

Bienvenue à la réunion d'information

Contrat Groupe du Centre de Gestion du Pas-de-Calais
Prévoyance/Maintien de Salaire





L'adhésion en ligne - AEL

The image shows a screenshot of the Sofaxis website. At the top, there is the Sofaxis logo and a navigation menu. Below the menu, there is a section titled 'VOTRE ESPACE ADHÉRENT' with the code 'Code 1689H9BQB'. A hand icon points to the 'Je souhaite adhérer' button. Below this, there is a login form with fields for 'Mon identifiant' and 'Mot de passe', a 'VALIDER' button, and a reCAPTCHA verification box. A hand icon points to the reCAPTCHA box. At the bottom of the form, there is a 'Besoin d'aide' link.

1/ Votre service Ressources Humaines reçoit un identifiant à communiquer à chaque agent par mail pour qu'il puisse s'authentifier en tant qu'**agent du groupement** sur l'espace adhérent.

2/ L'agent se connecte sur www.sofaxis.com et sur l'espace adhérent. Puis il renseigne l'identifiant communiqué

3/ L'agent complète son adhésion en ligne et signe électroniquement.

4/ Votre service Ressources Humaines reçoit l'information que l'agent à réaliser une adhésion en ligne

5/ L'agent reçoit un e-mail de confirmation de son adhésion avec le lien pour créer son espace adhérent.

L'agent accède à l'Espace client SOFAXIS www.sofaxis.com et se connecte à l'environnement futur adhérent à l'aide le code d'accès communiqué par la collectivité





2- L'agent s'authentifie

1- Dans le menu « Adhésion en ligne », l'agent prend connaissance des informations, prépare son dossier renseigne ses Nom/Prénom/N° tél portable/Mail nécessaires à l'authentification et clique sur « ENVOYER ».



The screenshot shows the Sofaxis website interface. At the top, there is a navigation bar with the Sofaxis logo on the left and 'MAIRIE' on the right. Below the navigation bar, there is a menu with three items: 'Mon adhésion', 'Kit d'adhésion', and 'Adhésion en ligne'. A hand cursor icon points to the 'Adhésion en ligne' item. The main content area is titled 'Adhérer au contrat prévoyance complémentaire'. It contains several sections: 'Avant de débuter votre demande d'adhésion, merci de vous munir :', 'Les étapes de votre adhésion :', and 'Renseignez les informations suivantes afin d'accéder à votre bulletin d'adhésion en ligne'. The 'Renseignez les informations...' section includes a dropdown menu for 'Civilité *', text input fields for 'Nom *', 'Prénom *', 'Votre numéro de mobile *', and 'Votre adresse mail *'. A blue 'ENVOYER' button is at the bottom of this section. Below the button, there is a link for 'Information sur l'utilisation de vos données personnelles'.

2- Il reçoit un mail qui lui permettra de se reconnecter si nécessaire



The screenshot shows an email header and a dark grey content area. The header includes the sender 'DocuSign Demo System <isa_demo@docusign.net>', the date 'Envoyé : jeudi 4 avril 2019 10:35', the recipient 'À : DDE <MID.DEMATOS@sofaxis.com>', and the subject 'Objet : Prévoyance complémentaire SOFAXIS - Signature du bulletin d'Adhésion'. The content area features the Sofaxis logo and a document icon with a pencil. Below the icon, it says 'Adhésion Prévoyance complémentaire SOFAXIS vous a envoyé un document à consulter et à signer.' and a yellow button labeled 'CONSULTER LE DOCUMENT'.

Bonjour,

Pour enregistrer votre adhésion, nous vous remercions de bien vouloir signer votre bulletin d'adhésion.
Ce dernier sera ensuite envoyé pour signature à un représentant de votre collectivité.

Nous nous tenons à votre disposition pour tout complément d'information au 02.48.48.21.00 du lundi au vendredi de 8h à 18h ou par email : clients.santeprevoyance@sofaxis.com.

