

Bulletin individuel d'affiliation

au régime collectif

Prévoyance Entreprises

souscrit par l'entreprise désignée ci-dessous

N° du contrat : _____



SwissLife

Cachet de l'entreprise

LE SOUSSIGNÉ

NOM (M., Mme, Melle) : Prénom :

N° Sécurité sociale : _____ Date de naissance : _____

Adresse :

Localité :

Code postal : _____ Bureau distributeur :

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

Nombre d'enfants à charge : _____

Conjoint

Nom et prénom : _____ Date de naissance : _____ Profession ou activité : _____
Organisme d'affiliation : _____ Code gestion : _____ No S.S. : _____

Enfants à charge

Nom et prénom : _____ Date de naissance : _____ Profession ou activité : _____
Organisme d'affiliation : _____ Code gestion : _____ No S.S. : _____

Nom et prénom : _____ Date de naissance : _____ Profession ou activité : _____
Organisme d'affiliation : _____ Code gestion : _____ No S.S. : _____

Nom et prénom : _____ Date de naissance : _____ Profession ou activité : _____
Organisme d'affiliation : _____ Code gestion : _____ No S.S. : _____

Nom et prénom : _____ Date de naissance : _____ Profession ou activité : _____
Organisme d'affiliation : _____ Code gestion : _____ No S.S. : _____

Cocher la case pour les membres de la famille à assurer en frais de santé

L'assuré a le droit de refuser la télétransmission de ses prestations santé. Dans ce cas, cochez la case ci-contre :

Pour l'assurance santé :

Joindre la **copie de votre attestation d'assuré social** ainsi que, le cas échéant, **celle des membres de votre famille** bénéficiaires de la garantie, ou recopier les chiffres.

● Demande à être affilié au régime collectif Prévoyance Entreprises pour les garanties souscrites par l'entreprise contractante et reconnais avoir pris connaissance des principales dispositions du contrat.

STATUT ACTUEL DANS L'ENTREPRISE

Cadre ou assimilé (art. 4, 4 bis ou 36)

Autre catégorie ; précisez laquelle :

Non cadre

Date d'entrée : _____ Profession :

SALAIRE ANNUALISÉ : _____ euros

1 € = 6,55957 FRF

T.S.V.P. ---->

PARTIE À COMPLÉTER EN CAS D’AFFILIATION POSTÉRIEURE À LA DATE DE SOUSCRIPTION
DU RÉGIME DE PRÉVOYANCE DE L’ENTREPRISE

■ Ma demande fait suite à l’un des cas suivants :

Mon embauche

Ma reprise de travail

à temps complet le : | | | | | | | |

Ma nomination au statut

cadre à compter du : | | | | | | | |

Autres situations : à préciser

par lettre séparée, datée et signée.

■ SALAIRE ANNUALISÉ : | | | | | | | | euros

DISPOSITIONS RELATIVES À L’ASSURANCE DÉCÈS

● **Bénéficiaire du capital décès** : le contrat prévoit le versement du capital au conjoint de la personne assurée, non séparé de corps judiciairement, à défaut aux enfants légitimes, reconnus ou adoptés, par parts égales, à défaut au père et à la mère, par parts égales, ou au survivant d’entre eux, à défaut aux héritiers.

(Si cette clause ne convient pas, précisez le ou les bénéficiaires de votre choix ci-dessous)

Nom :

Prénom :

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

À COMPLÉTER OBLIGATOIREMENT

Je reconnais l’exactitude des informations données et déclare être informé(e) que toute fausse déclaration ou réticence dans les réponses ci-avant pourrait entraîner la nullité du contrat, conformément au code des assurances (article L 113-8).

Fait à

le

Signature précédée de la mention “lu et approuvé”

Le soussigné peut demander la communication et la rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l’usage de SwissLife Prévoyance et Santé, de ses mandataires, des réassureurs ou des organismes professionnels concernés. Le droit d’accès et de rectification peut être exercé au Siège de SwissLife Prévoyance et Santé (loi 78-17 du 6 janvier 1978).



SwissLife Prévoyance et Santé
Siège social :
86, boulevard Haussmann
75380 Paris Cedex 08.
SA au capital de € 150.000.000.
Entreprise régie par le code
des assurances
322.215.021 RCS Paris.

