

CONTRAT(S) D'ADHÉSION

N° Entreprise | _____

**Contrat(s) collectif(s) frais de santé
 MALAKOFF HUMANIS SANTÉ AGRICOLE**

IMPORTANT : ÉCRIRE EN LETTRES MAJUSCULES

CADRE RÉSERVÉ À L'ORGANISME ASSUREUR

- Nouveau(x) contrat(s)
- Modification de contrat(s)

Date d'effet retenue pour l'adhésion

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Le conseiller en assurance

- Association de Moyens Assurance de Personnes Radiance Mutuelle
- Nom et prénom du conseiller
- Téléphone | | | | | | | | | | Code apporteur
- Adresse mail de contact

Le souscripteur

- Raison sociale et forme juridique
- Adresse du siège social
- Code postal | | | | | Ville
- N° SIRET du siège social | | | | | | | | | | .Code NAF ou APE | | | | | | | | | |
- Convention collective déclarée et appliquée

Souscription pour le compte d'un établissement autonome

- Le souscripteur mentionné ci-dessus souscrit pour le compte de l'établissement secondaire autonome suivant :
- N° SIRET (Ets autonome) | | | | | | | | | | Code NAF ou APE | | | | | | | | | |
- Convention collective déclarée et appliquée

(* IMPORTANT) : Un établissement autonome est un établissement secondaire « autonome dans son activité et son organisation » n'appliquant par la convention collective de l'établissement principal (siège social) car situé en dehors de son champ d'application. Si aucun établissement n'est réputé autonome alors la convention collective de l'établissement principal (siège social) s'applique à l'ensemble des établissements.



Personne à contacter pour la mise en gestion du contrat (chez le souscripteur)

- Nom et prénom
- Fonction
- Téléphone | | | | | | | | | | Adresse mail

Il est proposé ce qui suit :

MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE, Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale
 Siège : 21 rue Laffitte - 75009 Paris - N° SIREN 775 691 181
AUXIA ASSISTANCE, SA au capital de 1 780 000 € - Entreprise régie par le Code des assurances
 Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris - 351 733 761 RCS Paris

Préambule

Catégorie assurée

Le(s) contrat(s) est(sont) souscrit(s) au bénéfice de la catégorie suivante : **Personnel non affilié à l'AGIRC.**

Pour mémoire, les dispositions du régime frais de santé conclu dans le cadre de l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance doivent s'appliquer au profit des salariés non affiliés à l'AGIRC.

L'employeur doit s'assurer que l'ensemble de ses salariés soit bien couvert au titre d'un régime santé obligatoire.

Il doit être en mesure de justifier que la catégorie choisie, permet de couvrir tous les salariés que leur activité professionnelle place dans une situation identique au regard des garanties concernées.

Effectif à assurer

Salarié(s) et ancien(s) salarié(s) appelé(s) à bénéficier du(des) contrat(s) visé(s) au présent document :

Nombre de salariés | _____ |

dont ancien(s) salarié(s) en portabilité | _____ |

Contrat socle responsable Adhésion obligatoire

Minimum obligatoire pour l'adhésion du souscripteur

Nature et objet du contrat

Ce contrat souscrit dans un cadre collectif à adhésion obligatoire permet de couvrir les frais de santé du salarié.
Il est régi par les conditions générales N° 22515. La notice d'information N° 22518 lui est associée.

Niveau(x) de couverture

Le niveau de couverture retenu est : **BASE**.

Le détail des prestations prévues au contrat est indiqué au **tableau des garanties frais de santé** (réf. MHP-23677_2212) joint au présent document.

Structure de cotisation

La structure de cotisation est « Salarié ».

Montant des cotisations

Les cotisations ci-dessous sont exprimées mensuellement et intègrent le financement de garanties d'assistance assurées par Auxia Assistance (convention 753734).

Structure de cotisation	COTISATIONS CONTRACTUELLES	
	Régime* général	Régime* local
Salarié	34,34 €	20,61 €

* Régime général ou local de Sécurité sociale française ou de la Mutualité Sociale Agricole (MSA)

Les cotisations ci-dessus seront revues selon les modalités prévues dans les conditions générales.

Paiement des cotisations

Le souscripteur verse à l'organisme assureur la totalité des cotisations mentionnées ci-dessus selon la périodicité indiquée aux conditions générales.

Contrat extension ayant(s) droit responsable Adhésion facultative

Ce contrat vient en complément du contrat socle responsable à adhésion obligatoire.

Nature et objet du contrat

Ce contrat souscrit dans un cadre collectif à adhésion facultative permet au salarié qui le souhaite d'étendre ses garanties frais de santé à ses ayants droit.

Il est régi par les conditions générales N° 22516. La notice d'information N° 22519 lui est associée.

Niveau de couverture

Le niveau de couverture est identique à celui du contrat socle responsable à adhésion obligatoire.

