

PROPOSITION DE CONTRAT(S)**Contrat(s) collectif(s) frais de santé
convention collective nationale des commerces de détail non alimentaires
(IDCC 1517)****Date d'effet**

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

Le souscripteur

Raison sociale

N° SIRET Code NAF ou 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 du souscripteur)

Nom Prénom

Fonction

Adresse 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 de la CCN du 14 mars 1947 (cadre)
<input type="checkbox"/> Personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947 (cadre)
<input type="checkbox"/> Personnel relevant des articles 4, 4 bis et article 36 de l'annexe I 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)
<input type="checkbox"/> Personnel ne relevant pas de la CCN du 14 mars 1947 (non cadre)

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

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

Contrat complémentaire « socle » responsable

Adhésion obligatoire

Objet du contrat

Ce contrat permet de couvrir les frais de santé des salariés dans le respect des obligations conventionnelles du souscripteur. Il est régi par des conditions générales N° 13492.

Niveau(x) de couverture

Précisez le niveau de couverture retenu parmi ceux proposés :

- Base 1
 Base 2 (Base 1 + Option 1)
 Base 3 (Base 1 + Option 2)

Le détail des prestations prévues au présent contrat est indiqué au **tableau des garanties responsable** (réf. MHP-15485_2104).

Montant des cotisations

Les cotisations mentionnées ci-dessous sont exprimées mensuellement en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale française. ⁽³⁾

COTISATION(S) CONTRACTUELLE(S)						
Structure(s) de cotisations	Base 1		Base 2 (Base 1 + Option 1)		Base 3 (Base 1 + Option 2)	
	RG ⁽¹⁾	RL ⁽²⁾	RG ⁽¹⁾	RL ⁽²⁾	RG ⁽¹⁾	RL ⁽²⁾
Salarié seul	0,94 %	0,52 %	1,58 %	1,16 %	2,01 %	1,59 %

⁽¹⁾ Régime Général / ⁽²⁾ Régime Alsace Moselle / ⁽³⁾ PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale française (à titre indicatif au 01/01/2021 : 3 428 €).

Les cotisations contractuelles seront revues selon les modalités prévues dans les conditions générales.

Paiement des cotisations

Le souscripteur verse à l'organisme assureur la totalité des cotisations mentionnées dans le tableau ci-dessus.

Elles seront acquittées par le **souscripteur** après avoir opéré un précompte salarial.

Contrat complémentaire « extension famille » responsable

Adhésion facultative

Objet du contrat

Ce contrat permet aux salariés d'étendre leurs garanties frais de santé à leurs ayants droit dans le respect des obligations conventionnelles du souscripteur.

Il est régi par les conditions générales N° 13492.

Niveau(x) de couverture

Le niveau de couverture est identique à celui du contrat complémentaire « socle » responsable à adhésion obligatoire, souscrit pour les salariés.

Le détail des prestations prévues au présent contrat est indiqué au **tableau des garanties responsable** (réf. MHP-15485_2104).

Montant des cotisations

Les cotisations mentionnées ci-dessous sont exprimées mensuellement en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale française. ⁽⁴⁾

COTISATION(S) CONTRACTUELLE(S)						
Structure(s) de cotisations	Base 1		Base 2 (Base 1 + Option 1)		Base 3 (Base 1 + Option 2)	
	RG ⁽¹⁾	RL ⁽²⁾	RG ⁽¹⁾	RL ⁽²⁾	RG ⁽¹⁾	RL ⁽²⁾
Conjoint	+ 1,03 %	+ 0,52 %	+ 1,72 %	+ 1,21 %	+ 2,18 %	+ 1,67 %
Enfant ⁽³⁾	+ 0,56 %	+ 0,31 %	+ 0,94 %	+ 0,69 %	+ 1,20 %	+ 0,95 %

⁽¹⁾ Régime Général / ⁽²⁾ Régime Alsace Moselle / ⁽³⁾ Gratuité à partir du 3^e enfant / ⁽⁴⁾ PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale française à titre indicatif au 01/01/2021 : 3 428 €.

Les cotisations contractuelles seront revues selon les modalités prévues dans les conditions générales.

