

## PROPOSITION DE CONTRAT (S) DE L'ENTREPRISE

# Régimes de prévoyance Conventionnel et Surcomplémentaire des entreprises relevant de la Convention Collective Nationale des Commerces de gros (IDCC 573 / Brochure n° 3044)

### 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)

Nom ..... Prénom .....

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"/> 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)

### DÉCLARATION DES RISQUES EN COURS

L'entreprise déclare à la date de signature du présent document :

**NE PAS AVOIR :**

à la date de signature du présent document, de salariés et/ou anciens salariés en incapacité de travail (incapacité temporaire ou invalidité) ni de bénéficiaires percevant une rente d'éducation ou de conjoint.

Si la situation venait à être modifiée, l'entreprise s'engage à en informer immédiatement l'assureur.

**AVOIR :**

à la date de signature du présent document, des salariés et/ou anciens salariés en incapacité de travail (incapacité temporaire ou invalidité), et/ou des bénéficiaires percevant une rente d'éducation ou de conjoint.

**Dans ce cas, l'imprimé « État des risques en cours » a été complété, et est joint à la présente proposition de contrat.**

**L'assureur pourra soit proposer une tarification pour la reprise des risques en cours en établissant une nouvelle proposition de contrat, soit refuser la souscription du contrat.**

**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

**AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE**

Institution de Prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale - Siège : 104-110 boulevard Haussmann, 75008 Paris - N° SIREN 333 232 270

**OCIRP**

Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité social - Siège : 17 rue de Marignan, 75008 Paris - N° SIREN 788 334 720

## LE(S) CONTRAT(S) CHOISI(S) ET LES COTISATIONS AFFÉRENTES

L'entreprise demande à souscrire au(x) contrat(s) défini(s) ci-après (cochez les cases utiles).

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

### RÉGIME CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE

Ce contrat est régi par les Conditions Générales N° 3363/4 « RÉGIME DE PRÉVOYANCE CONVENTIONNEL »

Le détail des prestations prévues au contrat est exposé au Tableau des garanties en annexe 1 à la présente proposition.

Les taux de cotisations sont définis ci-dessous.

Garanties de prévoyance	Taux de cotisations (*)	
	Tranche A	Tranche B
Décès toutes causes/Invalidité absolue et définitive	0,11 %	0,11 %
Double effet		
Incapacité temporaire	0,13 %	0,13 %
Invalidité	0,15 %	0,15 %
<b>Sous Total</b>	<b>0,39 %</b>	<b>0,39 %</b>
Prise en charge des « sinistres en cours » par l'ensemble des entreprises adhérentes au régime conventionnel	0,04 %	0,04 %
<b>TOTAL</b>	<b>0,43 %</b>	<b>0,43 %</b>

(\*) Les taux de cotisations sont exprimés en pourcentage de tranches de salaire : TA : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale et TB : tranche de salaire comprise entre 1 et 4 fois ce plafond.

### RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE

Nouvelle adhésion

Avenant

Pour permettre à vos salariés d'améliorer leurs garanties, vous pouvez souscrire au contrat surcomplémentaire obligatoire en remplissant les informations requises au présent paragraphe.

Ce contrat est régi par les Conditions Générales N° 3364/4 « RÉGIME DE PRÉVOYANCE SURCOMPLÉMENTAIRE ».

Précisez l'option retenue parmi celle(s) proposée(s) :  OPTION 1  OPTION 2

Le détail des prestations prévues au contrat est exposé au Tableau des garanties en annexe 2 à la présente proposition.

Les taux de cotisations sont définis ci-dessous.

Garanties de prévoyance	Taux de cotisations (*)			
	OPTION 1		OPTION 2	
	Tranche A	Tranche B	Tranche A	Tranche B
Décès toutes causes/Invalidité absolue et définitive	0,09 %	0,09 %	0,09 %	0,09 %
Double effet				
Rente d'éducation	0,07 %	0,07 %	0,09 %	0,09 %
Incapacité temporaire	0,08 %	0,08 %	0,30 %	0,30 %
Invalidité	0,11 %	0,11 %	0,36 %	0,36 %
<b>Sous Total</b>	<b>0,35 %</b>	<b>0,35 %</b>	<b>0,84 %</b>	<b>0,84 %</b>
Prise en charge des « sinistres en cours » par l'ensemble des entreprises adhérentes au régime surcomplémentaire	0,01 %	0,01 %	0,03 %	0,03 %
<b>TOTAL</b>	<b>0,36 %</b>	<b>0,36 %</b>	<b>0,87 %</b>	<b>0,87 %</b>

(\*) Les taux de cotisations sont exprimés en pourcentage de tranches de salaire : TA : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale et TB : tranche de salaire comprise entre 1 et 4 fois ce plafond.