Le détail des prestations prévues au contrat est indiqué au **tableau des garanties frais de santé** (réf. MHP-23677_2212) joint au présent document.

Structure de cotisation

La structure de cotisation est : « Conjoint/ Ascendant/ Enfant à charge »

Montant des cotisations

Les cotisations ci-dessous sont exprimées mensuellement et intègrent le financement de garanties d'assistance proposées par Auxia Assistance (convention 753734).

Elles viennent en complément de celles du contrat socle à adhésion obligatoire.

Structure(s) de cotisation	COTISATIONS CONTRACTUELLES	
	Régime* général	Régime* local
Conjoint	+ 40,50 €	+ 24,30 €
Ascendant	+ 40,50 €	+ 24,30 €
Enfant (gratuité à compter du 3 ^e enfant)	+ 25,33 €	+ 15,20 €

* Régime général ou local de Sécurité sociale française ou de la Mutualité Sociale Agricole (MSA)

Les cotisations contractuelles seront revues selon les modalités prévues dans les conditions générales.

Paiement des cotisations

Ces cotisations sont propres au présent contrat et sont à régler en plus de celles versées au titre du contrat socle à adhésion obligatoire.

Elles seront acquittées par le salarié selon la périodicité indiquée aux conditions générales via un prélèvement automatique sur son compte bancaire ou par virement.

Contrat surcomplémentaire responsable Adhésion obligatoire

Ce contrat vient en complément du contrat socle responsable à adhésion obligatoire

Cocher la case si vous souhaitez adhérer à ce contrat.

Nature et objet du contrat

Ce contrat, souscrit dans un cadre collectif à adhésion obligatoire, permet d'améliorer les garanties frais de santé du salarié et celles de ses ayants droit éventuels.

Il est régi par les conditions générales N° 22517. La notice d'information N° 22541 lui est associée.

Les ayants droit sont nécessairement les mêmes que ceux couverts par le contrat extension ayant(s) droit à adhésion facultative.

Niveau de couverture

Le niveau de couverture retenu est (cocher la case correspondante) :

- OPTION 1
 OPTION 2
 OPTION 3

Le détail des prestations prévues au contrat est indiqué au **tableau des garanties frais de santé** (réf. MHP-23677_2212) joint au présent document.

Structure de cotisation

La structure de cotisation est : « Salarié / Conjoint / Ascendant / Enfant à charge ».

Montant des cotisations

Les cotisations ci-dessous sont exprimées mensuellement et viennent en complément de celles du contrat socle responsable à adhésion obligatoire ou du contrat extension ayants droit à adhésion facultative.

Structure(s) de cotisation	COTISATIONS CONTRACTUELLES					
	Régime* général			Régime* local		
	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
Salarié	+ 15,22 €	+ 29,74 €	+ 33,31 €	+ 15,22 €	+ 29,74 €	+ 33,31 €
Conjoint	+ 15,22 €	+ 29,74 €	+ 33,31 €	+ 15,22 €	+ 29,74 €	+ 33,31 €
Ascendant	+ 15,22 €	+ 29,74 €	+ 33,31 €	+ 15,22 €	+ 29,74 €	+ 33,31 €
Enfant (gratuité à compter du 3 ^e enfant)	+ 8,78 €	+17,22 €	+19,29 €	+ 8,78 €	+17,22 €	+19,29 €

* Régime général ou local de Sécurité sociale française ou de la Mutualité Sociale Agricole (MSA)

Les cotisations contractuelles seront revues selon les modalités prévues dans les conditions générales.

Paiement des cotisations

Ces cotisations sont propres au présent contrat et sont à régler en plus de celles versées au titre du contrat socle à adhésion obligatoire ou du contrat extension ayants droit à adhésion facultative.

Pour les cotisations relatives au salarié :

Elles seront versées en totalité par le souscripteur à l'organisme assureur selon la périodicité indiquée aux conditions générales.

Pour les cotisations relatives aux ayants droit éventuels du salarié :

Elles seront acquittées mensuellement par le salarié via un prélèvement automatique sur son compte bancaire ou par virement.

Contrat surcomplémentaire responsable Adhésion facultative

Ce contrat vient en complément du contrat socle responsable à adhésion obligatoire

Nature et objet du contrat

Ce contrat, souscrit dans un cadre collectif à adhésion facultative, permet d'améliorer davantage les garanties frais de santé du salarié et celles de ses ayants droit éventuels.

Il est régi par les conditions générales N° 22517. La notice d'information N° 22541 lui est associée.

Les ayants droit sont nécessairement les mêmes que ceux couverts par le contrat extension ayant(s) droit à adhésion facultative.

