

FICHE D'INFORMATION ET DE CONSEIL**Contrat(s) collectif(s) frais de santé
de la convention collective nationale des prestataires de services dans les
domaines tertiaires (IDCC 2098)****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 et d'en :

- conserver un exemplaire ;
- remettre un exemplaire à votre conseiller.

Votre entreprise

Raison sociale

Adresse du siège social

Forme juridique

Représentée par (civilité, nom et prénom)

Fonction

Catégorie assurée

Effectif à assurer

Dont anciens salariés en portabilité

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 les salariés relevant de la catégorie assurée mentionnée ci-dessus :

- **d'un contrat complémentaire « socle » responsable à adhésion obligatoire** conforme à vos obligations conventionnelles de branche :
 - permettant la prise en charge de leurs dépenses de santé, en complément des remboursements perçus au titre du régime de base de la Sécurité sociale ;
 - intégrant au moins les prestations minimales prévues par le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 (généralisation de la complémentaire santé dans les entreprises au 1er janvier 2016) ;
 - conforme aux dispositions des articles L.871-1 et R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale énonçant les critères devant être respectés par les contrats complémentaires pour être qualifiés de « responsables ».

Si votre accord de branche propose plusieurs niveaux de couverture et que votre besoin correspond le cas échéant à un niveau supérieur au minimum conventionnel, il vous appartient alors de demander le bénéfice du niveau de couverture qui vous correspond.

Couverture à adhésion facultative du salarié

Nous vous rappelons que vous pouvez souscrire pour vos salariés une couverture facultative leur permettant :

- d'étendre leurs garanties à leur(s) ayant(s) droit avec un **contrat complémentaire « extension » responsable**,
Plus précisément, vous souhaitez offrir à vos salariés, à titre facultatif, la possibilité d'étendre leurs garanties à leur(s) ayant(s) droit non couvert(s) à titre obligatoire ;
- d'améliorer leur niveau de couverture avec un **contrat surcomplémentaire responsable**,
Plus précisément, vous souhaitez permettre à vos salariés, à titre facultatif, d'améliorer leur couverture et le cas échéant celle de leur(s) ayant(s) droit.

Votre conseiller distributeur

L'Association de Moyens Assurances de Personnes, association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, SIREN n° 840 599 930, ORIAS n° 19000811, www.orias.fr, dont le siège social est 21 rue Laffitte – 75009 Paris.

L'Association de Moyens Assurances de Personnes est soumise à une obligation contractuelle de travailler exclusivement avec les organismes d'assurance de Malakoff Humanis.

À ce titre, l'Association de Moyens Assurances de Personnes 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'Association de Moyens Assurances de Personnes est liée directement ou indirectement par des liens capitalistiques avec les organismes d'assurance du groupe Malakoff Humanis dont le siège social est 21 rue Laffitte – 75009 Paris – malakoffhumanis.com

Dans le cadre de la présentation des opérations d'assurance l'Association de Moyens Assurances de Personnes 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(s) collective(s) à adhésion obligatoire du salarié

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

CONTRAT COMPLEMENTAIRE « SOCLE » RESPONSABLE **Ce contrat est régi par les conditions générales n° 11150**

Il organise, dans le respect de vos obligations conventionnelles, la couverture à titre obligatoire des salariés relevant de la catégorie appelée à bénéficier du contrat.

Concernant les garanties souscrites à titre collectif et obligatoire, afin de bénéficier des exonérations sociales, dans les limites et conditions prévues à l'article D.242-1 du Code de la sécurité sociale applicables aux cotisations patronales versées, nous vous rappelons que :

- Les garanties doivent bénéficier à l'ensemble du personnel,
- Si cette couverture de l'ensemble du personnel intervient par la souscription de plusieurs contrats couvrant différentes catégories de personnels, ces catégories de salariés doivent être définies objectivement en respectant les dispositions prévues par les articles R.242-1-1 et suivants du Code de la sécurité sociale (notamment la définition de la catégorie par référence à la convention collective nationale du 14 mars 1947).

Nous vous rappelons que vous devez impérativement affilier les salariés couverts par les contrats à adhésion obligatoire et leur remettre la notice d'information. Si certains salariés du collège des assurés éligibles aux dispenses d'affiliation prévues par la réglementation souhaitent s'en prévaloir, vous devez les informer des conséquences de leur choix et conserver leur demande de dispense et les pièces justificatives appropriées.

Couverture(s) collective(s) à adhésion facultative du salarié

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

CONTRAT COMPLEMENTAIRE « EXTENSION AYANTS DROIT » RESPONSABLE **Ce contrat est régi par les conditions générales n° 11154.**

Il organise, dans le respect de vos obligations conventionnelles, la possibilité pour les salariés couverts à titre obligatoire de faire bénéficier leur(s) ayant(s) droit du même niveau de garantie qu'eux-mêmes.

Nous vous rappelons que le(s) contrat(s) collectif(s) à adhésion facultative n'est (ne sont) pas éligible(s) au bénéfice des exonérations sociales applicables aux cotisations patronales versées prévues à l'article L.242-1 al.6 du Code de la sécurité sociale.

CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE RESPONSABLE **Ce contrat est régi par les conditions générales n° 11154.**

Il organise, dans le respect de vos obligations conventionnelles, la possibilité pour les salariés couverts à titre obligatoire de bénéficier d'un niveau de garantie surcomplémentaire, identique pour eux-mêmes et le cas échéant leur(s) ayant(s) droit éventuel(s).

Nous vous rappelons que le(s) contrat(s) collectif(s) à adhésion facultative n'est (ne sont) pas éligible(s) au bénéfice des exonérations sociales applicables aux cotisations patronales versées prévues à l'article L.242-1 al.6 du Code de la sécurité sociale.

L'assureur ou les co-assureurs du(des) contrat(s) proposé(s)

Pour les garanties frais de santé

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

HARMONIE MUTUELLE

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité,
Siège social : 143, rue Blomet, 75015 Paris - N° SIREN 538 518 47.

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 à :

Malakoff Humanis - Service de Réclamation Entreprises - 78288 Guyancourt Cedex

ou par e-mail : reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com

Vous pouvez vous adresser :

- Soit 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 en ligne, en cliquant sur le lien vers le formulaire de saisine : <https://ctip.asso.fr/saisine-mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/> dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.
- Soit au médiateur de la mutualité française à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française, Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), 255 rue de Vaugirard, 75719 PARIS Cedex 15 ou par voie électronique : <https://www.mutualite.fr/la-mutualite-francaise/la-federation/la-mediation/> dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

Vos déclarations

- Je relève de la convention collective nationale des prestataires de services dans les domaines tertiaire
- 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), l'(les) annexe(s) relative(s) à la communication des frais de gestion, un exemplaire des Conditions Générales du/de(s) contrat(s) ainsi que la(les) notice(s) d'information correspondante(s) m'ont été remis préalablement à ma signature.
- 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 des raisons tenant à leur situation particulière, 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 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 Paris, le

L'entreprise

Nom, prénom

Fonction

Signature & Cachet de l'entreprise

Votre conseiller - Association de Moyens Assurance de Personnes

Nom, prénom

Fonction

Signature