Nous vous prions de croire à l'assurance de nos salutations distinguées.

Le Service Relations Clients SOFAXIS





3- Contrôle

1- Dans l'environnement DocuSign, après avoir vérifié le numéro de téléphone, l'agent clique sur « Envoyer le SMS ».

sofaxis

Adhésion Prévoyance complémentaire SOFAXIS
Sofaxis

Authentification par SMS

Pour accéder à ce document, vous devez confirmer votre identité à l'aide de votre téléphone portable.
Nom du signataire en cours d'authentification : **Marc Durand**

+33 6 87 29 55 32

ENVOYER LE SMS ANNULER

Si vous n'avez pas accès à votre téléphone portable pour le moment, cliquez sur « Annuler » et réessayez lorsque vous y avez accès.

2- Il reçoit un code sur son téléphone portable

< InfoMessage >

Message
Hier 16:45

Votre code d'authentification
DocuSign est : 319179

3- Il renseigne le code reçu et le confirme.

sofaxis

Adhésion Prévoyance complémentaire SOFAXIS
Sofaxis

Authentification par SMS

Un message SMS a été envoyé sur votre téléphone portable.

Saisissez le code reçu par SMS dans le champ ci-dessous puis appuyez sur Confirmer le code.

CONFIRMER LE CODE ANNULER

Si vous ne recevez pas de SMS, cliquez sur « Annuler », vérifiez le numéro du téléphone portable et essayez de renvoyer le SMS.

ofaxis



4- L'agent accède à l'écran de saisie

Copie du mail transmis



Veillez consulter et traiter ces documents



Adhésion Prévoyance complémentaire SOFAXIS
Sofaxis

Bonjour,

[Afficher plus](#)

Veillez consulter les documents ci-dessous.

CONTINUER

AUTRES ACTIONS ▾

En sélectionnant « CONTINUER », il accède au formulaire



Menu « AUTRES ACTIONS » cf slide 20

sofaxis
L'EXPERT EN ASSURANCE
DU MONDE TERRITORIAL

INTÉRIALE
SANTÉ - PRÉVOYANCE

BULLETIN D'ADHESION INDIVIDUELLE
Valant certificat d'adhésion
PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE AUX STATUTS
DU PERSONNEL TERRITORIAL

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE COLLECTIVITÉ

Raison sociale : N° de Siret :

Adresse :

Code postal : Commune :

RENSEIGNEMENTS VOUS CONCERNANT

Madame Monsieur

Nom Prénom

Nom de naissance
Né(e) le CP de naissance Pays de naissance



5- L'agent complète son bulletin d'adhésion

L'agent renseigne les éléments demandés et choisit sa formule de garantie

TERMINER AUTRES ACTIONS

Veillez consulter les documents ci-dessous.

PAGE SUIVANTE

BULLETIN D'ADHESION INDIVIDUELLE

PREVOYANCE COMPLÉMENTAIRE AUX STATUTS DU PERSONNEL TERRITORIAL

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE COLLECTIVITÉ

N° de file: _____

Adresse: _____

Cod. postal: _____ Commune: _____

RENSEIGNEMENTS VOUS CONCERNANT

Médiane Moniteur

Nom: _____

Nom de naissance: _____

N°(s) IN: _____

Titulaire de famille: Non Oui

CP de naissance: _____

CP de naissance: _____

Adresse: _____

Cité postale: _____

Téléphone: _____

DISECL SICATEC Agent délégué agréé

Compétence(s): C B A

Date d'adhésion à la collectivité: _____

Vous êtes actuellement titulaire d'un autre statut (Militaire, Indivision de Prévoyance, Assurateur pour Indivision): _____

Incapacité de travail Invalidité Décedé. Votre contrat AxiA-9: Individuel Collectif

Situation de l'agent au moment de l'adhésion

Temps complet Temps partiel Temps partiel complet + 50% par trimestre Temps partiel complet + 100% par trimestre

Temps partiel temporaire Arrêt de travail pour maladie de longue durée

Date d'arrêt de l'adhésion:

Au 1^{er} jour de votre départ de la collectivité (indiquer la date de votre départ de la collectivité)

Au 1^{er} jour de votre départ de la collectivité (indiquer la date de votre départ de la collectivité)

Modalités d'adhésion

Prévoyance d'adhésion avec les 12 mois de garantie de la collectivité (au moment de l'adhésion) ou avec les 12 mois de garantie de l'agent.

