

FICHE D'INFORMATION ET DE CONSEIL

Contrat(s) collectif(s) frais de santé
Convention collective nationale Hôtellerie de plein air

IMPORTANT : ÉCRIRE EN LETTRES MAJUSCULES

Informations préalables

Cette étude, valant fiche d'information et de conseil en application des articles L521-2, L521-4 et L521-6 du Code des assurances, est nécessaire et obligatoire :

- pour vous permettre de mieux nous connaître,
- pour nous assurer, de part et d'autre, que vos besoins et objectifs ont bien été pris en compte.

Nous vous remercions de bien vouloir en valider l'exactitude avant signature, puis :

- en conserver un exemplaire,
- en remettre un exemplaire à votre conseiller.

Conseiller en assurance (conseiller distributeur)

ASSOCIATION DE MOYENS ASSURANCE DE PERSONNES

Représenté par :

Prénom et nom du conseiller

Adresse mail de contact

Candidat à l'assurance

Raison sociale

Forme juridique

Adresse (siège social)

Code postal |__|_|_|_|_|_| Ville

N° SIRET (siège social) |__|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| .. Code NAF ou APE |__|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Convention collective déclarée et appliquée

Représenté par :

Prénom et nom

Fonction

Effectif à assurer

Nombre de salarié(s)

dont ancien(s) salarié(s) en portabilité

Catégorie à assurer Ensemble du personnel**Besoins du candidat à l'assurance**

La présente étude a pour objectif de définir de façon claire et précise vos besoins afin de permettre à votre conseiller de vous proposer le(s) contrat(s) cohérent(s) avec votre situation et vos besoins de couverture.

Votre attention est attirée sur le fait que notre conseil se fonde sur les informations que vous avez accepté de nous communiquer, lesquelles doivent être complètes et sincères pour permettre la délivrance d'un conseil adapté et vous orienter dans le choix de votre/vos contrat(s) et garanties.

Couverture à adhésion obligatoire du salarié**Nature et objet du contrat**

Vous souhaitez faire bénéficier les salariés relevant de la catégorie assurée mentionnée ci-dessus (ainsi que les ayants droit éventuels couverts à titre obligatoire) :

 d'un contrat socle responsable à adhésion obligatoire conforme à vos obligations conventionnelles de branche :

- permettant la prise en charge de leurs dépenses de santé, en complément des remboursements perçus au titre du régime de base de la Sécurité sociale ;
- intégrant au moins les prestations minimales prévues par le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 (généralisation de la complémentaire santé dans les entreprises au 1er janvier 2016) ;
- conforme aux dispositions des articles L.871-1 et R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale énonçant les critères devant être respectés par les contrats complémentaires pour être qualifiés de « responsables ».

Si votre accord de branche propose plusieurs niveaux de couverture et que votre besoin correspond le cas échéant à un niveau supérieur au minimum conventionnel, il vous appartient alors de demander le bénéfice du niveau de couverture qui vous correspond.

Couverture à adhésion facultative au choix du salarié

Vous souhaitez également faire bénéficier vos salariés :

 d'un contrat extension ayants droit responsable à adhésion facultative permettant au salarié qui le souhaite d'étendre ses garanties à ses ayants droit non préalablement couverts à titre obligatoire. **d'un contrat surcomplémentaire responsable à adhésion facultative** permettant au salarié qui le souhaite d'améliorer ses garanties, et celles de ses ayants droit éventuels.**Votre conseiller distributeur**

Le(s) contrat(s) mentionné(s) ci-dessus vous est(ont) proposé(s) par : **l'Association de Moyens Assurances de Personnes**, association régie par la loi du 1er juillet 1901, SIREN N° 840 599 930, ORIAS N° 19000811, www.orias.fr, dont le siège social est 21 rue Laffitte – 75009 Paris.

L'Association de Moyens Assurances de Personnes est soumise à une obligation contractuelle de travailler exclusivement avec les organismes d'assurance de Malakoff Humanis.

À ce titre, l'Association de Moyens Assurances de Personnes est mandatée par **Malakoff Humanis Prévoyance**, l'institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale, pour distribuer le(s) présent(s) contrat(s) d'assurance.

L'Association de Moyens Assurances de Personnes est liée directement ou indirectement par des liens capitalistiques avec les organismes d'assurance du groupe Malakoff Humanis dont le siège social est 21 rue Laffitte – 75009 Paris – malakoffhumanis.com.

Dans le cadre de la présentation des opérations d'assurance l'Association de Moyens Assurances de Personnes est rémunérée par la combinaison de commissions, c'est-à-dire d'une rémunération incluse dans la prime d'assurance et versée par l'assureur et de tout autre type de rémunération, y compris tout avantage économique, proposé ou offert en rapport avec le(s) contrat(s) d'assurance.

Nos préconisations

Compte tenu des informations transmises par vos soins concernant vos exigences et vos besoins lors de notre entretien, nous vous conseillons le(s) contrat(s) suivant(s) :

Association de Moyens Assurances de Personnes

Association régie par la loi du 1er juillet 1901 - N° Orias 19000811

Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 840 599 930 - Siège : 21 rue Laffitte – 75009 Paris

Pour la couverture(s) collective(s) à adhésion obligatoire du salarié

Nom du(des) contrat(s) proposé(s) à la souscription (cocher la(les) case(s) correspondante(s)) :

CONTRAT SOCLE RESPONSABLE

Ce contrat est régi par les conditions générales **N° 12818**. La notice d'information **N° 12822** lui est associée.

