



SwissLife

SwissLife Prévoyance Entreprises + Offre Personnels des agences générales d'assurance

Demande de souscription

Contrat réservé aux salariés

Établie le



Délai validation BIA : _____ jours

Code envoi documents : E-mail à l'entreprise Courrier à l'entreprise

E-mail à l'interlocuteur commercial Courrier à l'interlocuteur commercial

Avenant au contrat n° _____

**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 : Raison sociale :

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

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

Nom et n° de voie :

Lieu dit / hameau ou service postal (BP) :

Code postal - Ville : _____ Pays :

Date de création _____ N° SIRET _____ Code NAF _____

Activité principale de l'entreprise : Effectif total de l'entreprise _____

Identification du représentant signataire

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 _____ Code postal de la ville de naissance _____ Nationalité :

Commune de naissance : Pays de naissance :

Numéro de Sécurité sociale : _____

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

Adresse e-mail (obligatoire) :

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

Catégorie du personnel à assurer

Effectif à assurer : _____ Âge moyen de l'effectif à assurer : _____ 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	
<input type="checkbox"/> Ensemble du personnel	
Ou catégorie définie par référence à la notion de « cadres » ou « non-cadres »⁽¹⁾	
<input type="checkbox"/> Les personnels cadres relevant de l'article 2.1 de l'ANI du 17 novembre 2017.	<input type="checkbox"/> Les personnels ne relevant pas de l'article 2.1 de l'ANI du 17 novembre 2017.
<input type="checkbox"/> Les personnels cadres et assimilés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017.	<input type="checkbox"/> Les personnels ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017.
<input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> 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⁾	
<input type="checkbox"/> Les personnels dont la rémunération est inférieure ou égale à (1, 2, 3, 4 ou 8) fois le plafond de la sécurité sociale	<input type="checkbox"/> Les personnels dont la rémunération est strictement inférieure à (1, 2, 3, 4 ou 8) fois le plafond de la sécurité sociale
<input type="checkbox"/> Les personnels dont la rémunération est strictement supérieure à (1, 2, 3 ou 4) fois le plafond de la sécurité sociale ⁽⁴⁾	<input type="checkbox"/> 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)}	
<input type="checkbox"/> Salariés relevant de la catégorie : (préciser le libellé exact de la catégorie)	
définie par : <input type="checkbox"/> convention <input type="checkbox"/> accord professionnel <input type="checkbox"/> 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.	
<input type="checkbox"/> 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 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 25,44 % de frais*.

Le pourcentage des versements effectués par Swiss Life au titre de ses contrats de complémentaire santé responsables s'élève à 74,14 %**.

*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 2021.

** 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 2021.

Garanties Santé SwissLife Prévoyance Entreprises +

Date d'effet souhaitée Reprise concurrence

Régime d'assurance maladie : Général Local Alsace Moselle

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

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

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.

⁽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.

Nous vous remercions de bien vouloir nous indiquer vos besoins et exigences en matière de couverture à savoir, si vous souhaitez bénéficier de la couverture de base conventionnelle uniquement ou d'une couverture améliorée dont les détails (garanties et tarifs) figurent ci-dessous.

Exemple : cocher la base conventionnelle et l'expression tarifaire solo-duo-tribu pour le régime adéquat

	<input type="checkbox"/> Base conventionnelle	<input type="checkbox"/> Base améliorée 1	<input type="checkbox"/> Base améliorée 2	<input type="checkbox"/> Base améliorée 3
Hospitalisation				
• Honoraires dans le cadre de l'OPTAM ou l'OPTAM-CO				
- Chirurgie - Obstétrique - Anesthésie	100 %	200 %	300 %	500 %
• Honoraires hors OPTAM ou OPTAM-CO				
- Chirurgie - Obstétrique - Anesthésie	100 %	180 %	200 %	200 %
• Frais de séjour	100 %	200 %	300 %	500 %
• Transport du malade	100 %	200 %	300 %	500 %
• Forfait journalier hospitalier - durée illimitée - Hors Alsace Moselle	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
• Chambre particulière - durée illimitée - forfait par jour	40 €	60 €	80 €	120 €
• Frais d'accompagnement - durée illimitée - à tout âge- forfait par jour	20 €	28 €	36 €	52 €
• Frais de télévision pendant 15 jours - par événement - forfait par jour	5 €	5 €	5 €	5 €
• Forfait versé à l'assuré (H/F) par maternité ou adoption et par enfant	100 €	160 €	220 €	340 €
Dentaire				
• Soins et prothèses 100 % santé*				
- Actes prothétiques entrant dans le cadre du panier de soins 100 % santé* sans reste à charge pour l'assuré (classe à remboursement renforcé)	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
• Soins				
- Soins dentaires, prophylaxie, parodontologie, prévention, remboursés par la Sécurité sociale	250 %	300 %	350 %	500 %
- Inlays - onlays remboursés par la Sécurité sociale hors cadre du panier de soins 100 % santé* et entrant donc dans le champ des paniers honoraires modérés ou libres	250 %	300 %	350 %	500 %
• Prothèses : actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale hors du panier de soins 100 % santé* et entrant donc dans le champ des paniers honoraires modérés ou libres	250 %	300 %	350 %	500 %
• Orthodontie : orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	250 %	300 %	350 %	500 %
• Forfait global				
- Implantologie - Forfait par dent et par bénéficiaire	700 €	800 €	900 €	1 200 €
- Prothèse - Forfait par dent et par bénéficiaire	190 €	220 €	250 €	340 €
- Orthodontie - Forfait par an et par bénéficiaire	240 €	270 €	300 €	390 €
- Parodontologie - Forfait par an et par bénéficiaire	190 €	220 €	250 €	340 €
• Plafond sur le poste «dentaire non remboursé par la sécurité sociale» par an et par bénéficiaire ⁽¹⁾	940 €	1 070 €	1 200 €	1 590 €
Optique				
• Équipements 100 % santé* : équipement (1 monture et 2 verres) entrant dans le cadre du panier de soins 100 % santé (classe à prise en charge renforcée) (b) - Renouvellement tous les 2 ans (c)				
- Un équipement de deux verres de classe A + monture de classe A	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
- Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A)	100 €	100 €	100 €	100 €

