

PROPOSITION DE CONTRAT(S) DE L'ENTREPRISE

Contrat(s) collectif(s) frais de santé

des entreprises relevant de la convention collective nationale des commerces de gros (IDCC 573)

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"/> Ensemble du personnel		
<input type="checkbox"/> Personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947 (cadre)		
<input type="checkbox"/> Personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 bis 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

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)

L'entreprise demande à souscrire au(x) contrat(s) mentionné(s) ci-après.

Indiquez la date d'effet souhaitée

A - Contrat complémentaire obligatoire

Ce contrat est régi par les conditions générales N° 9519

Précisez la formule retenue parmi celle(s) proposée(s) REGIME R1 REGIME R2 REGIME R3

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

L'entreprise verse à l'assureur la totalité des cotisations :

- mentionnées dans le tableau ci-dessous
- exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS).

Indiquer la structure de cotisation retenue dans le tableau ci-dessous (cochez la case utile)

Structures de cotisation	Cotisations du Régime général			Cotisations du Régime Alsace Moselle		
	Régime R1	Régime R2	Régime R3	Régime R1	Régime R2	Régime R3
<input type="checkbox"/> Assuré seul	0,93 %	1,37 %	1,87 %	0,47 %	0,81 %	1,40 %
<input type="checkbox"/> Tarif unique Famille Salarié + conjoint + enfant(s)	1,77 %	2,53 %	3,37 %	0,88 %	1,50 %	2,52 %

B - Contrat complémentaire facultatif « Extension conjoint non à charge au sens du contrat »

Pour permettre à vos salariés d'étendre leurs garanties à leur conjoint, vous pouvez souscrire au contrat complémentaire facultatif en remplissant les informations requises au présent paragraphe (cochez la case)

Ce contrat est régi par les conditions générales N° 9519

La formule ou l'option retenue parmi celle(s) proposée(s), sera identique à celle du contrat complémentaire obligatoire à destination des salariés.

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

Les cotisations dues au titre du contrat complémentaire facultatif « extension conjoint non à charge au sens du contrat » :

- sont à la charge exclusive de l'assuré ;
- exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) ;
- peuvent être réglées via le mode de paiement suivant (cochez la case utile) :
 - Précompte salarial (dans ce cas, vous vous engagez à procéder au versement des cotisations telles qu'elles figurent au présent document pour la couverture des risques correspondants)
 - Prélèvement sur le compte bancaire du salarié

Structures de cotisation	Cotisations du Régime général			Cotisations du Régime Alsace Moselle		
	Régime R1	Régime R2	Régime R3	Régime R1	Régime R2	Régime R3
Conjoint non à charge au sens du contrat	1,02 %	1,51 %	2,06 %	0,51 %	0,89 %	1,54 %

DÉCLARATION DE L'ENTREPRISE ET CONDITIONS D'ACCEPTATION

L'entreprise déclare (cochez toutes les cases) :

- relever de la convention collective nationale des commerces de gros (IDCC 573),
- 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 ;
- 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(s) ;
- avoir reçu et accepté les conditions générales du(des) contrat(s) 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(des) contrat(s), 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 ;
- s'être conformée aux dispositions du Code de la sécurité sociale relatives à la mise en place ou à la modification d'un contrat collectif de frais de santé à adhésion obligatoire (article L.911-1 du Code de la sécurité sociale).

L'entreprise,

mentionnée en première page du présent document et représentée par

qualité du signataire

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

demande à souscrire au(x) contrat(s) susmentionné(s).

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 Cambacères, 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.

TABLEAU DES GARANTIES « 100 % SANTÉ »

Les remboursements interviennent y compris le remboursement de la Sécurité sociale française, dès lors qu'elle intervient.

Les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés.

	Régime R1	Régime R2	Régime R3
HOSPITALISATION ⁽¹⁾ (établissement conventionné ou non ⁽²⁾)			
Frais de séjour en établissement conventionné	100 % BR	190 % BR	300 % BR
Frais de séjour en établissement non conventionné ⁽²⁾	100 % BR	190 % BR	300 % BR
Honoraires praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150 % BR	170 % BR	300 % BR
Honoraires praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	130 % BR	150 % BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier ⁽³⁾ non remboursé SS sans limitation de durée	100 % DE	100 % DE	100 % DE
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	100 % DE	100 % DE	100 % DE
Chambre particulière ⁽⁴⁾ non remboursée SS (y/c hospitalisation en ambulatoire)	30 €	50 €	70 €
Lit d'accompagnant ⁽⁴⁾ non remboursé SS / Bénéficiaire dont l'âge est < à 16 ans	30 €/nuitée	40 €/nuitée	50 €/nuitée
Allocation maternité ou adoption plénière Par enfant ou par famille ou doublée en cas de naissance gémellaire (limitée à la dépense engagée)	-	10 % PMSS	20 % PMSS
DENTAIRE – auprès d'un professionnel			
Soins et prothèses « 100 % santé » **			
À compter du 01/01/2020 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/2021 pour les autres prothèses du panier dentaire	SRAP ⁽⁸⁾	SRAP ⁽⁸⁾	SRAP ⁽⁸⁾
Soins			
Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100 % BR	130 % BR	170 % BR
Inlay/onlay	125 % BR	200 % BR	450 % BR
Prothèses autres que « 100 % santé »			
Prothèses dentaires à tarifs modérés remboursées SS (inlay-onlay, couronne transitoire, couronne définitive, bridge, prothèse amovible ou réparation)	125 % BR	200 % BR	450 % BR
Inlay-core à tarifs modérés	125 % BR	200 % BR	400 % BR
Prothèses dentaires à tarifs libres remboursées SS (inlay-onlay, couronne transitoire, couronne définitive, bridge, prothèse amovible ou réparation)	125 % BR	200 % BR	450 % BR
Inlay-core à tarifs libres	125 % BR	200 % BR	400 % BR
Prothèses dentaires non remboursées SS (forfait/an/bénéficiaire)	-	100 €	300 €
Implantologie			
Fausse racine et pilier implantaire non remboursés SS (forfait/an/bénéficiaire)	-	250 €	600 €
Orthodontie ⁽⁵⁾			
Orthodontie remboursée SS (forfait/semestre de traitement/bénéficiaire)	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Orthodontie non remboursée SS (<25 ans) (forfait/semestre de traitement/bénéficiaire, limité à 4 semestres)	50 % BRR	150 % BRR	300 % BRR
OPTIQUE – Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales ⁽¹¹⁾			
Équipement « 100 % santé » ** (classe A)			
1 Monture + 2 verres	SRAP ⁽⁹⁾	SRAP ⁽⁹⁾	SRAP ⁽⁹⁾
Équipement autre que « 100 % santé » (classe B)			
Bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans *****			
Par verre simple ⁽¹⁰⁾	50 €	60 €	120 €
Par verre complexe ⁽¹⁰⁾	75 €	110 €	210 €
Par verre très complexe ⁽¹⁰⁾	75 €	110 €	210 €
Par monture de lunettes	50 €	80 €	100 €