Il organise à titre obligatoire et dans le respect de vos obligations conventionnelles, la couverture des salariés relevant de la catégorie appelée à bénéficier du contrat.

CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE RESPONSABLE

Ce contrat est régi par les conditions générales **N° 12818**. La notice d'information **N° 12822** lui est associée.

Il organise à titre obligatoire, l'amélioration des garanties frais de santé du salarié et de ses ayants droit éventuels.

IMPORTANT

Concernant les garanties souscrites à titre collectif et obligatoire, afin de bénéficier des exonérations sociales, dans les limites et conditions prévues à l'article D.242-1 du Code de la sécurité sociale applicables aux cotisations patronales versées, nous vous rappelons que **les garanties doivent bénéficier à l'ensemble du personnel**.

Si cette couverture de l'ensemble du personnel intervient par la souscription de plusieurs contrats couvrant différentes catégories de personnels, ces catégories de salariés doivent être définies objectivement en respectant les dispositions prévues par les articles R.242-1-1 et suivants du Code de la sécurité sociale.

Nous vous rappelons également :

- que vous devez vous assurer que l'ensemble de vos salariés est bien couvert au titre d'un régime santé à adhésion obligatoire ;
- que vous devez impérativement affilier les salariés couverts par les contrats à adhésion obligatoire et leur remettre la notice d'information. Si certains salariés du collège des assurés éligibles aux dispenses d'affiliation prévues par la réglementation souhaitent s'en prévaloir, vous devez les informer des conséquences de leur choix et conserver leur demande de dispense et les pièces justificatives appropriées.

Pour la couverture(s) collective(s) à adhésion facultative au choix du salarié

Nom du(des) contrat(s) proposé(s) à la souscription (cocher la(les) case(s) correspondante(s)) :

CONTRAT EXTENSION AYANT(S) DROIT RESPONSABLE

Ce contrat est régi par les conditions générales **N° 12818**. La notice d'information **N° 12822** lui est associée.

Il organise, dans le respect de vos obligations conventionnelles, la possibilité pour le salarié qui le souhaite d'étendre ses garanties frais de santé à ses ayants droit éventuels non préalablement couverts à titre obligatoire.

CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE RESPONSABLE

Ce contrat est régi par les conditions générales **N° 12818**. La notice d'information **N° 12822** lui est associée.

Il organise, dans le respect de vos obligations conventionnelles, la possibilité pour le salarié qui le souhaite d'améliorer ses garanties frais de santé et celles de ses ayants droit éventuels.

IMPORTANT

Nous vous rappelons que le(s) contrat(s) collectif(s) à adhésion facultative n'est (ne sont) pas éligible(s) au bénéfice des exonérations sociales applicables aux cotisations patronales versées prévues à l'article L.242-1 al.6 du Code de la sécurité sociale.

L'assureur ou les co-assureurs du(des) contrat(s) proposé(s)

Pour les garanties frais de santé

MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale,
21 rue Laffitte, 75009 Paris – N° SIREN 775 691 181
dont l'activité relève de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution
sise 4 Place de Budapest CS 92459 75436 Paris Cedex 09.

Pour les garanties d'assistance

AUXIA ASSISTANCE

Entreprise régie par le Code des assurances.

Société anonyme au capital de 1 780 000 €

Immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 351 733 761, Siège social : 21 rue Laffitte 75009 Paris

En cas de réclamation

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 en ligne, en cliquant sur le lien vers le formulaire de saisine : <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.

Vos déclarations

- **La convention collective déclarée et appliquée dans l'entreprise me permet de bénéficier de l'offre proposée.**
- **Je confirme avoir pleinement connaissance des obligations légales et conventionnelles relatives aux garanties d'assurance complémentaires applicables à ma structure et notamment avoir vérifié que le(s) contrat(s) proposé(s) correspond(ent) aux garanties mises en place par un acte juridique, conformément aux dispositions de l'article L 911-1 du Code de la sécurité sociale (décision unilatérale, accord collectif, accord référendaire).**
- **Je reconnais avoir pris connaissance et conservé un exemplaire de la présente fiche d'information et de conseil dont j'atteste l'exactitude du contenu quant aux informations communiquées par mes soins.**
- **J'atteste par la présente avoir reçu une information détaillée sur l'étendue, la définition des risques et des garanties proposées.**
- **J'atteste qu'un exemplaire du/des document(s) standardisé(s) d'information sur le(s) contrat(s) d'assurance (IPID), l'(les) annexe(s) relative(s) à la communication des frais de gestion, un exemplaire des Conditions Générales du/de(s) contrat(s) ainsi que la(les) notice(s) d'information correspondante(s) m'ont été remis préalablement à ma signature.**
- **Je reconnais que les préconisations formulées par le conseiller quant au(x) contrat(s) et garanties préconisées sont adaptées aux besoins d'assurance que j'ai exprimés dans la présente étude valant fiche d'information et de conseil.**

Les informations collectées sont toutes nécessaires à **Malakoff Humanis Prévoyance**, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement, pour la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance.

En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données, et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également d'un droit de vous opposer au traitement pour des raisons tenant à leur situation particulière, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi.

Ces droits peuvent être exercés directement sur notre site via nos formulaires, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.

Fait en deux exemplaires à

Le |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Le candidat à l'assurance

.....

Représenté par :

Prénom et nom

Fonction

Signature & Cachet

Le conseiller distributeur

ASSOCIATION DE MOYENS ASSURANCES DE PERSONNES

Représenté par :

Prénom et nom

Fonction

Signature