## 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 / Brochure n° 3044),
- 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 notifié à l'assureur l'existence ou non de risques en cours et le cas échéant avoir communiqué l'imprimé « État des risques en cours »,
- s'engager à ce que les salariés accomplissent les formalités médicales,
- 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,
- 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 contrat, 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.

### 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<sup>er</sup> juillet 1901, SIREN n° 840 599 930, N° ORIAS 19000811, [www.orias.fr](http://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](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/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.**

## ANNEXE 1

### GARANTIES DU RÉGIME DE PRÉVOYANCE CONVENTIONNEL (« contrat national de référence »)

Les prestations ci-dessous sont exprimées en pourcentage du salaire brut de référence (tranches A\* et B\*)

		PRESTATIONS
<b>Capital en cas de décès ou invalidité absolue et définitive</b>		
Versement d'un capital quelle que soit la situation familiale de l'assuré		60 %
<b>Décès simultané ou postérieur du conjoint, concubin, ou pacsé</b>		
Versement d'un capital supplémentaire		Doublement du capital décès toutes causes
<b>Incapacité temporaire</b>		
Pour les salariés :		
- Ayant au moins un an d'ancienneté dans l'entreprise, versement d'indemnités journalières en relais des obligations de l'employeur		60 % <sup>(1)</sup>
- Ayant une ancienneté inférieure à un an dans l'entreprise, versement d'indemnités journalières à compter du 61 <sup>e</sup> jour d'arrêt de travail continu		
<b>Invalidité/incapacité permanente professionnelle</b>		
Invalidité 1 <sup>e</sup> catégorie		36 % <sup>(1)</sup>
Invalidité 2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> catégorie Rente accident du travail ou maladie professionnelle pour un taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 66 %		60 % <sup>(1)</sup>
Incapacité permanente accident du travail ou maladie professionnelle pour un taux égal ou supérieur à 33 % et inférieur à 66 %		R x 3 N / 2 <sup>(2)</sup>

(\*) TA : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale, TB : tranche de salaire comprise entre 1 et 4 fois ce plafond

(1) Sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale.

(2) R : Montant de la rente prévu en cas d'invalidité de 2<sup>e</sup> catégorie N : Taux d'incapacité déterminée par la Sécurité sociale.

## ANNEXE 2

### GARANTIES DU RÉGIME DE PRÉVOYANCE SURCOMPLÉMENTAIRE (OPTIONS 1 ET 2)

Les prestations ci-dessous sont exprimées en pourcentage du salaire brut de référence (tranches A\* et B\*)

		PRESTATIONS	
		OPTION 1	OPTION 2
<b>Capital en cas de décès ou invalidité absolue et définitive</b>			
Versement d'un capital quelle que soit la situation familiale de l'assuré		40 %	40 %
<b>Décès simultané ou postérieur du conjoint, concubin, ou pacsé</b>			
Versement d'un capital supplémentaire		Doublement du capital décès toutes causes	
<b>Rente annuelle d'éducation</b>			
Versement d'une rente au bénéficiaire de chaque enfant à charge en cas de décès du salarié			
- Jusqu'au 18 <sup>e</sup> anniversaire		5 %	6,50 %
- Du 18 <sup>e</sup> au 26 <sup>e</sup> anniversaire sous conditions		5 %	6,50 %
<b>Incapacité temporaire</b>			
Pour les salariés :			
- Ayant au moins un an d'ancienneté dans l'entreprise, versement d'indemnités journalières en relais des obligations de l'employeur		5 % <sup>(1)</sup>	20 % <sup>(1)</sup>
- Ayant une ancienneté inférieure à un an dans l'entreprise, versement d'indemnités journalières à compter du 61 <sup>e</sup> jour d'arrêt de travail continu			
<b>Invalidité/incapacité permanente professionnelle</b>			
Invalidité 1 <sup>e</sup> catégorie Incapacité permanente accident du travail ou maladie professionnelle pour un taux égal ou supérieur à 33 % et inférieur à 66 % <i>Le montant de la prestation correspond à 60 % du montant de la rente prévu en cas d'invalidité de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie</i>		3 % <sup>(1)</sup>	12 % <sup>(1)</sup>
Invalidité 2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> catégorie Rente accident du travail ou maladie professionnelle pour un taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 66 %		5 % <sup>(1)</sup>	20 % <sup>(1)</sup>

(\*) TA : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale, TB : tranche de salaire comprise entre 1 et 4 fois ce plafond

(1) Sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale.

#### 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

#### AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE

Institution de Prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale  
Siège : 104-110 boulevard Haussmann, 75008 Paris  
N° SIREN 333 232 270

#### OCIRP

Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale - Siège : 17 rue de Marignan, 75008 Paris  
N°SIREN 788 334 720