

## PROPOSITION DE CONTRAT DE L'ENTREPRISE

### Contrat collectif Prévoyance

des entreprises relevant de la Convention Collective Nationale des Bureaux d'Études Techniques et Cabinets d'Ingénieurs Conseils, Sociétés de Conseils (IDCC 1486)

#### L'ENTREPRISE

Raison sociale .....

N° SIRET ..... Code NAF/APE .....

Adresse de correspondance (si différente de celle mentionnée sur la pièce légale).....

Code postal ..... Ville .....

Relève du régime de Sécurité sociale suivant .....  Général  Alsace-Moselle

**Contact au sein de l'entreprise** (si différent du représentant de l'entreprise)

Prénom ..... Nom .....

Fonction.....

Adresse e-mail .....

#### CATÉGORIE DE PERSONNEL À ASSURER

L'employeur 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.

Cochez la case correspondante	EFFECTIF	ÂGE MOYEN
<input type="checkbox"/> Personnel relevant de la CCN du 14 mars 1947 (cadre)		
<input type="checkbox"/> Personnel ne relevant pas de la CCN du 14 mars 1947 (non-cadre)		

Indiquer le nombre d'anciens salariés bénéficiaires de la portabilité (art. L.911-8 du Code de la sécurité sociale) | \_\_\_\_\_

#### Document à remettre à votre conseiller

##### 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

##### OCIRP (ORGANISME COMMUN DES INSTITUTIONS DE RENTE ET DE PRÉVOYANCE)

Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale et à but non lucratif

Siège : 17 rue de Marignan, 75008 Paris - N° SIREN 788 334 720

Les réclamations peuvent être envoyées à l'adresse suivante :

Malakoff Humanis, Service Réclamations Entreprises,

78288 Guyancourt cedex

ou : [reclamation-entreprise-assurance@malakoffmederic.com](mailto:reclamation-entreprise-assurance@malakoffmederic.com)

## DÉCLARATION DES RISQUES EN COURS

L'entreprise déclare à la date de signature du présent document :

**NE PAS AVOIR :**

- de salariés et/ou d'anciens salariés en incapacité de travail (incapacité temporaire ou invalidité), ni de bénéficiaires de rente d'éducation et de rente de conjoint à la date de signature du présent document ;
- d'anciens salariés et/ou d'ayants droit d'anciens salariés décédés bénéficiant ou susceptibles de bénéficier du maintien de la garantie décès et/ou de la revalorisation de prestations périodiques.

**Dans ce cas, les garanties et taux de cotisation mentionnés dans le présent document restent valables sans ajustement jusqu'à la date de prise d'effet du contrat.**

**AVOIR :**

- des salariés et/ou anciens salariés en incapacité de travail (incapacité temporaire ou invalidité) ou des bénéficiaires de rente d'éducation ou de rente de conjoint ;
- des anciens salariés et/ou des ayants droit d'anciens salariés décédés bénéficiant ou susceptibles de bénéficier du maintien de la garantie décès et/ou de la revalorisation de prestations périodiques.

**Dans ce cas, veuillez compléter l'imprimé « État des risques en cours » joint à la présente proposition de contrat.**

**L'assureur pourra soit proposer une tarification pour la reprise des risques en cours en établissant une nouvelle proposition de contrat, soit refuser la souscription du contrat.**

**Si la situation venait à être modifiée, l'entreprise s'engage à en informer immédiatement l'assureur.**

## LE(S) CONTRAT(S) CHOISI(S) ET LES COTISATIONS AFFÉRENTES

L'entreprise demande à souscrire au(x) contrat(s) défini(s) ci-après (cochez les cases utiles).

Indiquez la date d'effet souhaitée .....

**Régime conventionnel de base**

Ce contrat est régi par les conditions générales N° 2668/2

Le détail des prestations prévues au contrat est exposé au Tableau des garanties joint à la présente proposition.

Garanties de prévoyance	Taux de cotisations (*)
Décès et perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) toutes causes	0,74 % TA (*) + 1,13 % TB / TC (*)
Double effet	
Rente éducation	
Incapacité temporaire	
Invalidité	

(\*) les taux de cotisations sont exprimés en tranches de salaire :

- TA : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale.

- TB : tranche de salaire comprise entre 1 et 4 fois ce plafond.

- TC : tranche de salaire au-delà de 4 fois ce plafond et dans la limite de 8 fois ce plafond.

Il est précisé que les orientations prises dans le cadre de l'unification des régimes AGIRC et ARRCO n'ont pas d'impact sur les définitions précitées. PMSS pour l'année 2020 : 3 428 €.

## Contrat complémentaire obligatoire

Pour permettre à vos salariés d'améliorer leurs garanties, vous pouvez souscrire au contrat complémentaire obligatoire en remplissant les informations requises au présent paragraphe / en cochant la case. Ce contrat est régi par les conditions générales N° 2669/2

Précisez la formule ou l'option retenue parmi celle(s) proposée(s) :

<input type="checkbox"/> FORMULE 1 Avant ANI 2013 (PACK 1,50 %)	<input type="checkbox"/> FORMULE 1 (Pack 1,50 %)
<input type="checkbox"/> FORMULE MH Avant ANI 2013 (Pack renforcé)	<input type="checkbox"/> FORMULE MH (Pack renforcé)
<input type="checkbox"/> Option extension des garanties à la tranche C	<input type="checkbox"/> Option extension des garanties à la tranche C

Le détail des prestations prévues au contrat est indiqué au tableau des garanties joint à la présente proposition.

