

## FICHE D'INFORMATION ET DE CONSEIL

### Contrat(s) collectif(s) de prévoyance

des entreprises relevant de la convention collective nationale des professionnels de l'immobilier, administrateurs de biens, sociétés immobilières et agents immobiliers (IDCC 1527)

#### INFORMATIONS PRÉALABLES

Cette étude, valant fiche d'information et de conseil en application des articles L521-2, L521-4 et L521-6 du Code des assurances, est nécessaire et obligatoire :

- Pour vous permettre de mieux nous connaître,
- Pour nous assurer, de part et d'autre, que vos besoins et objectifs ont bien été pris en compte.

Nous vous remercions de bien vouloir en valider l'exactitude avant signature des deux exemplaires, dont l'un doit être remis à votre conseiller en même temps que la demande d'adhésion, et l'autre conservé par vos soins.

#### VOTRE ENTREPRISE

Raison sociale .....

Adresse du siège social .....

Forme juridique .....

Représentée par (civilité, nom et prénom) .....

Fonction .....

Effectif à assurer .....

#### VOS BESOINS

La présente étude a pour objectif de définir de façon claire et précise vos besoins afin de permettre à votre conseiller de vous proposer le(s) contrat(s) cohérent(s) avec votre situation et vos besoins de couverture.

Votre attention est attirée sur le fait que notre conseil se fonde sur les informations que vous avez accepté de nous communiquer, lesquelles doivent être complètes et sincères pour permettre la délivrance d'un conseil adapté et vous orienter dans le choix de votre/vos contrat(s) et garanties.

#### Couverture à adhésion obligatoire du salarié

Vous souhaitez faire bénéficier vos salariés :

- Personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 bis ou de l'annexe IV de la CCN du 14 mars 1947,
- Personnel relevant des articles 4 et 4 bis ou de l'annexe IV de la CCN du 14 mars 1947.

d'un régime complémentaire de prévoyance collectif à adhésion obligatoire conforme à vos obligations conventionnelles de branche comportant notamment des garanties en cas de décès, d'incapacité de travail ou d'invalidité.

## VOTRE CONSEILLER DISTRIBUTEUR

L'Association de Moyens Assurances de Personnes (AMAP), association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901, Siren n° 840 599 930, ORIAS n° 19000811, www.orias.fr, dont le siège social est 21 rue Laffitte - 75009 Paris.

L'AMAP est soumise à une obligation contractuelle de travailler exclusivement avec les organismes d'assurance de Malakoff Humanis.

À ce titre, l'AMAP est mandatée par L'Institution de Prévoyance Malakoff Humanis Prévoyance, régie par le Code de la sécurité sociale, pour distribuer le(s) présent(s) contrat(s) d'assurance.

L'AMAP est liée directement ou indirectement par des liens capitalistiques avec les organismes d'assurance du groupe Malakoff Humanis - Siège social : 21 rue Laffitte 75317 Paris cedex 09 - malakoffhumanis.com.

Dans le cadre de la présentation des opérations d'assurance l'AMAP est rémunérée par la combinaison de commissions, c'est-à-dire d'une rémunération incluse dans la prime d'assurance et versée par l'assureur et de tout autre type de rémunération, y compris tout avantage économique, proposé ou offert en rapport avec le(s) contrat(s) d'assurance.

## NOS PRÉCONISATIONS

Compte tenu des informations transmises par vos soins concernant vos exigences et vos besoins lors de notre entretien, nous vous conseillons le(s) contrat(s) suivant(s) :

### Couverture à adhésion obligatoire du salarié :

Nom du(des) contrat(s) proposé(s) à la souscription :

**CONTRAT PRÉVOYANCE COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE**  
**Conditions Générales n° 9729**

**CONTRAT DE PRÉVOYANCE SURCOMPLÉMENTAIRE OPTIONNEL COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE**  
**Conditions Générales n° 9731**

Nous vous rappelons que pour bénéficier des exonérations fiscales et sociales applicables aux cotisations versées, les garanties de prévoyance souscrites à titre collectif et obligatoire doivent bénéficier à des catégories de salariés définies objectivement, en respectant les dispositions prévues par les articles R.242-1-1 et suivants du Code de la sécurité sociale.

Nous attirons votre attention sur :

- la nécessité de vous conformer aux obligations déclaratives prévues par le contrat si celles-ci vous sont applicables ;
- votre obligation en application de l'article 7 de la CCN du 14/03/1947 de couvrir vos salariés cadres et assimilés ainsi que vos salariés VRP non-cadres affiliés à l'AGIRC en raison du niveau de leur rémunération en matière de prévoyance. La cotisation minimale pour cette couverture s'élève à 1,5 % de la tranche A du plafond fixé pour les cotisations de la Sécurité sociale, dont 0,76 % au moins doit être affectée au risque décès.

Nous vous rappelons que vous devez impérativement affilier les salariés couverts par les contrats à adhésion obligatoire et leur remettre la Notice d'information.

**Les assureurs/co-assureurs du (des) contrat(s) proposé(s) sont :**

**MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE**

Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale,  
21 rue Laffitte, 75009 Paris – N° SIREN 775 691 181

dont l'activité relève de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution sise 4 Place de Budapest CS 92459 75436 Paris Cedex 09.

**OCIRP - Organisme Commun des Institutions de Rentes et de Prévoyance**

Union d'institutions régie par le Code de la sécurité sociale  
17 rue de Marignan 75008 Paris - N° SIREN 788 334 720

**Pour les garanties d'assistance :**

**AUXIA ASSISTANCE**

Entreprise régie par le Code des assurances.

Société anonyme au capital de 1 780 000 €

Immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 351 733 761, Siège social : 21 rue Laffitte 75009 Paris

En cas de réclamation vous pouvez adresser une demande écrite au 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/>.

## VOS DÉCLARATIONS

- **Je confirme avoir pleinement connaissance des obligations légales et conventionnelles relatives aux garanties d'assurance complémentaires applicables à mon entreprise et notamment avoir vérifié que le(s) contrat(s) proposé(s) correspond(ent) aux garanties mises en place par un acte juridique, conformément aux dispositions de l'article L 911-1 du Code de la sécurité sociale (décision unilatérale, accord collectif, accord référendaire).**
- **Je reconnais avoir pris connaissance et conservé un exemplaire de la présente fiche d'information et de conseil dont j'atteste l'exactitude du contenu quant aux informations communiquées par mes soins.**
- **J'atteste par la présente avoir reçu une information détaillée sur l'étendue, la définition des risques et des garanties proposées**
- **J'atteste qu'un exemplaire du/des document(s) standardisé(s) d'information sur le(s) contrat(s) d'assurance (IPID) et un exemplaire des Conditions Générales du/de(s) contrat(s) m'ont été remis préalablement à ma signature de la/des proposition(s) de contrat(s).**
- **Je reconnais que les préconisations formulées par le conseiller quant au(x) contrat(s) et garanties préconisées sont adaptées aux besoins d'assurance que j'ai exprimés dans la présente étude valant fiche d'information et de conseil.**

Les informations collectées sont toutes nécessaires à « Malakoff Humanis Prévoyance », ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement, pour la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance.

En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données, et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également d'un droit de vous opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi.

Ces droits peuvent être exercés directement sur notre site via nos formulaires, par email à [dpo@malakoffhumanis.com](mailto:dpo@malakoffhumanis.com) ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.

Fait en deux exemplaires à ....., le .....

### L'entreprise

Nom, prénom .....

Fonction .....

Signature & Cachet de l'entreprise

### Votre conseiller - Association de Moyens Assurance de Personnes

Nom, prénom .....

Fonction .....

Signature