Co-assureur :
**Société suisse d’Assurances générales
sur la vie humaine**
Siège spécial pour la France :
41, rue de Châteaudun
75304 Paris Cedex 09
775.752.959 RCS Paris
Entreprise régie par le Code des Assurances
pour les contrats souscrits ou
exécutés en France
SA au capital de CHF 587.350.000
Siège social à Zurich :
Général Guisan, quai 40
RC. CH.020.5.901.324.6

Déclaration de santé

A valider lorsque le contrat comporte des garanties Prévoyance, et que l'effectif assuré est supérieur à 5 salariés.

Je soussigné(e),

Déclare :

- Ne pas avoir été en traitement médical de plus d'un mois au cours des trois dernières années, ou sous contrôle médical régulier ;
- Ne pas être atteint(e) d'une affection récidivante, d'une maladie chronique ou d'une infirmité ;
- Ne pas être titulaire d'une pension d'invalidité ;
- Ne pas devoir, à ma connaissance, être hospitalisé(e) ;
- Ne pas être en arrêt de travail, même partiel, pour des raisons de santé.

Nom :
Prénom :
Date de naissance : [][] [][] [][][][]
Entreprise :

Questionnaire de santé à compléter si :

(cocher la case correspondant à votre situation) :

- La déclaration ci-dessus ne peut être signée
- La catégorie de personnel à assurer compte :
 - 5 salariés ou moins en Prévoyance
 - 3 salariés ou moins en Santé pour les options 300% TC ou Frais Réels

Quelles que soient les réponses données dans le questionnaire, vous pouvez les transmettre sous pli cacheté au médecin-conseil du service médical de la société d'assurances.

Mais, si vous estimez que les réponses données n'exigent pas de confidentialité particulière, vous pouvez joindre ce questionnaire aux documents destinés à votre adhésion au contrat ; l'ensemble de ces documents sera remis aux services administratifs.

Taille : Poids :	RÉPONDEZ PAR OUI OU NON	PRÉCISIONS COMPLÉMENTAIRES
ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL Êtes-vous : <ul style="list-style-type: none">● Sous contrôle ou en traitement médical ?● En arrêt de travail, même partiel ?● Atteint d'une infirmité ?● Titulaire d'une pension d'invalidité ? Vous a-t-on prescrit une hospitalisation future ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lequel ? Date et motif ? Laquelle ? Motif et taux ? Pourquoi ?
MALADIES ET ACCIDENTS ANTÉRIEURS Avez-vous souffert : <ul style="list-style-type: none">● D'une affection ayant motivé un traitement continu d'une durée supérieure à un mois ?● D'une affection chronique récidivante ? Vous a-t-on prescrit : <ul style="list-style-type: none">● Un arrêt de travail, même partiel, d'une durée supérieure à un mois ?● Des arrêts de travail successifs pour un même motif ? Avez-vous été hospitalisé ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Laquelle ? Laquelle ? Date et motif ? Date et motif ? Date et motif ?

Les réponses aux déclaration ou questionnaire de santé ne sont prises en compte que pour l'examen du risque Prévoyance quel que soit l'effectif, et en Santé uniquement pour les options 300% TC et Frais Réels lorsque l'effectif est inférieur ou égal à 3 salariés assurés.

- Je certifie la sincérité et l'exactitude de mes déclarations et prends acte qu'une fausse déclaration ou réticence de ma part, entraînerait la nullité du contrat souscrit par l'entreprise, conformément à l'article L 113-8 du code des Assurances.
- J'autorise le Médecin Conseil à prendre toutes les informations complémentaires qu'il jugera nécessaires auprès des médecins qui m'ont soigné(e) ou que j'ai consultés.

Fait à
le.....
Signature précédée de la mention "Lu et approuvé"

SwissLife Prévoyance et Santé

Siège social :
86, boulevard Haussmann
75380 Paris Cedex 08.
SA au capital de € 150.000.000.
Entreprise régie par le code
des assurances
322.215.021 RCS Paris.

Co-assureur :

**Société suisse d'Assurances générales
sur la vie humaine**

Siège spécial pour la France :
41, rue de Châteaudun
75304 Paris Cedex 09
775.752.959 RCS Paris
Entreprise régie par le Code des Assurances
pour les contrats souscrits ou
exécutés en France
SA au capital de CHF 587.350.000
Siège social à Zurich :
Général Guisan, quai 40
RC. CH.020.5.901.324.6

www.swisslife.fr