

Proposition de contrat de l'entreprise - Maintien de salaire

## Contrat(s) collectif(s) Prévoyance

des entreprises relevant de la Convention Collective Nationale des Commerces de gros (IDCC 573)

### 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 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 relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947 (cadre) et ayant plus d'un an d'ancienneté dans l'entreprise adhérente		
<input type="checkbox"/> Personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947 (non-cadre) et ayant plus d'un an d'ancienneté dans l'entreprise adhérente		

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 :**

- de salariés et/ou d'anciens salariés en incapacité de travail (incapacité temporaire ou invalidité), ni de bénéficiaires de rente d'éducation et de rente de conjoint à la date de signature du présent document ;
- d'anciens salariés et/ou d'ayants droit d'anciens salariés décédés bénéficiant ou susceptibles de bénéficier du maintien de la garantie décès et/ou de la revalorisation de prestations périodiques.

**Dans ce cas, les garanties et taux de cotisation mentionnés dans le présent document restent valables sans ajustement jusqu'à la date de prise d'effet 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

##### AUXIA ASSISTANCE

SA au capital de 1 780 000 € - Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris - 351 733 761 RCS Paris

Les réclamations peuvent être envoyées à l'adresse suivante :  
Malakoff Humanis, Service Réclamations Entreprises,  
78288 Guyancourt cedex  
ou : [reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com](mailto:reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com)

**AVOIR :**

- des salariés et/ou anciens salariés en incapacité de travail (incapacité temporaire ou invalidité) ou des bénéficiaires de rente d'éducation ou de rente de conjoint ;
- des anciens salariés et/ou des ayants droit d'anciens salariés décédés bénéficiant ou susceptibles de bénéficier du maintien de la garantie décès et/ou de la revalorisation de prestations périodiques.

**Dans ce cas, veuillez compléter l'imprimé « État des risques en cours » 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.**

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

## 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 .....

**Contrat complémentaire « Maintien de salaire »**

Ce contrat est nécessairement souscrit en complément du contrat complémentaire prévoyance.

Vous pouvez couvrir tout ou partie de vos obligations de maintien de salaire en souscrivant au présent contrat en cochant la case ci-dessus.

### Personnel cadre

Ce contrat est régi par les conditions générales N° 4881.

Seuls les arrêts de travail survenus postérieurement à la date d'affiliation au contrat donnent lieu à une prise en charge.

### Point de départ de l'indemnisation

- au 1<sup>er</sup> jour d'arrêt de travail en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail survenant dans l'entreprise (à l'exclusion de l'accident de trajet).
- au 1<sup>er</sup> jour d'arrêt de travail en cas d'hospitalisation y compris hospitalisation à domicile (sauf exclusions prévues à l'article 15 des conditions générales).
- au 8<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail continu dans tous les autres cas (conformément à l'article 5 de l'Accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008).

Chaque arrêt de travail donne lieu à l'application de la franchise, sauf dans le cas où la Sécurité sociale détermine qu'il s'agit d'une rechute.

### Prestation

L'ancienneté prise en compte pour la détermination du droit à prestation s'apprécie au premier jour d'arrêt de travail.

Lors de chaque arrêt de travail, il est tenu compte des indemnités déjà perçues durant les 12 mois antérieurs, de telle sorte que, en cas de pluralité d'arrêts au cours des 12 mois, **la durée totale d'indemnisation est limitée aux périodes fixées ci-dessous.**

Le montant des prestations est fixé en pourcentage de la base de calcul (celle-ci est égale à la moyenne du salaire brut des trois mois civils précédant l'arrêt de travail, c'est-à-dire qui correspond à l'horaire contractuel du salarié **à l'exclusion des éventuelles primes ou gratifications**), sous déduction des indemnités journalières brutes de la Sécurité sociale, reconstituées si nécessaire dans le cadre de la garantie en cas d'hospitalisation.

Ancienneté dans l'Entreprise	Durée d'indemnisation à 90 %		Durée d'indemnisation à 66,66 %	
	Maladie accident de vie privée et accident de trajet	Accident du travail/ maladie professionnelle	Maladie accident de vie privée et accident de trajet	Accident du travail/ maladie professionnelle
1 à 2 ans inclus	30 jours	120 jours	30 jours	-
de 3 à 4 ans inclus	90 jours	120 jours	-	-
de 5 à 9 ans inclus	120 jours	150 jours	-	-
10 ans et plus	120 jours	210 jours	-	-

## Taux de cotisations

Personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947		
TAUX DE COTISATION	Tranche A <sup>(1)</sup>	Tranche B <sup>(1)</sup>
Personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947	0,61 %	1,63 %
<input type="checkbox"/> participation aux charges sociales patronales : Les prestations ci-dessus sont majorées forfaitairement de 40 %	0,91 %	2,44 %

(1) les taux de cotisations sont exprimés en tranches de salaire :

- TA : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale
- TB : tranche de salaire comprise entre 1 et 4 fois ce plafond
- TC : tranche de salaire au-delà de 4 fois ce plafond et dans la limite de 8 fois ce plafond

Il est précisé que les orientations prises dans le cadre de l'unification des régimes AGIRC et ARRCO n'ont pas d'impact sur les définitions précitées.  
PMSS pour l'année 2020 : 3 428 €.

## Personnel non-cadre

Ce contrat est régi par les conditions générales N° 3372.

