

PROPOSITION DE CONTRAT(S) DE L'ENTREPRISE

Contrat(s) collectif(s) frais de santé

Convention Collective Nationale métropolitaine des entreprises de la maintenance, distribution et location de matériels agricoles, de travaux publics, de bâtiments, de manutention, de motoculture de plaisance, et d'activités connexes, dite SDLM

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* (ayant au moins 3 mois d'ancienneté) <input type="checkbox"/> Cochez la présente case si la condition d'ancienneté n'est pas retenue		

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

Indiquez le nombre de salarié en contrat de professionnalisation et d'apprentissage

* y compris les mandataires sociaux si l'entreprise le souhaite

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@malakoffhumanis.com

LE(S) CONTRAT(S) SANTÉ CHOISI(S)

L'entreprise déclare relever de la convention collective nationale métropolitaine des entreprises de la maintenance, distribution et location de matériels agricoles, de travaux publics, de bâtiment, de manutention, de motoculture de plaisance, et activités connexes, dite SDLM et demande à souscrire au(x) contrat(s) mentionné(s) ci-après.

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

L'offre proposée prévoit quatre structures de cotisations obligatoires, salarié seul, salarié conjoint et enfant(s), famille et famille à charge au sens du contrat et trois niveaux de garanties, une Base, une Surcomplémentaire 1 et une Surcomplémentaire 2.

L'entreprise doit couvrir a minima le salarié sur l'offre Base pour répondre à son obligation conventionnelle.

A - Contrat complémentaire obligatoire

Salarié seul

Ce contrat est régi par les conditions générales N° 9134/1

La formule retenue est (cochez la case) : BASE SURCOMPLÉMENTAIRE 1 SURCOMPLÉMENTAIRE 2

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.

Structure de cotisation	Montant mensuel des cotisations au 1 ^{er} janvier 2020					
	BASE		SURCOMPLÉMENTAIRE 1		SURCOMPLÉMENTAIRE 2	
	<input type="checkbox"/> RG ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> RL ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> RG ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> RL ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> RG ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> RL ⁽²⁾
Assuré seul	41,44 €	29,01 €	44,67 €	31,27 €	47,96 €	33,57 €

(1) RG : régime général de la Sécurité sociale française

(2) RL : régime Alsace-Moselle

En fonction du choix fait par l'entreprise, le salarié peut compléter la garantie à titre facultatif soit en l'étendant à ses ayants droit (conjoint et/ou enfant(s)), soit en prenant l'offre surcomplémentaire 1 ou surcomplémentaire 2, soit en cumulant l'extension pour ses ayants droit et le surcomplémentaire 1 ou 2.

Dans ce cas, les cotisations sont prélevées directement sur le compte bancaire du salarié, il convient de compléter un mandat de prélèvement SEPA fourni par l'organisme assureur.

B - Complémentaire obligatoire

Salarié conjoint et enfant(s)

Ce contrat est régi par les conditions générales N° 9134/1

La formule retenue est (cochez la case) : BASE SURCOMPLÉMENTAIRE 1 SURCOMPLÉMENTAIRE 2

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.

Structures de cotisations	Montant mensuel des cotisations au 1 ^{er} janvier 2020					
	BASE		SURCOMPLÉMENTAIRE 1		SURCOMPLÉMENTAIRE 2	
	<input type="checkbox"/> RG ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> RL ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> RG ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> RL ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> RG ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> RL ⁽²⁾
Assuré seul	41,44 €	29,01 €	44,67 €	31,27 €	47,96 €	33,57 €
Conjoint (en sus de l'assuré seul)	43,51 €	30,46 €	46,74 €	32,72 €	50,03 €	35,02 €
Par enfant (en sus de l'assuré seul)	27,14 €	19,00 €	27,54 €	19,28 €	27,93 €	19,55 €

(1) RG : régime général de la Sécurité sociale française

(2) RL : régime Alsace-Moselle

En fonction du choix fait par l'entreprise, le salarié peut compléter la garantie à titre facultatif en prenant l'offre surcomplémentaire 1 ou surcomplémentaire 2.

Dans ce cas, les cotisations sont prélevées directement sur le compte bancaire du salarié, il convient de compléter un mandat de prélèvement SEPA fourni par l'organisme assureur.

C - Contrat complémentaire obligatoire

Famille

Ce contrat est régi par les conditions générales N° 9135/1

La formule retenue est (cochez la case) : BASE SURCOMPLÉMENTAIRE 1 SURCOMPLÉMENTAIRE 2

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.

Structure de cotisation	Montant mensuel des cotisations au 1 ^{er} janvier 2020					
	BASE		SURCOMPLÉMENTAIRE 1		SURCOMPLÉMENTAIRE 2	
	<input type="checkbox"/> RG ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> RL ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> RG ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> RL ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> RG ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> RL ⁽²⁾
Famille Salarié + conjoint + enfant(s)	85,71 €	60,00 €	90,56 €	63,40 €	95,47 €	66,83 €

(1) RG : régime général de la Sécurité sociale française

(2) RL : régime Alsace-Moselle

En fonction du choix fait par l'entreprise, le salarié peut compléter la garantie à titre facultatif en prenant l'offre surcomplémentaire 1 ou surcomplémentaire 2.

Dans ce cas, les cotisations sont prélevées directement sur le compte bancaire du salarié, il convient de compléter un mandat de prélèvement SEPA fourni par l'organisme assureur.

D - Contrat complémentaire obligatoire

Famille à charge au sens du contrat

Ce contrat est régi par les conditions générales N° 9135/1

La formule retenue est (cochez la case) : BASE SURCOMPLÉMENTAIRE 1 SURCOMPLÉMENTAIRE 2

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.

Structure de cotisation	Montant mensuel des cotisations au 1 ^{er} janvier 2020					
	BASE		SURCOMPLÉMENTAIRE 1		SURCOMPLÉMENTAIRE 2	
	<input type="checkbox"/> RG ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> RL ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> RG ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> RL ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> RG ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> RL ⁽²⁾
Famille à charge au sens du contrat Salarié + conjoint à charge au sens du contrat + enfant(s)	74,84 €	52,39 €	78,83 €	55,18 €	82,89 €	58,03 €

(1) RG : régime général de la Sécurité sociale française

(2) RL : régime Alsace-Moselle

En fonction du choix fait par l'entreprise, le salarié peut compléter la garantie à titre facultatif en prenant l'offre surcomplémentaire 1 ou surcomplémentaire 2 et/ou en l'étendant à son conjoint non à charge au sens du contrat.

Dans ce cas, les cotisations sont prélevées directement sur le compte bancaire du salarié, il convient de compléter un mandat de prélèvement SEPA fourni par l'organisme assureur.

DÉCLARATION DE L'ENTREPRISE ET CONDITIONS D'ACCEPTATION

L'entreprise déclare (cochez toutes les cases) :

- relever de la Convention Collective Nationale métropolitaine des entreprises de la maintenance, distribution et location de matériels agricoles, de travaux publics, de bâtiment, de manutention, de motoculture de plaisance, et activités connexes, dite SDLM ;
- 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 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/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.