



## Contrat complémentaire socle responsable

### Adhésion obligatoire

Minimum obligatoire pour l'adhésion du souscripteur

#### Nature de l'adhésion

Ce contrat est souscrit dans un cadre collectif :

- à adhésion obligatoire pour le salarié ;
- à adhésion facultative, au choix du salarié, pour ses ayants droit éventuels.

#### Objet du contrat

Ce contrat permet de couvrir les frais de santé du salarié et de ses ayants droit éventuels.

Il est régi par les conditions générales N° 16640. La notice d'information N° 16641 lui est associée.

#### Niveau(x) de couverture

Le niveau de couverture retenu est (cocher la case) :

- Base conventionnelle
- Base conventionnelle + Option

Le détail des prestations prévues au contrat est indiqué au **tableau des garanties frais de santé** (réf. MHP-20242\_2210) joint au présent document.

#### Structure de cotisation

La structure de cotisation est : « Salarié / Duo / Famille ».

#### Montant des cotisations

Les cotisations ci-dessous sont exprimées mensuellement et intègrent les garanties d'assistance assurées par Auxia Assistance (convention 75 37 34).

**A effet du 1<sup>er</sup> janvier 2023, un taux d'appel à hauteur de 85 % est mis en place jusqu'au 31 décembre 2024 comme suit :**

| Structure(s) de cotisation             | COTISATIONS APPELEES                  |   |   |
|--|---------------------------------------|---|---|
|  | Base conventionnelle                  |   | Option  |
|  | Régime général de la Sécurité sociale | Régime local de la Sécurité sociale (1) | Régime général et régime local (1) de la Sécurité sociale |
| Salarié                                | 40,80 €                               | 28,56 €                                 | + 3,88 €  |
| Duo : Salarié + 1 enfant ou 1 conjoint | 68,00 €                               | 47,60 €                                 | + 7,34 €  |
| Famille : Salarié + ayants droit       | 96,05 €                               | 67,24 €                                 | + 11,32 €   |

(1) Régime local = Régime Alsace-Moselle

#### Paiement des cotisations

##### Pour les adhésions obligatoires

Le souscripteur verse à l'organisme assureur la totalité des cotisations mentionnées ci-dessus selon la périodicité indiquée aux conditions générales.

##### Pour les adhésions facultatives au choix du salarié

Elles seront acquittées selon les modalités retenues par vos soins au paragraphe « Modalités de paiement des cotisations des adhésions facultatives ».

## Contrat surcomplémentaire responsable

### Adhésion facultative

Ce contrat vient en complément du contrat complémentaire socle responsable à adhésion obligatoire.

Cocher la case si vous souhaitez adhérer à ce contrat.

#### Nature de l'adhésion

Ce contrat est souscrit dans un cadre collectif à adhésion facultative pour le salarié et ses ayants droit éventuels.

#### Objet du contrat

Ce contrat permet au salarié qui le souhaite d'améliorer ses garanties frais de santé et celles de ses ayants droit éventuels.

Les ayants droits sont nécessairement les mêmes que ceux du contrat complémentaire socle.

Il est régi par les conditions générales N° 16640. La notice d'information N° 16641 lui est associée.

#### Niveau de couverture

Le niveau de couverture possible au choix du salarié est :

Si vous avez opté pour la « Base conventionnelle » au titre du contrat complémentaire socle à adhésion obligatoire

- « Option »

Si vous avez opté pour la « Base conventionnelle + Option » au titre du contrat complémentaire socle à adhésion obligatoire

- La souscription d'un contrat surcomplémentaire à adhésion facultative au choix du salarié est impossible.

Le détail des prestations prévues au contrat est indiqué au **tableau des garanties frais de santé** (réf. MHP-20242\_2210) joint au présent document.

#### Structure de cotisation

La structure de cotisation est : « Salarié / Duo / Famille ».

#### Montant des cotisations

Les cotisations ci-dessous sont exprimées mensuellement.

| Structure(s) de cotisation             | COTISATIONS CONTRACTUELLES                                |
|--|---|
|  | Régime général et régime local (1) de la Sécurité sociale |
| Salarié                                | + 4,59 €  |
| Duo : Salarié + 1 enfant ou 1 conjoint | + 8,87 €  |
| Famille : Salarié + ayants droit       | + 13,57 €   |

(1) Régime local = Régime Alsace-Moselle

#### Paiement des cotisations

Ces cotisations sont propres au présent contrat et sont à régler en plus de celles versées au titre du contrat complémentaire socle responsable à adhésion obligatoire que le souscripteur souscrit.

Elles seront acquittées selon les modalités retenues par vos soins au paragraphe « Modalité de paiement des cotisations des adhésions facultatives ».

## Modalités de paiement des cotisations relatives aux adhésions facultatives

Les cotisations des adhésions facultatives seront acquittées (cocher la case correspondante) :

- par le souscripteur auprès de l'organisme assureur ;
- par le salarié, via un prélèvement automatique sur son compte bancaire ou un virement.