Les taux de cotisations sont définis ci-dessous.

Garanties de prévoyance	Taux de cotisations <sup>(*)</sup>			
	FORMULE 1 Avant ANI 2013 (pack 1,5%)	FORMULE 1 (pack 1,5%)	FORMULE MH Avant ANI 2013 (Pack renforcé)	FORMULE MH (Pack renforcé)
Décès et perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) toutes causes				
Décès accidentel et perte totale et irréversible d'autonomie accidentelle (PTIAA)	0,80 % TA <sup>(*)</sup>	0,76 % TA <sup>(*)</sup>	0,80 % TA <sup>(*)</sup> + 0,97 % TB <sup>(*)</sup> + 0,97 % TC <sup>(*)</sup>	0,76 % TA <sup>(*)</sup> + 0,93 % TB <sup>(*)</sup> + 0,93 % TC <sup>(*)</sup>
Double effet				
Incapacité temporaire				
Invalidité				

(\*) les taux de cotisations sont exprimés en tranches de salaire :

- TA : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale.

- TB : tranche de salaire comprise entre 1 et 4 fois ce plafond.

- TC : tranche de salaire au-delà de 4 fois ce plafond et dans la limite de 8 fois ce plafond. Le taux de cotisation sur la TC s'applique uniquement si l'entreprise a souscrit des garanties sur cette tranche.

Il est précisé que les orientations prises dans le cadre de l'unification des régimes AGIRC et ARRCO n'ont pas d'impact sur les définitions précitées.

PMSS pour l'année 2020 : 3 428 €.

## DÉCLARATION DE L'ENTREPRISE ET CONDITIONS D'ACCEPTATION

L'entreprise déclare (cochez toutes les cases) :

- relever de la Convention Collective Nationale des Bureaux d'Études Techniques et Cabinets d'Ingénieurs Conseils, Sociétés de Conseils (IDCC 1486) ;
- avoir été informée 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 ;
- s'engager à ce que les salariés accomplissent les formalités médicales ;
- avoir pris connaissance et signé la Fiche d'information et de conseil communiquée ;
- certifier exactes et sincères les informations mentionnées sur la présente proposition de contrat ;
- avoir reçu et accepté les conditions générales du(des) contrats au(x)quel(s) elle demande à souscrire ainsi que la(les) notice(s) d'information correspondante(s). Conformément aux dispositions de l'article L.932-6 du Code de la sécurité sociale, l'employeur, en sa qualité de souscripteur du contrat, est tenu de remettre la(les) notice(s) d'information à chaque assuré ;
- être informée que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte, entraîne les sanctions prévues aux articles L.932-7, L.932-16 et L.932-17 du Code de la sécurité sociale.

## FORMALITÉS MÉDICALES

### Au titre du régime de prévoyance conventionnel

Aucune formalité médicale n'est demandée.

### Au titre des garanties complémentaires au régime de prévoyance conventionnel

Le salarié pourra être soumis à un contrôle médical par le médecin conseil de Malakoff Humanis Prévoyance.

En cas de risque aggravé, Malakoff Humanis Prévoyance pourra soit refuser la souscription des garanties complémentaires, soit proposer une nouvelle tarification pour ces garanties et établir une nouvelle proposition de contrat.

### L'entreprise,

mentionnée en première page du présent document et représentée par .....

qualité du signataire .....

adresse e-mail du signataire (si différente de l'adresse e-mail de contact) .....

### demande à souscrire au contrat susmentionné.

**L'acceptation par l'organisme assureur des conditions contractuelles est formalisée par l'envoi des conditions particulières, qui associées aux conditions générales forment le contrat d'assurance. Les conditions particulières précisent la date d'effet, les garanties souscrites, la catégorie de personnel assurée et les taux de cotisations.**

Fait à .....

Le .....

Signature du représentant de l'entreprise

Le(s) contrat(s) mentionné(s) ci-dessus vous est (sont) proposé(s) par l'Association de Moyens Assurance de Personnes (AMAP) association régie par la loi du 1<sup>er</sup> 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'AMAP 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'AMAP 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](mailto:reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com). 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/saisine-mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>. Vous avez également la possibilité de vous adresser à l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

## LES PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE

**La réception des pièces suivantes est indispensable à la souscription du/des contrat(s) au(x)quel(s) vous avez demandé à adhérer :**

- une pièce légale de moins de 3 mois (ex : k-bis, récépissé dépôt légal, extrait d'immatriculation au RCS, etc.) ;
- un justificatif habilitant le signataire de la présente proposition de contrat(s), à s'engager au nom de la personne morale mentionnée en première page, au titre d'une délégation de pouvoir.

**Nous vous remercions de joindre à la présente, les bulletins individuels d'affiliation des membres de l'effectif assurable appelés à bénéficier du contrat, dûment complétés et signés par ces derniers.**