Après les 12 mois de garantie de la collectivité, l'adhésion est maintenue si l'agent est titulaire d'un contrat individuel ou collectif de prévoyance complémentaire.

Après les 12 mois de garantie de la collectivité, l'adhésion est maintenue si l'agent est titulaire d'un contrat individuel ou collectif de prévoyance complémentaire.

Après les 12 mois de garantie de la collectivité, l'adhésion est maintenue si l'agent est titulaire d'un contrat individuel ou collectif de prévoyance complémentaire.

Après les 12 mois de garantie de la collectivité, l'adhésion est maintenue si l'agent est titulaire d'un contrat individuel ou collectif de prévoyance complémentaire.

Champs obligatoires indiqués en rouge

L'ASSIETTE DE COTISATION : Cochez votre choix

TBI + NBI

Traitement Indiciaire Brut + Nouvelle Bonification Indiciaire

TBI + NBI + RI

Traitement Indiciaire Brut + Nouvelle Bonification Indiciaire + Régime indemnitaire

LES GARANTIES : Cochez vos choix

Les garanties Choisir une des formules	Les niveaux d'indemnisation appliqués au traitement net de référence			
	80 %	85 %	90 %	95 %
Incapacité temporaire totale	<input type="checkbox"/> 0.78 %	<input type="checkbox"/> 0.88 %	<input type="checkbox"/> 1.04 %	<input type="checkbox"/> 1.20 %
Incapacité temporaire totale + Invalidité permanente	<input type="checkbox"/> 1.24 %	<input type="checkbox"/> 1.43 %	<input type="checkbox"/> 1.68 %	<input type="checkbox"/> 1.92 %
Incapacité temporaire totale + Invalidité permanente + Perte de retraite consécutive à une Invalidité sous forme de Rente	<input type="checkbox"/> 1.62 %	<input type="checkbox"/> 1.84 %	<input type="checkbox"/> 2.12 %	<input type="checkbox"/> 2.41 %
Incapacité temporaire totale + Invalidité permanente + Perte de retraite consécutive à une Invalidité sous forme de Capital	<input type="checkbox"/> 1.44 %	<input type="checkbox"/> 1.64 %	<input type="checkbox"/> 1.91 %	<input type="checkbox"/> 2.16 %
Option : Décès ou Perte Totale et Irreversible d'Autonomie (PTIA)	Capital : 450 % du PMSS	Capital : 510 % du PMSS	Capital : 540 % du PMSS	Capital : 570 % du PMSS

Cotisation unique : 0.29 % (si coché, s'additionnera à la formule choisie ci-dessus)

Indemnisation unique : Capital : 100 % de traitement net de référence

En cas d'adhésion à une garantie décès / Bénéficiaire
 Si vous ne désignez aucun bénéficiaire, les bénéficiaires coordonnés d'un PACS, ou le conjoint du membre pas concordants, à défaut ses héritiers, en proportion de la formule annexé à la notice d'information « décès ».

Intérimaire, en sa qualité d'assuré, et Sofaxis gestionnaire, sont responsables (compétentement sur certains traitements), au sens du Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement (UE) N°2016/679 du 27 avril 2016, appelé « RGPD »), de traitements de données à caractère personnel vous concernant.