## Engagement du souscripteur

Le(s) présent(s) contrat(s) d'adhésion, est(ont) souscrit(s) à effet du **1er jour du mois civil suivant son envoi postal** (cachet de la poste faisant foi) ; un double vous sera retourné après signature par Malakoff Humanis Prévoyance. En tout état de cause, la souscription ne sera effective qu'à l'issue des vérifications règlementaires incombant aux entreprises d'assurance.

La rémunération perçue par le personnel Malakoff Humanis Prévoyance au titre de la distribution du contrat a la nature d'un salaire.

Le souscripteur certifie avoir été sollicitée par son conseiller pour déterminer ses besoins et exigences en matière de couverture frais de santé et prévoyance et avoir bénéficié d'un conseil adapté à sa situation préalablement à la souscription du(des) présent(s) contrat(s) d'adhésion.

Préalablement à la signature du(des) contrat(s) d'adhésion, le souscripteur déclare :

- que la convention collective déclarée et appliquée au sein de l'entreprise lui permet de bénéficier de l'offre proposée ;
- avoir été informé 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 lorsque le(s) contrat(s) n'est(ne sont) pas proposé(s) par un intermédiaire ;
- certifier exactes et sincères les informations mentionnées sur le(les) présent(s) contrat(s) d'adhésion ;
- avoir pris connaissance et accepté les termes
  - du présent document « contrat(s) d'adhésion »,
  - du tableau des garanties associé,
  - des conditions générales,
  - de l'(des) annexe(s) relative(s) à la communication des frais de gestion et de distribution
  - de la notice d'information correspondante au(x) contrat(s) au(x)quel(s) il demande à souscrire.  
Le souscripteur s'engage à remettre aux personnes assurées une copie de la notice d'information. À ce titre, la preuve de la remise de la notice lui incombe.
  - être informé que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte, entraîne les sanctions prévues aux articles L.932-7 et L.932-17 du Code de la sécurité sociale ;
  - s'être conformé aux dispositions du Code de la sécurité sociale relatives à la mise en place ou à la modification d'un contrat collectif de prévoyance à adhésion obligatoire (article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale) ;
  - **vouloir souscrire au(x) contrat(s) susmentionné(s) et retenu(s) par ses soins.**

### RAPPEL

La convention collective du siège social de l'entreprise s'applique à l'ensemble de ses établissements.

Il existe une exception à la règle : si l'entreprise dispose d'un établissement situé en dehors du champ territorial de cette convention (DROM) et s'il s'agit d'un établissement « autonome dans son activité et son organisation », dans ce cas, celui-ci ne bénéficie pas de la Convention collective du siège et peut être régi par une autre convention collective.

Pour la mise en place de la protection sociale complémentaire au sein de cet établissement, il est nécessaire de :

- Disposer d'un établissement « autonome »
- Conclure un accord d'établissement spécifique pour la mise en place du régime.

**Pour LE SOUSCRIPTEUR**

Fait à .....

Le .....

Nom, prénom du signataire (1) .....

.....

En sa qualité de.....

.....

**Pour MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE**

Fait à .....

Le .....

Nom, prénom du signataire .....

.....

En sa qualité de .....

.....

Signature (et cachet)

Signature (et cachet)

**Ce document complété, daté et signé par vos soins est à transmettre à votre conseiller :**

- soit en mains propres
- soit par voie postale à l'adresse suivante : MALAKOFF HUMANIS Gestion Assurance 78288 GUYANCOURT CEDEX

(1) L'adhésion constituant un engagement contractuel du souscripteur, le présent document « contrat(s) d'adhésion » doit être signée par l'un de ses représentants légaux ou, à défaut, par une personne dûment habilitée à prendre cet engagement. Afin d'enregistrer l'adhésion, le souscripteur doit joindre au présent document un Kbis de moins de 3 mois ou le récépissé de déclaration à la Préfecture pour une Association. Lorsque le signataire n'est pas le représentant légal mentionné sur le Kbis ou n'est pas le président de l'association, il doit fournir une copie de sa pièce d'identité (CNI, passeport, carte de séjour) en cours de validité ainsi que le pouvoir l'ayant dûment habilité à cet effet.

**CONTRAT(S) DISTRIBUÉ(S) PAR L'ASSOCIATION DE MOYENS ASSURANCE DE PERSONNES :**

Le(s) contrat(s) mentionné(s) ci-dessus vous est(ont) proposé(s) par l'**Association de Moyens Assurance de Personnes** association régie par la loi du 1er 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'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](mailto:reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com). Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, 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/> dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de votre réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

**CONTRAT(S) DISTRIBUÉ(S) PAR RADIANCE MUTUELLE :**

Le(s) contrat(s) mentionné(s) ci-dessus vous est(ont) proposé(s) par **Radiance Mutuelle**, mutuelle régie par le livre II du code de la Mutualité, SIREN N° 483 747 333, dont le siège est sis 95 rue Vendôme – 69006 LYON, agissant en qualité de mandataire d'assurance de **Malakoff Humanis Prévoyance**, organisme d'assurance du groupe Malakoff Humanis. Radiance Mutuelle est membre du groupe Malakoff Humanis. Les conseillers de Radiance Mutuelle 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). Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, 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/> dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de votre réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

MHP-21585\_2211