• Équipements hors 100 % santé* : équipement (1 monture et 2 verres) entrant dans le cadre du panier libre (b) - Renouvellement tous les 2 ans (c)				
- Deux verres simples + monture	235 €	270 €	310 €	400 €
- Un verre simple et un verre complexe + monture	365 €	405 €	445 €	525 €
- Un verre simple et un verre ultra complexe + monture	405 €	445 €	485 €	575 €
- Deux verres complexes + monture	425 €	475 €	525 €	645 €
- Un verre complexe et un verre ultra complexe + monture	475 €	525 €	575 €	700 €
- Deux verres ultra complexes + monture	510 €	570 €	625 €	750 €
• Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %	100 %
+ forfait lentilles rbsées par an et par bénéficiaire	190 €	210 €	230 €	270 €
• Lentilles non rbsées	750 €	850 €	950 €	1 150 €
• Chirurgie réfractive - forfait par an et par bénéficiaire	750 €	850 €	950 €	1 150 €
Soins courants				
• Honoraires médicaux dans le cadre de l'OPTAM ou l'OPTAM-CO				
- Médecins généraliste - Médecin spécialiste	100 %	200 %	300 %	500 %
- Radiologie - Imagerie - Echographie	100 %	200 %	300 %	500 %
- Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)	100 %	200 %	300 %	500 %
• Honoraires médicaux hors OPTAM ou OPTAM-CO				
- Médecins généraliste - Médecin spécialiste	100 %	180 %	200 %	200 %
- Radiologie - Imagerie - Echographie	100 %	180 %	200 %	200 %
- Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)	100 %	180 %	200 %	200 %
• Hospitalisation à domicile				
• Analyses et examens de laboratoire	100 %	200 %	300 %	500 %
• Honoraires paramédicaux	100 %	200 %	300 %	500 %
• Consultations non remboursées par la Sécurité sociale : Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie, phytothérapie, sophrologie, mésothérapie et auxiliaires médicaux (pédicurie-podologie, psychomotricité, ergothérapie, diététique), ou toute autre pratique prescrite sur ordonnance par un médecin - Forfait par acte (maxi 5 par an et par bénéficiaire)	30 €	50 €	70 €	110 €
• Médicaments remboursés par la Sécurité sociale - y compris honoraires de dispensation				
- à 65 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- à 30 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- à 15 %	100 %	100 %	100 %	100 %
• Cures thermales : dépenses remboursées par la Sécurité sociale	100 %	200 %	300 %	500 %
+ forfait par an et par bénéficiaire	150 €	190 €	230 €	320 €
• Matériel médical				
- Prothèses et appareillage orthopédique, capillaire	100 %	200 %	300 %	500 %
+ forfait prothèse capillaire remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	50 €	90 €	130 €	240 €
Aide auditive 100 % santé				
• Équipements 100 % santé*	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
• Équipements hors 100 % santé*				
- Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale Hors panier de soins 100 % santé* (Appareil de classe 2 à prix libre)	100 %	100 %	100 %	100 %
+ forfait prothèse auditive remboursée par la Sécurité sociale - forfait par oreille	100 €	300 €	500 €	1 020 €
- Accessoires, piles, entretien et réparations remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %	100 %
Prévention				
• Médicaments non remboursés sur prescription médicale - Forfait par an et par bénéficiaire	75 €	75 €	150 €	150 €
• Forfait prévention santé : Prise en charge de 50 % des dépenses de prévention non remboursées par la Sécurité sociale listées au contrat - Forfait par an et par bénéficiaire	100 €	100 €	200 €	200 €
Garantie frais d'obsèques				
Indemnité en cas de décès de l'assuré(e) ou de ses ayants droit couverts au contrat	-	3 500 €	3 500 €	3 500 €