Les différents traitements mis en œuvre par Sofaxis et/ou l'assureur ont pour finalité :

- La gestion des contrats de prévoyance complémentaire et des aspects de cotisations,
- L'exécution des garanties des contrats (gestion des prestations de prévoyance complémentaire),
- La gestion des réclamations clients,
- L'entretien des records et la gestion des contentieux,
- L'évaluation par l'assureur des engagements pris à l'égard des assurés,
- L'élaboration des statistiques et études actuariales,
- La recherche et le développement (amélioration des produits),
- L'exécution des obligations légales auxquelles sont soumis Intérieure et Sofaxis (type LCB-FT, loi Edikart, ...),
- La gestion du dispositif de lutte contre la fraude de l'assureur,
- La gestion des services associés au contrat d'assurance (cas échéant (type contrôle médical),
- La proposition de nouveaux produits ou de nouvelles garanties.

La localité (base légale) des traitements mis en œuvre repose sur :

- L'exécution du contrat d'assurance (prévoyance complémentaire) du personnel territorial Intérieure accordé par votre employeur et auquel vous avez choisi d'adhérer, ainsi que, s'agissant du traitement de vos données de santé, sur les acceptations prévues à l'article 8 (2) b) du RGPD (gestion de services de protection sociale),
- Le respect d'obligations légales incombant à Intérieure et Sofaxis en traitement mis en œuvre dans le cadre de la réglementation relative à la lutte contre la fraude et le financement du terrorisme),
- L'intérêt légitime, s'agissant notamment de la mise en œuvre du dispositif de lutte contre la fraude de l'assureur, des traitements réalisés dans le cadre de la recherche et du développement, ainsi que la proposition de nouveaux produits et nouvelles garanties.

Vos réponses à l'ensemble des questionnaires sont obligatoires. Si Intérieure Sofaxis est dans l'impossibilité de procéder à votre adhésion au contrat d'assurance ou le terme de développement pourrait être retardé, certains des données collectées et traitées par Sofaxis lui sont transmises par votre employeur. Vos données ainsi que, le cas échéant, celles des bénéficiaires désignés, sont destinées aux collaborateurs habilités de Sofaxis en charge de la gestion des contrats de prévoyance et des services associés, aux personnels habilités d'Intérieure, à votre employeur ainsi que, et uniquement pour les données qui les concernent aux collaborateurs du Service Relation Clients, du Département Identité et Marketing de Sofaxis, et aux sous-traitants ou prestataires éventuels impliqués dans la mise en œuvre du traitement (Généralistes informatiques référencés).

Pour la durée nécessaire à l'exécution du contrat de prévoyance complémentaire souscrit par votre employeur (ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNI ou la réglementation en fonction des traitements), votre durée étant supérieure de six (6) mois de prescription légale.

En application de la législation en vigueur, vous disposez d'un droit de rectification, ou d'effacement, ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès. Par ailleurs et sous certaines conditions, vous disposez également d'un droit à la portabilité de vos données, ainsi que du droit de vous opposer au traitement.

Vous pouvez exercer ces différents droits en justifiant votre identité et vous adressant au Délégué à la protection des données de Sofaxis par courrier postal (Sofaxis - DPO - CS 80008 - 85000 Bourges Cedex) ou par courrier électronique (dpo@sofaxis.com).

En cas de décès ou d'absence de réponse de vos données, vous avez le droit de saisir le CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 1 place de Freedom Square, 93000 Paris, France (www.cnil.fr) ou par courrier électronique (cnil@cnll.fr) au 01 39 39 22 22.