	Régime R1	Régime R2	Régime R3
OPTIQUE - Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales ⁽¹¹⁾			
Bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans *****			
Par verre simple ⁽¹⁰⁾	50 €	60 €	120 €
Par verre complexe ⁽¹⁰⁾	75 €	110 €	210 €
Par verre très complexe ⁽¹⁰⁾	75 €	110 €	210 €
Par monture de lunettes	50 €	80 €	100 €
Lentilles			
Lentilles prescrites remboursées SS ⁽⁶⁾ (minimum 100 % BR)	3 % PMSS	5 % PMSS	10 % PMSS
Lentilles prescrites (y/c jetables) non remboursées SS (forfait/an/bénéficiaire)	-	5 % PMSS ⁽⁶⁾	10 % PMSS ⁽⁶⁾
Chirurgie optique réfractive (forfait/œil/an)	-	250 €	600 €
AIDES AUDITIVES OU ÉQUIPEMENT (par oreille)			
Jusqu'au 31/12/2020			
Appareil auditif remboursé SS (forfait/an/bénéficiaire)	100 % BR	225 % BR	400 % BR
À compter du 01/01/2021 : renouvellement par appareil tous les 4 ans			
Équipement « 100 % Santé » ** (Classe I ***)	SRAP ⁽⁹⁾	SRAP ⁽⁹⁾	SRAP ⁽⁹⁾
Équipement autre que « 100 % Santé » (Classe II ***) :			
Plafond aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement SS	1 700 € TTC	1 700 € TTC	1 700 € TTC
Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité *****	100 % BR	122 % BR	122 % BR
Bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	100 % BR	225 % BR	400 % BR
Accessoires et fournitures	100 % BR	100 % BR	100 % BR
SOINS COURANTS - auprès d'un professionnel conventionné ou non			
Honoraires médicaux			
Consultation / visite / consultation en ligne chez un généraliste :			
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	140 % BR	200 % BR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	120 % BR	180 % BR
Consultation / visite / consultation en ligne chez un spécialiste :			
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	140 % BR	220 % BR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	120 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux :			
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150 % BR	160 % BR	220 % BR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	130 % BR	140 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie médicale :			
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150 % BR	160 % BR	200 % BR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	130 % BR	140 % BR	180 % BR
Honoraires paramédicaux	100 % BR	130 % BR	170 % BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	130 % BR	170 % BR
Matériel médical : appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique)	100 % BR	150 % BR	250 % BR
Frais de transport sanitaire : Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR ⁽⁷⁾	100 % BR	125 % BR	150 % BR
Cures thermales : Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait transport et hébergement thermal (max : 1 intervention/année civile)	-	150 €	300 €
Médicaments remboursés à 65 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments remboursés à 30 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments remboursés à 15 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médecine additionnelle et de prévention non remboursée SS, sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel : Acupuncteur, chiropracteur, ostéopathe (max : 2 séances/an/bénéficiaire)	-	15 €	30 €
Actes de prévention conformément aux dispositions du décret n°2005-1226 du 29 septembre 2005 prise en charge des actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du Code de la sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Assistance	Oui	Oui	Oui

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **BR - SS** = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. **DE** = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. **TM** = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). **RO** = Régime obligatoire (Sécurité sociale). **RC** = Régime complémentaire. **PMSS** = Plafond mensuel de la Sécurité sociale. **SRAP** : Sans reste à payer. **BRR** : Base de remboursement reconstituée.

(*) Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous. (**) Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés. (***) Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales. (****) La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction. (*****) Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique. (2) En établissement non conventionné, la prise charge est limitée au ticket modérateur. (3) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles. (4) Hors établissements non conventionnés. La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour. (5) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement. (6) Les prestations «remboursées» et «non remboursées» ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations. (7) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier. (8) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales. (9) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales. (10) Types de verre : voir définition en page suivante. (11) Renouvellement : 1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes et les enfants à compter du 16ème anniversaire (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale). 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants plus de 6 ans et jusqu'à 15 ans révolus. 1 monture et 2 verres tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie, tous les ans dans tous les autres cas. (Art R. 871-2 css).

TYPES DE VERRE

Verre simple :

- unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptrie,
- unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
- unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

Verre complexe :

- unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries,
- unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
- unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
- unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries,
- multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries,
- multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
- multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Verre très complexe :

- multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries,
- multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
- multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
- multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.