(1) Au-delà du plafond, le remboursement s'effectuera à hauteur de 125 % des bases de remboursement

* tel que défini réglementairement

Pour le régime général - Tarifs 2022 et 2023 exprimés en % PMSS

Besoin d'aide pour choisir l'expression tarifaire ? Un outil d'optimisation de la prime est à votre disposition depuis la plaquette produit.	Base conventionnelle	Base améliorée 1	Base améliorée 2	Base améliorée 3	
<input type="checkbox"/> Solo - Duo- Tribu	Solo = seul le salarié est couvert à titre obligatoire. Duo : tarif du salarié + 1 ayant droit. Tribu : Tarif du salarié + au moins 2 ayants droit.				
		Solo - Duo- Tribu	Solo - Duo- Tribu	Solo - Duo- Tribu	Solo - Duo- Tribu
	Jusqu'à 35 ans	1,33 % - 2,68 % - 3,78 %	1,59 % - 2,92 % - 4,10 %	1,86 % - 3,40 % - 4,79 %	2,57 % - 4,73 % - 6,66 %
	De 36 à 45 ans		1,80 % - 3,32 % - 4,66 %	2,11 % - 3,87 % - 5,45 %	2,92 % - 5,38 % - 7,57 %
	De 46 à 55 ans		2,44 % - 4,50 % - 6,30 %	2,85 % - 5,23 % - 7,37 %	3,96 % - 7,28 % - 10,25 %
Dès 56 ans		2,85 % - 5,28 % - 7,40 %	3,35 % - 6,14 % - 8,65 %	4,64 % - 8,55 % - 12,03 %	
<input type="checkbox"/> Adulte - Enfant	Un tarif par adulte couvert et un tarif par enfant. Gratuité dès le 3 ^e enfant.				
		Adulte - Enfant	Adulte - Enfant	Adulte - Enfant	Adulte - Enfant
	Jusqu'à 35 ans	1,33 % - 0,87 %	1,59 % - 1,02 %	1,86 % - 1,20 %	2,57 % - 1,65 %
	De 36 à 45 ans		1,80 % - 1,16 %	2,11 % - 1,36 %	2,92 % - 1,89 %
	De 46 à 55 ans		2,44 % - 1,57 %	2,85 % - 1,83 %	3,96 % - 2,55 %
Dès 56 ans		2,85 % - 1,85 %	3,35 % - 2,16 %	4,64 % - 3,00 %	
<input type="checkbox"/> Isolé - Famille	Un tarif pour le salarié seul et un tarif pour le salarié et tous ses ayants droit				
		Isolé - Famille	Isolé - Famille	Isolé - Famille	Isolé - Famille
	Jusqu'à 35 ans	1,33 % - 3,34 %	1,59 % - 3,62 %	1,86 % - 4,24 %	2,57 % - 5,89 %
	De 36 à 45 ans		1,80 % - 4,11 %	2,11 % - 4,81 %	2,92 % - 6,69 %
	De 46 à 55 ans		2,44 % - 5,57 %	2,85 % - 6,52 %	3,96 % - 9,05 %
Dès 56 ans		2,85 % - 6,52 %	3,35 % - 7,65 %	4,64 % - 10,62 %	
<input type="checkbox"/> Unique	Un tarif unique quel que soit la composition familiale du salarié (et nombre des ayants droits)				
	Jusqu'à 35 ans	2,70 %	3,11 %	3,66 %	5,07 %
	De 36 à 45 ans		3,55 %	4,16 %	5,78 %
	De 46 à 55 ans		5,44 %	6,38 %	8,86 %
Dès 56 ans		6,39 %	7,49 %	10,40 %	

Réduction de 10 % accordée en cas de souscription simultanée d'un contrat de prévoyance et pour un même collègue assuré.