Niveau de couverture

Le(s) niveau(x) de couverture possible(s) au choix du salarié est(sont) :

Si le souscripteur a opté pour le niveau de couverture à adhésion obligatoire : BASE

- OPTION 1
- OPTION 2
- OPTION 3

Si le souscripteur a opté pour le niveau de couverture à adhésion obligatoire : BASE + OPTION 1

- OPTION 2
- OPTION 3

Si le souscripteur a opté pour le niveau de couverture à adhésion obligatoire : BASE + OPTION 2

- OPTION 3

Si le souscripteur a opté pour le niveau de couverture à adhésion obligatoire : BASE + OPTION 3

La souscription d'un contrat surcomplémentaire à adhésion facultative au choix du salarié est impossible.

Le détail des prestations prévues au contrat est indiqué au **tableau des garanties frais de santé** (réf. MHP-23677_2212) joint au présent document.

Structure de cotisation

La structure de cotisation est : « Salarié / Conjoint / Ascendant / Enfant à charge ».

Montant des cotisations

Les cotisations ci-dessous sont exprimées mensuellement et viennent en complément de celles du contrat socle responsable à adhésion obligatoire ou du contrat extension ayants droit à adhésion facultative.

Structure(s) de cotisation	COTISATIONS CONTRACTUELLES					
	Régime* général			Régime* local		
	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
Salarié	+ 17,50 €	+ 34,20 €	+ 38,30 €	+ 17,50 €	+ 34,20 €	+ 38,30 €
Conjoint	+ 17,50 €	+ 34,20 €	+ 38,30 €	+ 17,50 €	+ 34,20 €	+ 38,30 €
Ascendant	+ 17,50 €	+ 34,20 €	+ 38,30 €	+ 17,50 €	+ 34,20 €	+ 38,30 €
Enfant (gratuité à compter du 3 ^e enfant)	+ 10,10 €	+19,80 €	+22,18 €	+ 10,10 €	+19,80 €	+22,18 €

* Régime général ou local de Sécurité sociale française ou de la Mutualité Sociale Agricole (MSA)

Les cotisations contractuelles seront revues selon les modalités prévues dans les conditions générales.

Paiement des cotisations

Ces cotisations sont propres au présent contrat et sont à régler en plus de celles versées au titre du contrat socle à adhésion obligatoire ou du contrat extension ayants droit à adhésion facultative.

Elles seront acquittées mensuellement par le salarié via un prélèvement automatique sur son compte bancaire ou par virement.

Engagement du souscripteur

Le(s) présent(s) contrat(s) d'adhésion, est(sont) souscrit(s) à effet du **1er jour du mois civil suivant son envoi postal** (cachet de la poste faisant foi) ; un double vous sera retourné après signature par Malakoff Humanis Prévoyance. En tout état de cause, la souscription ne sera effective qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

Le souscripteur certifie avoir été sollicitée par son conseiller pour déterminer ses besoins et exigences en matière de couverture frais de santé et prévoyance et avoir bénéficié d'un conseil adapté à sa situation préalablement à la souscription du(des) présent(s) contrat(s) d'adhésion.

Préalablement à la signature du(des) contrat(s) d'adhésion, le souscripteur déclare :

- que la convention collective déclarée et appliquée au sein de l'entreprise lui permet de bénéficier de l'offre proposée ;
- avoir été informé de l'intérêt de souscrire au(x) contrat(s) sélectionné(s) ci-dessus pour le(s)quel(s) un exemplaire du document d'information sur le produit d'assurance (IPID) lui a été remis ;
- avoir pris connaissance et signé la Fiche d'information et de conseil communiquée lorsque le(s) contrat(s) n'est(ne sont) pas proposé(s) par un intermédiaire
- certifier exactes et sincères les informations mentionnées sur le(les) présent(s) contrat(s) d'adhésion ;
- avoir pris connaissance et accepté les termes :
 - du présent document « contrat(s) d'adhésion »,
 - du(des) tableau(x) des garanties associé(s),
 - des conditions générales associées,
 - de l'(des) annexe(s) relative(s) à la communication des frais de gestion et de distribution
 - de la(les) notice(s) d'information correspondante(s) au(x) contrat(s) au(x)quel(s) il demande à souscrire.
Le souscripteur s'engage à remettre aux personnes assurées une copie de la(des) notice(s) d'information. À ce titre, la preuve de la remise de la(des) notice(s) lui incombe.
- être informé que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte, entraîne les sanctions prévues aux articles L.932-7 et L.932-17 du Code de la sécurité sociale ;
- s'être conformé aux dispositions du Code de la sécurité sociale relatives à la mise en place ou à la modification d'un régime de garanties collectives (article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale) ;
- vouloir souscrire au(x) contrat(s) susmentionné(s) et retenu(s) par ses soins.

RAPPEL

La convention collective du siège social de l'entreprise s'applique à l'ensemble de ses établissements.