Paiement des cotisations

Ces cotisations sont propres au présent contrat.

Elles sont à régler en plus de celles versées au titre du(des) autre(s) contrat(s) souscrit(s).

Elles seront acquittées par le **salarié** via un prélèvement automatique sur son compte bancaire ou par virement.

Contrat surcomplémentaire responsable

Adhésion facultative

Objet du contrat

Ce contrat permet aux salariés d'améliorer leurs garanties et celles de leurs ayants droit éventuels dans le respect des obligations conventionnelles du souscripteur.
Il est régi par les conditions générales N° 13492.

Niveau(x) de couverture

Le(s) niveau(x) de couverture possible(s) au choix du salarié est(ont) :

- Base 2 (Base 1 + Option 1)
- Base 3 (Base 1 + Option 2)

Le détail des prestations prévues au présent contrat est indiqué au **tableau des garanties responsable** (réf. MHP-15485_2104).

Montant des cotisations

Les cotisations mentionnées ci-dessous sont exprimées mensuellement en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale française. ⁽⁴⁾

En fonction du choix opéré par le souscripteur dans le cadre du contrat complémentaire « socle » responsable à adhésion obligatoire, les salariés peuvent améliorer leurs garanties et celles de leurs ayants droit éventuels et demander à atteindre un niveau de couverture supérieur.

COTISATION(S) CONTRACTUELLE(S)				
Structure(s) de cotisations	Base 2 (Base 1 + Option 1)		Base 3 (Base 1 + Option 2)	
	RG ⁽¹⁾	RL ⁽²⁾	RG ⁽¹⁾	RL ⁽²⁾
■ Si le niveau de couverture du contrat complémentaire « socle » à adhésion obligatoire est « Base 1 »				
Salarié	+ 0,70 %	+ 0,70 %	+ 1,17 %	+ 1,17 %
Conjoint	+ 0,77 %	+ 0,77 %	+ 1,29 %	+ 1,29 %
Enfant ⁽³⁾	+ 0,42 %	+ 0,42 %	+ 0,70 %	+ 0,70 %
■ Si le niveau de couverture du contrat complémentaire « socle » à adhésion obligatoire est « Base 2 (Base 1 + Option 1) »				
Salarié			+ 0,47 %	+ 0,47 %
Conjoint			+ 0,52 %	+ 0,52 %
Enfant ⁽³⁾			+ 0,28 %	+ 0,28 %

⁽¹⁾ Régime Général / ⁽²⁾ Régime Alsace Moselle / ⁽³⁾ Gratuité à partir du 3^e enfant / ⁽⁴⁾ PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale française (à titre indicatif au 01/01/2021 : 3 428 €).

Les cotisations contractuelles seront revues selon les modalités prévues dans les conditions générales.

Paiement des cotisations

Ces cotisations sont propres au présent contrat.

Elles sont à régler en plus de celles versées au titre du(des) autre(s) contrat(s) souscrit(s).

Elles seront acquittées par le **salarié** via un prélèvement automatique sur son compte bancaire ou par virement.

Document à remettre à votre conseiller

Déclaration du souscripteur et conditions d'acceptation

Le souscripteur déclare (cochez toutes les cases) :

- relever de la convention collective nationale des commerces de détail non alimentaires (IDCC 1517) ;
- 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 et l'(les) annexe(s) relative(s) à la communication des frais de gestion 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).

Le souscripteur,

mentionné 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 du souscripteur

Le(s) contrat(s) mentionné(s) ci-dessus vous est (sont) proposé(s) par l'Association de Moyens Assurance de Personnes 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'Association de Moyens Assurance de Personnes 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'Association de Moyens Assurance de Personnes 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/> 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. 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.

Le souscripteur doit joindre à la présente proposition de contrat, les bulletins individuels d'affiliation des membres de l'effectif assurable appelés à bénéficier du contrat, dûment complétés et signés par ces derniers.



Conservez un exemplaire signé du présent document
et transmettez le deuxième à votre conseiller aux coordonnées suivantes :

Nom et prénom :

Adresse postale :

Adresse mail :