

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 et ses ayants droit éventuels.

Objet du contrat

Ce contrat permet de couvrir les frais de santé du salarié et de ses ayants droit éventuels, dans le respect des obligations conventionnelles du souscripteur. Il est régi par les conditions générales N°13157. La notice d'information N°13168 lui est associée.

Niveau(x) de couverture

Le niveau de couverture retenu est : base conventionnelle.

Le détail des prestations prévues au contrat est indiqué au **tableau des garanties frais de santé** (réf. MHP-20408_2202) joint au présent document.

Structure de cotisation

La structure de cotisation est : « Assuré seul / Famille »

A NOTER

L'adhésion est obligatoire pour les ayants droit.

Montant des cotisations

Les cotisations ci-dessous sont exprimées mensuellement et intègrent le financement de services de prévention, ainsi que des garanties d'assistance assurées par Auxia Assistance (convention n°75 37 34).

Structure(s) de cotisation	COTISATIONS CONTRACTUELLES	
	Régime général de la Sécurité sociale	Régime local* de la Sécurité sociale
Assuré seul	1,59 % PMSS	0,90 % PMSS
Famille	2,05 % PMSS	1,60 % PMSS

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (À titre indicatif, le montant du PMSS évolue chaque année. Son évolution est consultable sur www.securitesociale.fr).

*Régime local = Régime Alsace-Moselle

Ce contrat prévoit l'application d'un taux d'appel jusqu'au 31 décembre 2023, reconductible annuellement en fonction des résultats du régime :

Structure(s) de cotisation	COTISATION : TAUX D'APPEL	
	Régime général de la Sécurité sociale	Régime local* de la Sécurité sociale
Assuré seul	1,27 % PMSS	0,72 % PMSS
Famille	1,64 % PMSS	1,28 % PMSS

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (À titre indicatif, le montant du PMSS évolue chaque année. Son évolution est consultable sur www.securitesociale.fr).

*Régime local = Régime Alsace-Moselle

Les cotisations contractuelles s'appliqueront à l'issue de la période bénéficiant du taux d'appel et seront revues selon les modalités prévues dans les conditions générales.

Paiement des cotisations

Elles seront acquittées en totalité par le souscripteur trimestriellement auprès de l'organisme assureur.

Contrat surcomplémentaire responsable

Adhésion obligatoire

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 obligatoire pour le salarié et ses ayants droit éventuels.

Objet du contrat

Ce contrat permet au salarié 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 responsable à adhésion obligatoire.

Il est régi par les conditions générales N°13157. La notice d'information N°13169 lui est associée.

Niveau de couverture

Le niveau de couverture est Base conventionnelle plus Renfort

Le détail des prestations prévues au contrat est indiqué au **tableau des garanties frais de santé** (réf. MHP-20408_2202) joint au présent document.

Structure de cotisation

La structure de cotisation est identique à celle du contrat complémentaire socle responsable à adhésion obligatoire.

Montant des cotisations

Les cotisations ci-dessous sont exprimées mensuellement.

Structure(s) de cotisation	COTISATIONS CONTRACTUELLES	
	Régime général de la Sécurité sociale	Régime local* de la Sécurité sociale
Assuré seul	+ 0.99 % PMSS	+ 0.60 % PMSS
Famille	+ 1.47 % PMSS	+ 0.90 % PMSS

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (À titre indicatif, le montant du PMSS évolue chaque année. Son évolution est consultable sur www.securitesociale.fr).

*Régime local = Régime Alsace-Moselle

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 en totalité par le souscripteur trimestriellement auprès de l'organisme assureur.

Contrat surcomplémentaire non responsable

Adhésion facultative

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

Il est régi par les conditions générales N°13160. La notice d'information N°13170 lui est associée.

Niveau de couverture

Le niveau de couverture est Base conventionnelle plus Renfort plus Renfort +.

Le détail des prestations prévues au contrat est indiqué au **tableau des garanties frais de santé** (réf. MHP-20409_2202) joint au présent document.

Structure de cotisation

La structure de cotisation est identique à celle du contrat complémentaire socle responsable à adhésion obligatoire et du contrat surcomplémentaire responsable à adhésion obligatoire.

(*) A NOTER

L'adhésion est facultative pour les ayants droit. Ils doivent être identiques à ceux affiliés au titre du contrat complémentaire socle à adhésion obligatoire et du contrat surcomplémentaire à adhésion obligatoire.

Montant des cotisations

Les cotisations ci-dessous sont exprimées mensuellement.

Structure(s) de cotisation	COTISATIONS CONTRACTUELLES	
	Régime général de la Sécurité sociale	Régime local* de la Sécurité sociale
Assuré seul	+ 0.29 % PMSS	+ 0.12 % PMSS
Famille	+ 0.40 % PMSS	+ 0.15 % PMSS

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (À titre indicatif, le montant du PMSS évolue chaque année. Son évolution est consultable sur www.securitesociale.fr).

*Régime local = Régime Alsace-Moselle

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 des autres contrats que le souscripteur souscrit.

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

Engagement du souscripteur

Le(s) présent(s) contrat(s) d'adhésion, est(sont) souscrit(s) à effet du **1er jour du mois civil suivant son envoi postal (et au plus tôt à effet du 01.10.2022)** (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 réglementaires 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 sollicité 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 :

- relever de la convention collective nationale des activités de marchés financiers (IDCC 2931)
- 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(des) tableau(x) des garanties associé(s),
 - des conditions générales,
 - de l'(des) annexe(s) relative(s) à la communication des frais de gestion et de distribution
 - de 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) et retenu(s) par ses soins.**

Pour LE SOUSCRIPTEUR

Fait à

Le

Nom, prénom du signataire (1)

.....

En sa qualité de.....

.....

Signature (et cachet)

Pour MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE

Fait à

Le

Nom, prénom du signataire

.....

En sa qualité de

.....

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, 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. 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.

MHP-13163_2210

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

AUXIA ASSISTANCE, SA au capital de 1 780 000 € - Entreprise régie par le Code des assurances

Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris - 351 733 761 RCS Paris

Page 7 sur 7