



## Contrat « complémentaire socle » responsable adhésion obligatoire

Cochez la case si vous souhaitez adhérer à ce contrat.

### Objet du contrat

Ce contrat permet de couvrir les frais de santé des salariés et de leurs ayants droit éventuels, dans le respect des obligations conventionnelles du souscripteur.

Il est régi pour les structures :

- « Salarié » et « salarié et ayants droit » par les conditions générales n° 9134/2. La notice d'information N° 9138/2 lui est associée
- « Famille » et « famille à charge » par les conditions générales n° 9135/2. La notice d'information N° 9139/2 lui est associée

### Niveau(x) de couverture

- Base  
 Option 1  
 Option 2

Le détail des prestations prévues au contrat est indiqué au **tableau des garanties frais de santé** (MHP-16906\_2111).

### Structure de cotisation

La structure de cotisation retenue est (cocher la case) :

- Salarié seul  
 Salarié et ayants droit  
 Famille  
 Famille à charge

### Montant des cotisations

Les cotisations ci-dessous sont exprimées mensuellement. Elles intègrent le financement de services de prévention et de garanties d'assistance proposées par Auxia Assistance (convention 753734).

STRUCTURE DE COTISATION	COTISATIONS CONTRACTUELLES					
	Régime général de la Sécurité sociale			Régime local de la Sécurité sociale		
	Base	Option 1	Option 2	Base	Option 1	Option 2
Salarié seul ou salarié	36,47 euros	39,31 euros	42,20 euros	25,53 euros	27,52 euros	29,54 euros
Conjoint	47,86 euros	51,41 euros	55,03 euros	33,51 euros	35,99 euros	38,52 euros
Enfant (gratuité à partir du 3 <sup>e</sup> enfant)	29,85 euros	30,29 euros	30,72 euros	20,90 euros	21,21 euros	21,51 euros
Famille	94,28 euros	99,62 euros	105,02 euros	66,00 euros	69,74 euros	73,51 euros
Famille à charge	82,32 euros	86,71 euros	91,18 euros	57,63 euros	60,70 euros	63,83 euros

Les cotisations contractuelles seront revues selon les modalités prévues dans les conditions générales.

### Paiement des cotisations

Le souscripteur verse mensuellement à l'organisme assureur la totalité des cotisations mentionnées dans le tableau ci-dessus.

## Contrat « complémentaire extension » responsable adhésion facultative

L'adhésion à ce contrat est simultanée à celle du contrat complémentaire socle sans choix de votre part, ces deux contrats étant indissociables.

### Objet du contrat

Ce contrat permet aux salariés d'étendre leurs garanties frais de santé à leur conjoint / leur(s) enfant(s), dans le respect des obligations conventionnelles du souscripteur

Il est régi pour les structures :

- Conjoint et enfant(s) par les conditions générales n° 9134/2. La notice d'information N° 9138/2 lui est associée
- Conjoint non à charge par les conditions générales n° 9135/2. La notice d'information N° 9139/2 lui est associée

### Niveau de couverture

Le niveau de couverture est identique à celui du contrat « complémentaire socle » responsable à adhésion obligatoire.

Le détail des prestations prévues au contrat est indiqué au **tableau des garanties frais de santé** (MHP-16906\_2111).

### Structure de cotisation

La structure de cotisation retenue en fonction du choix opéré pour le contrat complémentaire socle est :

- Conjoint et enfant(s)
- Conjoint non à charge

### Montant des cotisations

Les cotisations ci-dessous sont exprimées mensuellement. Elles intègrent le financement de services de prévention et de garanties d'assistance proposées par Auxia Assistance (convention 753734).

STRUCTURE DE COTISATION	COTISATIONS CONTRACTUELLES					
	Régime général de la Sécurité sociale			Régime local de la Sécurité sociale		
	Base	Option 1	Option 2	Base	Option 1	Option 2
Conjoint ou Conjoint non à charge	56,62 euros	60,72 euros	64,90 euros	39,63 euros	42,50 euros	45,43 euros
Enfant (gratuité à partir du 3 <sup>e</sup> enfant)	32,24 euros	32,75 euros	33,24 euros	22,57 euros	22,92 euros	23,28 euros

Les cotisations contractuelles seront revues selon les modalités prévues dans les conditions générales.

### Paiement des cotisations

Ces cotisations sont propres au présent contrat et sont à régler en plus de celles versées au titre du(des) autre(s) contrat(s) que le souscripteur souscrit

Elles seront acquittées mensuellement par le salarié via un prélèvement automatique sur son compte bancaire ou par virement.

## Contrat « surcomplémentaire » responsable adhésion facultative

L'adhésion à ce contrat est simultanée à celle du contrat complémentaire socle sans choix de votre part, ces deux contrats étant indissociables.

### Objet du contrat

Ce contrat permet aux salariés d'améliorer leurs garanties frais de santé et celles de leurs ayants droit éventuels, dans le respect des obligations conventionnelles du souscripteur.

