

PROPOSITION DE CONTRAT DE L'ENTREPRISE Tarification spécifique

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

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.

Les taux de cotisations ci-dessous intègrent :

- la surprime liée à la sélection médicale (risque aggravé) ;
- la surprime liée à la reprise des risques en cours.

Garanties	Taux de cotisations (*)
Décès et perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) toutes causes	
Double effet	
Rente éducation	
Incapacité temporaire	
Invalité	
Sous-total	0,74 % TA (*) + 1,13 % TB / TC (*)
<input type="checkbox"/> Sur-cotisation liée à la Sélection médicale	
<input type="checkbox"/> Sur-cotisation liée à la Reprise des risques en cours **	
Total	
<input type="checkbox"/> Sur-cotisation liée à la Sélection médicale (prime unique)	
<input type="checkbox"/> Sur-cotisation liée à la Reprise des risques en cours (prime unique) **	

(*) 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 €

(**) le détail de la sur-cotisation est mentionné au paragraphe « Modalités de reprise des risques en cours ».

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°2 669/2

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 ci-dessous intègrent :

- la surprime liée à la sélection médicale (risque aggravé) ;
- la surprime liée à la reprise des risques en cours.

Garanties	Taux de cotisations (*)			
	FORMULE 1 Avant ANI 2013 (Pack 1,50%)	FORMULE 1 (Pack 1,50%)	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 (*)	0,76 % TA (*)	0,80 % TA (*) + 0,97 % TB (*) + 0,97 % TC (*)	0,76 % TA (*) + 0,93 % TB (*) + 0,93 % TC (*)
Double effet				
Incapacité temporaire				
Invalidité				
Sous Total			<input type="text"/> TA (*) + <input type="text"/> TB (*) + <input type="text"/> TC (*)	
<input type="checkbox"/> Sur-cotisation liée à la Sélection médicale				
<input type="checkbox"/> Sur-cotisation liée à la Reprise des risques en cours **				
Total				
<input type="checkbox"/> Sur-cotisation liée à la Sélection médicale (prime unique)				
<input type="checkbox"/> Sur-cotisation liée à la Reprise des risques en cours (prime unique) **				

(*) 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 : 3428 €

(**) le détail de la sur-cotisation est mentionné au paragraphe « Modalités de reprise des risques en cours ».

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.

MODALITÉS DE REPRISE DES RISQUES EN COURS

L'imprimé « État des risques en cours » a été renseigné, et la tarification des risques est la suivante :

A / Modalités de financement au titre du maintien des garanties	Montant de la cotisation (*)
<input type="checkbox"/> Maintien du différentiel des prestations versées aux salariés en arrêt de travail, au titre des garanties décès, à la date d'effet du contrat	
<input type="checkbox"/> Versement d'une prime unique.....	..... euros
<input type="checkbox"/> Sur-cotisation pendant années .....	..... % TA % TB % TC
<input type="checkbox"/> Maintien du différentiel des prestations versées aux salariés en arrêt de travail, au titre des garanties arrêt de travail à la date d'effet du contrat	
<input type="checkbox"/> Versement d'une prime unique.....	..... euros
<input type="checkbox"/> Sur-cotisation pendant années .....	..... % TA % TB % TC
<input type="checkbox"/> Couverture des salariés en arrêt de travail à la date d'effet du contrat et ne bénéficiant pas précédemment de couverture au titre du risque incapacité temporaire	
<input type="checkbox"/> Versement d'une prime unique.....	..... euros
<input type="checkbox"/> Sur-cotisation pendant années .....	..... % TA % TB % TC
<input type="checkbox"/> Couverture des salariés en invalidité à la date d'effet du contrat et ne bénéficiant pas précédemment de couverture au titre du risque invalidité	
<input type="checkbox"/> Versement d'une prime unique.....	..... euros
<input type="checkbox"/> Sur-cotisation pendant années .....	..... % TA % TB % TC
SOUS-TOTAL 1 :	..... euros
Cotisation additionnelle de reprise des sinistres en cours au titre du maintien des garanties	..... % TA % TB % TC
B / Modalités de financement au titre de la revalorisation des prestations	Montant de la cotisation (*)
<input type="checkbox"/> Revalorisation des indemnités journalières en cours de service à la date d'effet du contrat	
<input type="checkbox"/> Versement d'une prime unique.....	..... euros
<input type="checkbox"/> Sur-cotisation pendant années .....	..... % TA % TB % TC
<input type="checkbox"/> Revalorisation des rentes d'invalidité en cours de service à la date d'effet du contrat	
<input type="checkbox"/> Versement d'une prime unique.....	..... euros
<input type="checkbox"/> Sur-cotisation pendant années .....	..... % TA % TB % TC
<input type="checkbox"/> Revalorisation des rentes d'éducation en cours de service à la date d'effet du contrat	
<input type="checkbox"/> Versement d'une prime unique.....	..... euros
<input type="checkbox"/> Sur-cotisation pendant années .....	..... % TA % TB % TC
<input type="checkbox"/> Revalorisation des rentes de conjoint en cours de service à la date d'effet du contrat :	
<input type="checkbox"/> Versement d'une prime unique.....	..... euros
<input type="checkbox"/> Sur-cotisation pendant années .....	..... % TA % TB % TC
SOUS-TOTAL 2	..... euros
Cotisation additionnelle de reprise des sinistres en cours au titre du maintien des garanties	..... % TA % TB % TC
TOTAL GÉNÉRAL	..... euros
des cotisations additionnelles de reprise des sinistres en cours (SOUS-TOTAL 1 + SOUS-TOTAL 2)	..... % TA % TB % TC

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.

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^{er} 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. 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.