Vos coordonnées peuvent être transmises par Sofaxis aux autres filiales du groupe. Si vous ne souhaitez pas recevoir de propositions de leur part, veuillez cocher cette case

Fait à _____ le _____

Signature de l'agent _____

Cette demande d'adhésion est à transmettre à : adhesionprev.sofaxis@revelys.eu

Pensez à conserver une copie de votre envoi

Le participant peut renoncer à son adhésion au contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter du moment où le premier est informé que le contrat est conclu. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante : Sofaxis Santé Prévoyance, Service Contrats Adhésions - CS 80008 - 85000 BOURGES Cedex. Elle peut être faite au moyen de lettre de renonciation signée et de responsabilité devant le juge, à l'adresse suivante : Sofaxis Santé Prévoyance, Service Contrats Adhésions - CS 80008 - 85000 BOURGES Cedex. Elle peut être faite dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où le participant est informé que le contrat est conclu. Date : _____ Signature : _____





6- L'agent signe sa demande d'adhésion

1. L'agent clique sur « Signer »

2. Il choisit le type de signature

1

Adhésion :
Par mail : adhesionprev@teofaxis.com
Par téléphone : 02 48 48 21 00

Indemnisation :
Par mail : indemnisationsrevoiance@teofaxis.com
Par téléphone : 02 48 48 20 90

Obligatoire

Fait à le 02 mai 2019.

Signature de l'agent Signature de la collectivité

Signer

2

Fichiers image (*.dib;*.gif;*.jpg;*.png;*.svg;*.tif;*.dds;*.wdp;*.emf;*.ico;*.png;*.wmf)

Choisir votre signature

Confirmez votre nom, votre paraphe et votre signature.

* Obligatoire

Nom complet* Paraphe*

SÉLECTIONNER UN STYLE ÉCRIRE TÉLÉCHARGER

APERÇU Modifier le style

DocuSigned by:
DAVID DUPOND DS
E10139886B5C1CA...

En sélectionnant Choisir et signer, j'accepte que la signature et le paraphe constitueront la représentation électronique de ma signature et de mon paraphe à toutes fins utiles lorsque moi (ou mon mandataire) les utiliserons sur des documents, y compris des contrats à valeur exécutoire, à l'identique d'une signature ou d'un paraphe manuscrit.

CHOISIR ET SIGNER ANNULER

Choisir votre signature

Confirmez votre nom, votre paraphe et votre signature.

* Obligatoire

Nom complet* Paraphe*

SÉLECTIONNER UN STYLE ÉCRIRE TÉLÉCHARGER

APERÇU

DocuSigned by:
David DUPOND DS
1B489A89EF13420...

En sélectionnant Choisir et signer, j'accepte que la signature et le paraphe constitueront à toutes fins utiles lorsque moi (ou mon mandataire) les utiliserons sur des documents ou d'un paraphe manuscrit.

CHOISIR ET SIGNER ANNULER



6- L'agent valide sa demande d'adhésion

En sélectionnant « TERMINER », l'agent procède à la signature électronique du formulaire

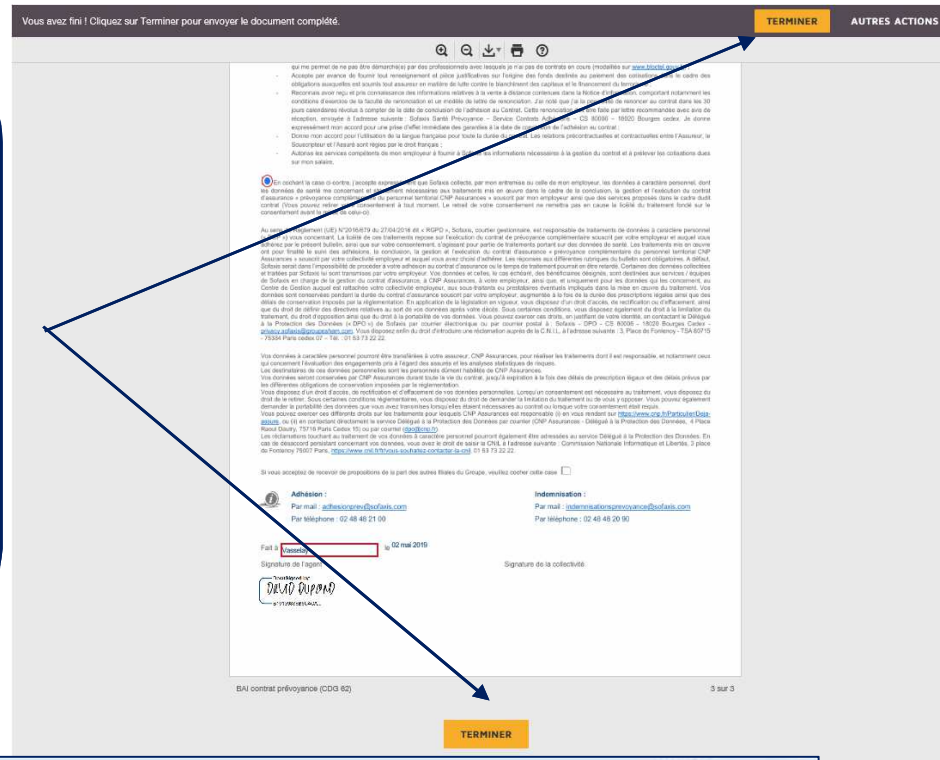
Lorsque la saisie est terminée, les champs obligatoires non renseignés sont identifiés. L'agent devra les compléter pour finaliser l'opération

