de travail* :

* données obligatoires

(1) La notion d'enfant à charge est définie au contrat souscrit par votre employeur.

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 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 – www.swisslife.fr

#YourLife

Dispositions relatives à l'assurance décès

● Les bénéficiaires du ou des capitaux décès

Le contrat prévoit le versement du capital en cas de décès de l'adhérent.

À défaut de désignation expresse de bénéficiaires ou si cette désignation est caduque, le bénéfice de la prestation est attribué selon la clause standard, soit par ordre de préférence :

- en priorité à son conjoint non séparé judiciairement, à défaut à son partenaire avec lequel il est lié par un pacte civil de solidarité ;
- à défaut, à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales ;
- à défaut, à ses héritiers.

Cette clause standard est appliquée par défaut.

Vous avez la possibilité de nous retourner le document « Désignation bénéficiaire(s) spécifique », accompagné de la copie de votre carte nationale d'identité.

Données conjoint

Nom : Nom de naissance :

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

Code postal de naissance : | | | | | | | | Commune de naissance : Pays de naissance :

Données enfants

Nom : Nom de naissance :

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

Code postal de naissance : | | | | | | | | Commune de naissance : Pays de naissance :

Nom : Nom de naissance :

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

Code postal de naissance : | | | | | | | | Commune de naissance : Pays de naissance :

Nom : Nom de naissance :

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

Code postal de naissance : | | | | | | | | Commune de naissance : Pays de naissance :

Avertissement - Conséquences possibles de l'acceptation du bénéficiaire

L'attention de l'adhérent doit être attirée sur le fait que le bénéficiaire puisse accepter le bénéfice de l'assurance.

L'acceptation doit obligatoirement être faite selon l'une des deux modalités suivantes :

- soit par un avenant signé de l'assureur, de l'adhérent et du bénéficiaire ;
 - soit par un acte authentique ou par un acte sous seing privé, signé seulement de l'adhérent et du bénéficiaire ;
- mais dans ce dernier cas, elle n'a d'effet à l'égard de l'assureur que lorsqu'elle lui a été notifiée par écrit.

L'acceptation ne peut intervenir que trente jours au moins à compter de l'adhésion au contrat.

Si un bénéficiaire accepte le bénéfice du contrat dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur, sa désignation devient irrévocable (article L.132-9 du Code des assurances).

À compléter obligatoirement

- Je demande à adhérer au contrat collectif pour les garanties souscrites par l'entreprise contractante et reconnais avoir reçu et 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 de mon adhésion au 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.
- Un formulaire « Étude reprise d'arrêt de travail » dûment complété si vous êtes en arrêt de travail au moment de la complétion de ce bulletin individuel d'adhésion. Cette pièce n'est nécessaire qu'en cas de création de régime de prévoyance (la catégorie n'était pas couverte auparavant) et cas de reprise à la concurrence à niveaux de garanties supérieurs ou avec garantie(s) supplémentaire(s). Dans le cas d'envoi d'informations médicales, celles-ci doivent être adressées sous pli confidentiel à l'attention exclusive du médecin conseil

Merci de retourner ce document, après l'avoir complété et signé :

- depuis votre Espace Client MySwissLife ;
- ou à l'adresse mail suivante : moncontrat.prevsante.entreprise@swisslife.fr ;
- ou à défaut à l'adresse suivante : Swiss Life – Service vie du contrat et des adhérents – CS 50003 – 59897 Lille Cedex 9

Dans le cadre de nos relations, Swiss Life est amenée à collecter vos données personnelles dans le respect du règlement général sur la protection des données (RGPD), de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et des référentiels édictés par la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés). Ces données sont ainsi utilisées pour répondre aux finalités suivantes : passation, gestion et exécution des contrats d'assurances ; lutte contre la fraude à l'assurance ; prospection commerciale. Ces informations sont nécessaires à l'exécution de mesures précontractuelles ou contractuelles ou au respect d'obligations légales. Leur fourniture conditionne la conclusion du contrat d'assurance. À défaut de communication, votre dossier pourra être refusé ou son délai de traitement retardé. Pour une information détaillée sur la gestion de vos données personnelles et l'exercice de vos droits, reportez-vous à notre politique de protection des données accessible en permanence sur notre site Internet et régulièrement actualisée, ou aux conditions générales de votre contrat d'assurance.