## Point de départ de l'indemnisation

- au 1<sup>er</sup> jour d'arrêt de travail en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail survenant dans l'entreprise (à l'exclusion de l'accident de trajet).
- au 1<sup>er</sup> jour d'arrêt de travail en cas d'hospitalisation y compris hospitalisation à domicile (sauf exclusions prévues à l'article 15 des conditions générales).
- au 8<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail continu dans tous les autres cas (conformément à l'article 5 de l'Accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008).

Chaque arrêt de travail donne lieu à l'application de la franchise, sauf dans le cas où la Sécurité sociale détermine qu'il s'agit d'une rechute.

## Prestations

L'ancienneté prise en compte pour la détermination du droit à prestation s'apprécie au premier jour d'arrêt de travail.

Lors de chaque arrêt de travail, il est tenu compte des indemnités déjà perçues durant les 12 mois antérieurs, de telle sorte que, en cas de pluralité d'arrêts au cours des 12 mois, **la durée totale d'indemnisation est limitée aux périodes fixées ci-dessous.**

Le montant des prestations est fixé en pourcentage de la base de calcul (celle-ci est égale à la moyenne du salaire brut des trois mois civils précédant l'arrêt de travail, c'est-à-dire qui correspond à l'horaire contractuel du salarié **à l'exclusion des éventuelles primes ou gratifications**), sous déduction des indemnités journalières brutes de la Sécurité sociale, reconstituées si nécessaire dans le cadre de la garantie en cas d'hospitalisation.

### Pour le personnel employé et ouvrier :

Ancienneté dans l'Entreprise	Durée d'indemnisation à 90 %		Durée d'indemnisation à 66,66 %	
	Maladie accident de vie privée et accident de trajet	Accident du travail/ maladie professionnelle	Maladie accident de vie privée et accident de trajet	Accident du travail/ maladie professionnelle
1 à 2 ans inclus	20 jours	30 jours	20 jours	30 jours
de 3 à 7 ans inclus	30 jours	40 jours	30 jours	40 jours
de 8 à 12 ans inclus	40 jours	50 jours	40 jours	50 jours
de 13 à 17 ans inclus	50 jours	60 jours	50 jours	60 jours
de 18 à 22 ans inclus	60 jours	70 jours	60 jours	70 jours
de 23 à 27 ans inclus	70 jours	80 jours	70 jours	80 jours
de 28 à 32 ans inclus	80 jours	90 jours	80 jours	90 jours
33 ans et plus	90 jours	90 jours	90 jours	90 jours

### 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

#### AUXIA ASSISTANCE

SA au capital de 1 780 000 € - Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris - 351 733 761 RCS Paris

Les réclamations peuvent être envoyées à l'adresse suivante :  
Malakoff Humanis, Service Réclamations Entreprises,  
78288 Guyancourt cedex

ou : [reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com](mailto:reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com)

## Pour le personnel technicien et agent de maîtrise « TAM » :

Ancienneté dans l'Entreprise	Durée d'indemnisation à 90 %		Durée d'indemnisation à 66,66 %	
	Maladie accident de vie privée et accident de trajet	Accident du travail/ maladie professionnelle	Maladie accident de vie privée et accident de trajet	Accident du travail/ maladie professionnelle
1 à 2 ans inclus	20 jours	30 jours	20 jours	30 jours
de 3 à 4 ans inclus	60 jours	75 jours	-	-
de 5 à 9 ans inclus	75 jours	90 jours	-	-
de 10 à 19 ans inclus	90 jours	120 jours	-	-
À partir de 20 ans	120 jours	180 jours	-	-

## Taux de cotisations

Personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947		
TAUX DE COTISATION	Tranche A <sup>(1)</sup>	Tranche B <sup>(1)</sup>
Personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947	0,75 %	1,50 %
<input type="checkbox"/> participation aux charges sociales patronales : Les prestations ci-dessus sont majorées forfaitairement de 40 %	1,05 %	2,10 %

(1) les taux de cotisations sont exprimés en tranches de salaire :

- TA : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale
- TB : tranche de salaire comprise entre 1 et 4 fois ce plafond
- TC : tranche de salaire au-delà de 4 fois ce plafond et dans la limite de 8 fois ce plafond

Il est précisé que les orientations prises dans le cadre de l'unification des régimes AGIRC et ARRCO n'ont pas d'impact sur les définitions précitées. PMSS pour l'année 2020 : 3 428 €.

## 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) ;
- 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 » ;
- avoir pris connaissance et signé la Fiche d'information et de conseil communiquée ;
- avoir pris connaissance de l'annexe relative à la communication des frais de gestion par l'organisme assureur ;
- certifier exactes et sincères les informations mentionnées sur la présente proposition de contrat ;
- avoir reçu et accepté les conditions générales du(des) contrats 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 ;
- 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).

### 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

#### AUXIA ASSISTANCE

SA au capital de 1 780 000 € - Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris - 351 733 761 RCS Paris

Les réclamations peuvent être envoyées à l'adresse suivante :  
Malakoff Humanis, Service Réclamations Entreprises,  
78288 Guyancourt cedex

ou : [reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com](mailto:reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com)

## 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(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 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/saisine-mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/> dans un délai maximal d'un an. 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.**

### 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

#### AUXIA ASSISTANCE

SA au capital de 1 780 000 € - Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris - 351 733 761 RCS Paris

Les réclamations peuvent être envoyées à l'adresse suivante :  
Malakoff Humanis, Service Réclamations Entreprises,  
78288 Guyancourt cedex  
ou : [reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com](mailto:reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com)