

## FICHE D'INFORMATION ET DE CONSEIL

**Contrat(s) collectif(s) de prévoyance et maintien de salaire de la convention collective nationale des gardiens, concierges et employés d'immeubles (IDCC 1043)****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 et d'en :

- conserver un exemplaire ;
- remettre un exemplaire à votre conseiller.

**Votre entreprise**

Raison sociale .....

Adresse du siège social .....

Forme juridique .....

Représentée par (civilité, nom et prénom) .....

Fonction .....

Catégorie assurée .....

Effectif à assurer .....

Dont anciens salariés en portabilité.....

**Vos besoins**

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

Vous souhaitez faire bénéficier vos salariés relevant de la catégorie assurée mentionnée ci-dessus, d'un **contrat complémentaire « socle »** à adhésion obligatoire conforme à vos obligations conventionnelles de branche comportant notamment des garanties en cas de décès, perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité.

## Garantie maintien de salaire : obligation de l'employeur

Vous souhaitez que l'organisme assureur assure la couverture de tout ou partie de vos obligations de maintien de salaire qui résultent de dispositions légales (articles L.1226-1 et D.1226-1 et suivants du Code du travail) et/ou conventionnelles ayant le même objet.

A cette fin, vous pouvez souscrire un **contrat maintien de salaire à adhésion obligatoire**.

## Votre conseiller distributeur

L'Association de Moyens Assurances de Personnes, association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901, SIREN n° 840 599 930, ORIAS n° 19000811, [www.orias.fr](http://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 L'Institution de Prévoyance Malakoff Humanis Prévoyance, régie par le 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 - Siège social : 21 rue Laffitte 75317 Paris cedex 09 - [malakoffhumanis.com](http://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) :

### Couverture(s) collective(s) à adhésion obligatoire du salarié

Nom du(des) contrat(s) proposé(s) à la souscription :

#### **CONTRAT COMPLEMENTAIRE « SOCLE »**

**Ce contrat est régi par les conditions générales n° 12834**

Il organise, dans le respect de vos obligations conventionnelles, la couverture à titre obligatoire des salariés relevant de la catégorie appelée à bénéficier du contrat pour les risques : Capital décès - Double effet – Allocation obsèques - Rente d'éducation - Rente de conjoint –Incapacité temporaire – Invalidité.

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 reprise par l'Accord National Interprofessionnel du 17 novembre 2017, de couvrir en prévoyance vos salariés cadres et assimilés ainsi que vos salariés VRP non-cadres en raison du niveau de leur rémunération. La cotisation minimale pour cette couverture s'élève à 1,5 % de la tranche 1 (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.

### Garantie maintien de salaire : obligation de l'employeur

Nom du(des) contrat(s) proposé(s) à la souscription :

#### **CONTRAT MAINTIEN DE SALAIRE**

**Ce contrat est régi par les conditions générales n° 12834**

Il organise, dans le respect de vos obligations légales conventionnelles, la couverture de tout ou partie de vos obligations maintien de salaire.

Nous vous rappelons les cotisations versées à l'organisme assureur afin d'assurer votre obligation de maintien de salaire en application de dispositions légales ou conventionnelles ayant le même objet sont exclues de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale, de la CSG et de la CRDS et du forfait social.

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

#### **Pour les garanties prévoyance**

##### **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  
dont l'activité relève de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution  
sise 4 Place de Budapest CS 92459 75436 Paris Cedex 09.

##### **OCIRP - ORGANISME COMMUN DES INSTITUTIONS DE RENTES ET DE PRÉVOYANCE**

Union d'institutions régie par le Code de la sécurité sociale  
17 rue de Marignan 75008 Paris - N° SIREN 788 334 720

#### **Pour la garantie maintien de salaire**

##### **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  
dont l'activité relève de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution  
sise 4 Place de Budapest CS 92459 75436 Paris Cedex 09.

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 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

- **Je relève de la convention collective nationale des gardiens, concierges et employés d'immeubles (IDCC 1043)**
- **Je confirme avoir pleinement connaissance des obligations légales et conventionnelles relatives aux garanties d'assurance complémentaires applicables à mon entreprise 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), un exemplaire des Conditions Générales du(des) 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](mailto: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 Paris, le .....

**L'entreprise**

Nom, prénom .....

Fonction .....

Signature &amp; Cachet de l'entreprise

**Votre conseiller - Association de Moyens Assurance de Personnes**

Nom, prénom .....

Fonction .....

Signature