



malakoff médéric
humanis

FICHE D'INFORMATION ET DE CONSEIL

Contrat(s) collectif(s) de prévoyance des entreprises relevant de la CCN des Organismes de formation (IDCC 1516)

LE SOUSCRIPTEUR

Raison sociale

Adresse du siège social

Forme juridique

Représentée par (civilité, nom et prénom)

Fonction

Effectif à assurer

VOS BESOINS : Couverture « prévoyance » à adhésion obligatoire du salarié

Vous souhaitez faire bénéficier vos salariés d'un régime complémentaire de prévoyance collectif à adhésion obligatoire conforme à vos obligations conventionnelles de branche :

- comportant des garanties en cas de décès ou d'invalidité totale ou définitive, en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité ;
- mis en œuvre en application de l'Accord de prévoyance du 3 juillet 1992.

NOTRE CONSEIL

Compte tenu des informations transmises par vos soins et retranscrites ci-dessus nous vous recommandons de souscrire au(x) contrat(s) suivant(s) :

CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE PRÉVOYANCE

CONDITIONS GÉNÉRALES N° 3353 « Capital décès – Rente d'éducation – Incapacité temporaire de travail – Invalidité ».

Ce contrat répond à vos obligations conventionnelles.

Nous vous rappelons que pour bénéficier des exonérations fiscales et sociales applicables aux cotisations versées, les garanties de prévoyance souscrites à titre collectif et obligatoire doivent bénéficier à des catégories de salariés définies objectivement, en respectant les dispositions prévues par les articles R.242-1-1 et suivants du Code de la sécurité sociale.

Nous attirons votre attention sur :

- la nécessité de vous conformer aux obligations déclaratives prévues par le contrat si celles-ci vous sont applicables ;
- votre obligation en application de l'article 7 de la CCN du 14/03/1947 de couvrir vos salariés cadres et assimilés ainsi que vos salariés VRP non-cadres affiliés à l'AGIRC en raison du niveau de leur rémunération en matière de prévoyance. La cotisation minimale pour cette couverture s'élève à 1,5 % de la tranche A du plafond fixé pour les cotisations de la Sécurité sociale, dont 0,76 % au moins doit être affectée au risque décès.

Nous vous rappelons que vous devez impérativement affilier les salariés couverts par les contrats à adhésion obligatoire et leur remettre la Notice d'information.

Document à remettre à votre conseiller commercial

Association de Moyens Assurance de Personnes (AMAP)
Association régie par la loi du 1er juillet 1901, N° ORIAS 19000811, www.orias.fr
Siège : 21 rue Laffitte, 75009 PARIS – N° SIREN 840 599 930

AVERTISSEMENT

Votre attention est attirée sur le fait que notre conseil se fonde sur les informations que vous avez acceptées de nous communiquer. Le conseil, délivré par l'Association de Moyens Assurance de Personnes (AMAP), vise à vous orienter dans le choix de votre (vos) contrat(s) en application des articles L.520-1, R.520-1 et R.520-2 du Code des assurances.

L'évolution ultérieure de votre situation est susceptible de le rendre caduc. Nous vous recommandons de lire attentivement les Conditions générales des contrats d'assurance qui vous ont été remises préalablement à votre souscription et plus particulièrement les dispositions relatives à l'objet des garanties ainsi qu'aux montants et exclusions de garantie applicables.

CHOIX DU SOUSCRIPTEUR

Je confirme avoir pleinement connaissance des obligations légales et conventionnelles relatives aux garanties d'assurance complémentaire prévoyance, applicables à mon entreprise et notamment avoir vérifié que le(s) contrat(s) proposé(s) correspond(ent) bien aux garanties mises en place par un acte juridique, conformément aux dispositions de l'article L.911-1 du Code de la sécurité sociale (accord collectif de branche ou d'entreprise, accord référendaire, décision unilatérale de l'employeur).

J'atteste qu'un exemplaire des Conditions Générales du contrat m'a été remis préalablement à ma signature de la proposition de contrat liée à la présente.

Cette offre répond bien aux attentes que j'ai exprimées et je souhaite par conséquent y souscrire.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

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 1er 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 Médéric Prévoyance, organisme d'assurance du groupe Malakoff Médéric Humanis.

L'AMAP est soumise à une obligation contractuelle de travailler exclusivement avec les organismes d'assurance de Malakoff Médéric 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 au Service de Réclamation Entreprises – 78288 Guyancourt Cedex ou par e-mail : reclamation-entreprise-assurance@malakoffmederic.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/>.

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.

Pour les garanties décès en capital, incapacité et invalidité :

- MALAKOFF MÉDÉRIC PRÉVOYANCE : Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale - 21 rue Laffitte, 75009 Paris.

Pour la garantie rente éducation :

- OCIRP, organisme Commun des Institutions de Rentes et de Prévoyance, Union d'institutions régie par le Code de la sécurité sociale, ayant son siège 17 rue de Marignan, 75008 Paris.

Document réalisé en double exemplaire :
un pour le souscripteur et un pour le mandataire

Fait à

Le | | | | | | | | | |

Cachet de l'entreprise et signature