Il est régi pour les structures :

- « Salarié » et « salarié et ayants droit » par les conditions générales n° 9134/2. La notice d'information N° 9138/2 lui est associée
- « Famille » et « famille à charge » par les conditions générales n° 9135/2. La notice d'information N° 9139/2 lui est associée

### Niveau de couverture

Le(s) niveau(x) de couverture possible(s) au choix du salarié est(sont) :

- Option 1
- Option 2

Le détail des prestations prévues au contrat est indiqué au **tableau des garanties frais de santé** (MHP-16906\_2111).

### Structure de cotisation

La(les) structure(s) de cotisation(s) retenue(s) en fonction du choix opéré pour le contrat complémentaire socle est(sont) :

- Salarié seul
- Conjoint et enfant(s)
- Salarié et ayants droit
- Famille
- Famille à charge
- Conjoint non à charge

### Montant des cotisations

Les cotisations ci-dessous sont exprimées mensuellement

STRUCTURE DE COTISATION	COTISATIONS CONTRACTUELLES					
	Régime général de la Sécurité sociale			Régime local de la Sécurité sociale		
	Base	Option 1	Option 2	Base	Option 1	Option 2
■ Si le niveau de couverture du contrat complémentaire « socle » à adhésion obligatoire est « Base »						
Salarié seul ou salarié	-	3,04 euros	6,13 euros	-	2,13 euros	4,30 euros
Conjoint ou Conjoint non à charge	-	4,10 euros	8,28 euros	-	2,87 euros	5,80 euros
Enfant (gratuité à partir du 3 <sup>e</sup> enfant)	-	0,51 euros	1,00 euros	-	0,35 euros	0,71 euros
Famille	-	5,50 euros	11,06 euros	-	3,85 euros	7,74 euros
Famille à charge	-	4,52 euros	9,12 euros	-	3,17 euros	6,38 euros

STRUCTURE DE COTISATION (suite)	COTISATIONS CONTRACTUELLES					
	Régime général de la Sécurité sociale			Régime local de la Sécurité sociale		
	Base	Option 1	Option 2	Base	Option 1	Option 2
■ Si le niveau de couverture du contrat complémentaire « socle » à adhésion obligatoire est « Option 1 »						
Salarié seul ou salarié	-	-	3,29 euros	-	-	2,31 euros
Conjoint ou Conjoint non à charge	-	-	4,73 euros	-	-	3,32 euros
Enfant (gratuité à partir du 3 <sup>e</sup> enfant)	-	-	0,56 euros	-	-	0,40 euros
Famille	-	-	5,72 euros	-	-	4,00 euros
Famille à charge	-	-	4,73 euros	-	-	3,31 euros

Les cotisations contractuelles seront revues selon les modalités prévues dans les conditions générales.

### Païement des cotisations

Ces cotisations sont propres au présent contrat et sont à régler en plus de celles versées au titre du(des) autre(s) contrat(s) que le souscripteur souscrit

Elles seront acquittées mensuellement par le salarié via un prélèvement automatique sur son compte bancaire ou par virement.

## Déclaration du souscripteur

Le souscripteur déclare (cochez toutes les cases) :

- relever de la convention collective nationale des entreprises de la maintenance, distribution et location de matériels agricoles, de travaux publics, de bâtiments, de manutention, de motoculture de plaisance et activités connexes dite SDLM (IDCC 1404) ;
- 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 la présente proposition de contrat ;
- avoir pris connaissance et accepté les termes des conditions générales, de l'(des) annexe(s) relative(s) à la communication des frais de gestion et de distribution ainsi que la(les) notice(s) d'information correspondante(s) 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(des) notice(s) d'information. À ce titre, la preuve de la remise de la(des) notice(s) 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).

## Conditions d'acceptation

La présente proposition de contrat est valable **trois** mois à compter de sa date de signature par le souscripteur.

En cas d'acceptation de celle-ci par le souscripteur, l'organisme assureur émet des conditions particulières, qui associées aux conditions générales forment le contrat d'assurance.

Ces conditions particulières précisent la date d'effet, les garanties souscrites, la catégorie assurée ainsi que les taux de cotisations.

Pour la signature de celles-ci, puis ultérieurement des avenants, l'organisme assureur peut recourir à un **procédé sécurisé de signature électronique**. Le souscripteur dispose du droit de s'opposer à ce procédé, dans ce cas il doit le notifier à l'organisme assureur et signer manuscritement un exemplaire des pièces contractuelles puis le retourner par voie postale.

Le souscripteur doit fournir à l'organisme assureur les éléments déclaratifs, mentionnés dans les conditions générales, par les flux mensuels DSN et si nécessaire, sur demande de l'organisme assureur, au moyen de la liste nominative du personnel assurable y compris bénéficiaires de la portabilité. Les informations peuvent également figurer aux bulletins individuels d'affiliation (ou bulletins d'affiliation et d'adhésion individuelle) complétés et signés et plus largement aux formulaires dédiés tenus à disposition par l'organisme assureur.

Fait à ..... le .....

### LE SOUSCRIPTEUR

Représenté par (nom / prénom) (1) .....

Agissant en qualité de (fonction) .....

Adresse mail du signataire des pièces contractuelles .....

Cachet et signature
---------------------

(1) L'adhésion constituant un engagement contractuel du souscripteur, la présente proposition de contrat(s) 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). 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 à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice. 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