Pour le régime Local Alsace Moselle - Tarifs 2022 et 2023 exprimés en % PMSS

Besoin d'aide pour choisir l'expression tarifaire ? Un outil d'optimisation de la prime est à votre disposition depuis la plaquette produit.	Base conventionnelle	Base améliorée 1	Base améliorée 2	Base améliorée 3
<input type="checkbox"/> Solo - Duo- Tribu	<i>Solo = seul le salarié est couvert à titre obligatoire. Duo : tarif du salarié + 1 ayant droit. Tribu : Tarif du salarié + au moins 2 ayants droit.</i>			
	Solo - Duo- Tribu	Solo - Duo- Tribu	Solo - Duo- Tribu	Solo - Duo- Tribu
	Jusqu'à 35 ans	1,14 % - 2,10 % - 2,95 %	1,43 % - 2,61 % - 3,69 %	2,15 % - 3,93 % - 5,54 %
	De 36 à 45 ans	1,29 % - 2,39 % - 3,35 %	1,62 % - 2,97 % - 4,19 %	2,44 % - 4,47 % - 6,29 %
	De 46 à 55 ans	1,48 % - 2,75 % - 3,85 %	1,86 % - 3,42 % - 4,81 %	2,81 % - 5,14 % - 7,23 %
Dès 56 ans	1,74 % - 3,23 % - 4,52 %	2,19 % - 4,01 % - 5,66 %	3,28 % - 6,03 % - 8,48 %	
<input type="checkbox"/> Adulte - Enfant	<i>Un tarif par adulte couvert et un tarif par enfant. Gratuité dès le 3^e enfant.</i>			
	Adulte - Enfant	Adulte - Enfant	Adulte - Enfant	Adulte - Enfant
	Jusqu'à 35 ans	1,14 % - 0,74 %	1,43 % - 0,91 %	2,15 % - 1,37 %
	De 36 à 45 ans	1,29 % - 0,84 %	1,62 % - 1,03 %	2,44 % - 1,56 %
	De 46 à 55 ans	1,48 % - 0,97 %	1,86 % - 1,18 %	2,81 % - 1,79 %
Dès 56 ans	1,74 % - 1,13 %	2,19 % - 1,39 %	3,28 % - 2,11 %	
<input type="checkbox"/> Isolé - Famille	<i>Un tarif pour le salarié seul et un tarif pour le salarié et tous ses ayants droit</i>			
	Isolé - Famille	Isolé - Famille	Isolé - Famille	Isolé - Famille
	Jusqu'à 35 ans	1,14 % - 2,59 %	1,43 % - 3,26 %	2,15 % - 4,89 %
	De 36 à 45 ans	1,29 % - 2,95 %	1,62 % - 3,70 %	2,44 % - 5,56 %
	De 46 à 55 ans	1,48 % - 3,39 %	1,86 % - 4,26 %	2,81 % - 6,39 %
Dès 56 ans	1,74 % - 3,98 %	2,19 % - 5,00 %	3,28 % - 7,51 %	
<input type="checkbox"/> Unique	<i>Un tarif unique quelque soit la composition familiale du salarié (et nombre des ayants droits)</i>			
	Unique	Unique	Unique	Unique
	Jusqu'à 35 ans	2,55 %	3,19 %	4,79 %
	De 36 à 45 ans	2,90 %	3,62 %	5,44 %
	De 46 à 55 ans	3,34 %	4,16 %	6,26 %
Dès 56 ans	3,92 %	4,89 %	7,34 %	

Réduction de 10 % accordée en cas de souscription simultanée d'un contrat de prévoyance et pour un même collègue assuré.

Les garanties du contrat décrites ci-dessous respectent l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code. Les garanties sont exprimées sous la forme de forfait (en euro), du remboursement du TM (Ticket modérateur) ou en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale incluant le remboursement de la Sécurité sociale.

100 % santé*

(a) Remboursement dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale.

(b) Le remboursement de la monture de classe A est plafonné à 30 €. Le remboursement de la monture de classe B est plafonné à 100 €. Les forfaits sont exprimés y compris remboursement de la sécurité sociale. Les remboursements intègrent la prestation d'appairage et supplément pour verres avec filtre en complément de la Sécurité sociale et à hauteur du ticket modérateur.

(c) Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement.

La période est ramenée à un an pour les assurés de plus de 16 ans, en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une dégradation des performances oculaires ou d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues par la réglementation en vigueur. Pour les assurés de moins de 16 ans, la période est ramenée à un an sauf dégradation des performances oculaires prévue par la réglementation en vigueur.

(d) Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans par oreille et par bénéficiaire dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1. Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement. Conformément à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, le remboursement total des aides auditives de classe 2 est plafonné à 1700 € par oreille à appareiller.

(e) Une aide auditive de classe I doit comporter au moins trois options de la liste A prévues par la réglementation en vigueur.

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) représentant de l'entreprise dûment habilité, certifie :

- avoir pris connaissance et accepte les Dispositions Générales du contrat,
- 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 le lien d'accès au portail 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 le | | | | | | | | | |

Signature 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).

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. 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.

Nous permettons à chacun
de vivre selon ses propres choix.

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 *SLPE + - Personnel de agences d'assurance* N° de contrat

Nom, prénom et adresse du débiteur

.....
.....
.....

Compte à débiter

IBAN

Domiciliation (banque)

.....
.....

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

Signature :

Points de contact pour votre mandat de prélèvement SEPA

- Information, modification ou révocation du mandat : 
- 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