Nom : Cocq Prénom : laurence
 Nom de : Obligatoire - Date Code postal : Pays :
 Né(e) le : Code postal : Pays :
 Situation de famille : sélectionner -- Nombre d'enfants à charge :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Téléphone* : 0666500171 E-mail** : laurence.cocq@sofaxis.com

* Obligatoire pour les contrats de prévoyance complémentaire. ** Obligatoire pour les contrats de prévoyance complémentaire.

L'agent est redirigé vers l'écran d'accueil de l'Espace Client

Il est informé de la nécessité de désigner des bénéficiaires s'il a souscrit la garantie décès.



sofaxis

Adhérer au contrat prévoyance complémentaire

Votre demande a été enregistrée avec succès et est transmise à votre employeur.

Si vous avez opté pour la garantie décès, nous vous invitons à télécharger le document « Désignation de bénéficiaires » disponible dans le menu « Kit adhésion ».

MAIRIE





8- La demande est transmise à l'employeur

jeu. 04/04/2019 11:38

DocuSign Demo System <dse_demo@docusign.net>

Prévoyance complémentaire SOFAXIS - Signature du bulletin d'Adhésion de DUPONT David

Document non signé

Pour faciliter l'affichage de ce message, cliquez ici pour l'afficher dans un navigateur web.

L'interlocuteur RH désigné
reçoit un mail avec un lien
d'accès au formulaire

Il consulte le formulaire



Adhésion Prévoyance complémentaire SOFAXIS vous a envoyé un document à consulter et à signer.

CONSULTER LE DOCUMENT

Bonjour,

L'agent, cité en objet, a fait une demande d'adhésion.

Aussi, nous vous remercions de bien vouloir finaliser sa demande en signant le bulletin.

En cas de refus, sélectionnez "Invalidier" dans le menu "Autres actions" et saisissez un motif d'invalidation, l'agent en sera informé. Si nécessaire, il pourra procéder à une nouvelle demande.

Nous nous tenons à votre disposition pour tout complément d'information au 02.48.48.21.00 du lundi au vendredi de 8h à 18h ou par email : clients.santeprevoyance@sofaxis.com.

Nous vous prions de croire à l'assurance de nos salutations distinguées.