Il existe une exception à la règle : si l'entreprise dispose d'un établissement situé en dehors du champ territorial de cette convention et s'il s'agit d'un établissement « autonome dans son activité et son organisation », dans ce cas, celui-ci ne bénéficie pas de la Convention collective du siège et peut être régi par une autre convention collective.

Pour la mise en place de la protection sociale complémentaire au sein de cet établissement, il est nécessaire de :

- Disposer d'un établissement « autonome »
- Conclure un accord d'établissement spécifique pour la mise en place du régime.

Signature

Les informations ci-dessous sont toutes indispensables et à compléter pour l'émission du contrat

Pour LE SOUSCRIPTEUR

Fait à

Le

Nom, prénom du signataire (1)

.....

En sa qualité de

.....

Pour MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE

Fait à

Le

Nom, prénom du signataire

.....

En sa qualité de

.....

Signature (et cachet)

Signature (et cachet)

Ce document complété, daté et signé par vos soins est à transmettre à votre conseiller :

- soit en mains propres
- soit par voie postale à l'adresse suivante : MALAKOFF HUMANIS Gestion Assurance 78288 GUYANCOURT CEDEX

(1) L'adhésion constituant un engagement contractuel du souscripteur, le présent document « contrat(s) d'adhésion » doit être signé par l'un de ses représentants légaux ou, à défaut, par une personne dûment habilitée à prendre cet engagement. Afin d'enregistrer l'adhésion, le souscripteur doit joindre au présent document un Kbis de moins de 3 mois ou le récépissé de déclaration à la Préfecture pour une Association. Lorsque le signataire n'est pas le représentant légal mentionné sur le Kbis ou n'est pas le président de l'association, il doit fournir une copie de sa pièce d'identité (CNI, passeport, carte de séjour) en cours de validité ainsi que le pouvoir l'ayant dûment habilité à cet effet.

CONTRAT(S) DISTRIBUÉ(S) PAR L'ASSOCIATION DE MOYENS ASSURANCE DE PERSONNES :

Le(s) contrat(s) mentionné(s) ci-dessus vous est(ont) proposé(s) par l'**Association de Moyens Assurance de Personnes** association régie par la loi du 1er juillet 1901, SIREN N° 840 599 930, N° ORIAS 19000811, www.orias.fr, dont le siège est sis 21 rue Laffitte - 75009 Paris, agissant en qualité de mandataire d'assurance de **Malakoff Humanis Prévoyance**, organisme d'assurance du groupe Malakoff Humanis. L'Association de Moyens Assurance de Personnes est soumise à une obligation contractuelle de travailler exclusivement avec les organismes d'assurance de Malakoff Humanis dont le nom peut vous être communiqué sur simple demande. Les conseillers de l'Association de Moyens Assurance de Personnes chargés de présenter les opérations d'assurance sont rémunérés sous la forme d'une rémunération fixe complétée le cas échéant de rémunérations variables. En cas de réclamation vous pouvez adresser une demande écrite à Malakoff Humanis, Service de Réclamation Entreprises, 78288 Guyancourt Cedex ou par e-mail : reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com. Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, vous pouvez vous adresser au médiateur de la Protection Sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance - CTIP), à l'adresse suivante : M. le médiateur de la protection sociale CTIP, 10 rue Cambacérès, 75008 Paris ou par voie électronique : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/> dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de votre réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

CONTRAT(S) DISTRIBUÉ(S) PAR RADIANCE MUTUELLE :

Le(s) contrat(s) mentionné(s) ci-dessus vous est(ont) proposé(s) par **Radiance Mutuelle**, mutuelle régie par le livre II du code de la Mutualité, SIREN N° 483 747 333, dont le siège est sis 95 rue Vendôme – 69006 LYON, agissant en qualité de distributeur d'assurance de **Malakoff Humanis Prévoyance**, organisme d'assurance du groupe Malakoff Humanis. Radiance Mutuelle est membre du groupe Malakoff Humanis. Les conseillers de Radiance Mutuelle chargés de présenter les opérations d'assurance sont rémunérés sous la forme d'une rémunération fixe complétée le cas échéant de rémunérations variables. En cas de réclamation vous pouvez adresser une demande écrite à Malakoff Humanis, Service de Réclamation Entreprises, 78288 Guyancourt Cedex ou par e-mail : reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com. Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, vous pouvez vous adresser au médiateur de la Protection Sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance - CTIP), à l'adresse suivante : M. le médiateur de la protection sociale CTIP, 10 rue Cambacérès, 75008 Paris ou par voie électronique : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/> dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de votre réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

MHP-22506_2302

MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE, Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale

Siège : 21 rue Laffitte - 75009 Paris - N° SIREN 775 691 181

AUXIA ASSISTANCE, SA au capital de 1 780 000 € - Entreprise régie par le Code des assurances

Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris - 351 733 761 RCS Paris