Le Service Relations Clients SOFAXIS





9- L'employeur contrôle, et valide

Il ouvre le document et contrôle la demande,

Veuillez consulter et traiter ces documents

sofaxis

sofaxis L'EXPERT EN ASSURANCE DU MONDE TERRITORIAL

INTÉRIALE SANTÉ - PRÉVOYANCE

BULLETIN D'ADHESION INDIVIDUELLE

Valant certificat d'adhésion PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE AUX STATUTS DU PERSONNEL TERRITORIAL RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE COLLECTIVITÉ

Raison sociale : N° de Siret :

Adresse : Code postal : Commune :

RENSEIGNEMENTS VOUS CONCERNANT

Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Nom de naissance : CP de naissance : Pays de naissance :

Situation de famille : CP de naissance : Pays de naissance :

Adresse : Ville :

Code postal : Téléphone : E-mail :

signe le document suivant son choix de signature

Si vous acceptez de recevoir de propositions de la part des autres Filiales du Groupe, veuillez cocher cette case

Adhésion Par mail : adhésions@sofaxis.com Par téléphone : (02 48 48 21 00)

Indemnisation : Par mail : indemnisation@sofaxis.com Par téléphone : (02 48 48 30 90)

Fait à : vasselay le 04 avril 2019

Signature de l'agent

Documenté by: *Laurence COLR* 14783216877408

Signature et cachet de la collectivité

Signer

BAI contrat prévoyance (CDG 62) 2 sur 2

et valide sa saisie

Si vous acceptez de recevoir de propositions de la part des autres Filiales du Groupe, veuillez cocher cette case

Adhésion Par mail : adhésions@sofaxis.com Par téléphone : (02 48 48 21 00)

Indemnisation : Par mail : indemnisation@sofaxis.com Par téléphone : (02 48 48 30 90)

Fait à : vasselay le 04 avril 2019

Signature de l'agent

Documenté by: *Laurence COLR* 14783216877408

Signature et cachet de la collectivité

Documenté by: *Pascal BILLRIS* 14783216877408

Obligatoire - Signature appliquée

BAI contrat prévoyance (CDG 62) 2 sur 2

TERMINER

Choisir votre signature

Confirmez votre nom, votre paraphe et votre signature.

* Obligatoire

Nom complet* Nathalie Dupont Paraphe* ND

SÉLECTIONNER UN STYLE ÉCRIRE TÉLÉCHARGER

APERÇU

Documenté by: *Nathalie Dupont* ND 14783216877408

En sélectionnant Choisir et signer, l'utilisateur accepte que la signature et le paraphe constituent la représentation électronique de sa signature et de son paraphe à toutes fins utiles lorsque moi (ou mon mandataire) les utiliserez sur des documents, y compris des contrats à valeur exécutoire, à l'identique d'une signature ou d'un paraphe manuscrit.

CHOISIR ET SIGNER ANNULER





10- Fin du processus et informations des signataires

L'interlocuteur RH est
informé de la finalisation de
l'opération



La signature de la demande d'adhésion a été prise en compte.

Vous recevrez dans quelques instants un e-mail avec le document en pièce jointe.

Pour toute question, contactez-nous au 02 48 48 21 00.



Jeu, 02/05/2019 09:02

DocuSign Demo System <dse_demo@docusign.net>

Finalisation : Prévoyance complémentaire SOFAXIS - Signature du bulletin d'Adhésion de Sylvie DURAND

LCC COCQ Laurence

En cas de problème lié à l'affichage de ce message, cliquez ici pour l'afficher dans un navigateur web.

BAI contrat prévoyance (CDG 62).pdf
843 KB



Votre document a été complété

AFFICHER LE DOCUMENT COMPLÉTÉ

Adhésion Prévoyance complémentaire SOFAXIS

Nous avons bien enregistré la demande d'adhésion ci-jointe.
Nous procédons à son traitement dans les meilleurs délais.

Nous nous tenons à votre disposition pour tout complément d'information au
02.48.48.21.00 du lundi au vendredi de 8h à 18h ou par mail :
clients.santeprevoyance@sofaxis.com.

Nous vous prions de croire à l'assurance de nos salutations distinguées.

Le Service Relations Clients SOFAXIS

Un mail, avec en pièce jointe le
document complété, est adressé
à l'agent, à l'interlocuteur RH
et à SOFAXIS



VOS QUESTIONS

MERCI DE VOTRE ATTENTION

