



J'adhère à la « base conventionnelle obligatoire » en régime obligatoire et laisse la possibilité à mes salariés de souscrire à une option facultative :

Structure de cotisation	<input type="checkbox"/> Base conventionnelle obligatoire		<input type="checkbox"/> Option facultative pour le salarié
	Régime Général	Régime Alsace Moselle	Régime général ou Alsace Moselle
Salarié obligatoire	1,56 % PMSS <sup>(1)</sup>	1,09 % PMSS <sup>(1)</sup>	+ 0,41 % PMSS <sup>(1)</sup>
<input type="checkbox"/> Conjoint (facultatif)	+ 1,66 % PMSS <sup>(1)</sup>	+ 1,16 % PMSS <sup>(1)</sup>	+ 0,45 % PMSS <sup>(1)</sup>
<input type="checkbox"/> Enfant* (facultatif)	+ 0,89 % PMSS <sup>(1)</sup>	+ 0,62 % PMSS <sup>(1)</sup>	+ 0,21 % PMSS <sup>(1)</sup>

J'adhère à la « base + option 1 » en régime obligatoire et laisse la possibilité à mes salariés de souscrire à une option facultative :

Structure de cotisation	<input type="checkbox"/> Base + OPTION obligatoire	
	Régime Général	Régime Alsace Moselle
Salarié obligatoire	1,94 % PMSS <sup>(1)</sup>	1,47 % PMSS <sup>(1)</sup>
<input type="checkbox"/> Conjoint (facultatif)	+ 2,08 % PMSS <sup>(1)</sup>	+ 1,58 % PMSS <sup>(1)</sup>
<input type="checkbox"/> Enfant* (facultatif)	+ 1,09 % PMSS <sup>(1)</sup>	+ 0,82 % PMSS <sup>(1)</sup>

La cotisation pour l'option souscrite à titre facultative et/ou l'extension aux ayants droit est à la charge exclusive du salarié. Les ayants droit doivent bénéficier du même niveau de garanties que les salariés.

(1) PMSS= Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif pour l'année 2016 : 3218 €)

\* Gratuité de la cotisation à partir du 3ème enfant

## CONDITIONS D'ACCEPTATION DES CONTRATS

La présente proposition de contrats est à retourner signée à votre interlocuteur Malakoff Médéric.

Vous reconnaissez :

- avoir pris connaissance de la Fiche d'information et de conseil fournie,
- avoir reçu, avant la signature de la présente proposition de contrats, les Conditions générales à adhésion obligatoire « base obligatoire ou option obligatoire » n° 9894 de la Convention collective nationale des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers et le descriptif des garanties,
- avoir reçu, avant la signature de la présente proposition de contrats, les Conditions générales à adhésion facultative « extension ayants-droit » n° 9896 de la Convention collective nationale des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers et le descriptif des garanties,
- avoir reçu, avant la signature de la présente proposition de contrats, les Conditions générales à adhésion facultative « option facultative » n° 9898 de la Convention collective nationale des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers et le descriptif des garanties,
- vous être conformée aux dispositions du Code de la sécurité sociale relatives à la mise en place ou à la modification d'un contrat collectif de frais de santé à adhésion obligatoire (article L.911-1 du Code de la sécurité sociale).

Ces documents vous ont été remis le |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|.

Notre acceptation des conditions contractuelles est formalisée par l'envoi de Conditions particulières, qui associées aux Conditions générales forment le contrat d'assurance. Les Conditions particulières précisent la date d'effet, les garanties souscrites, la catégorie de personnel assurée et les taux de cotisations.

Vous devrez retourner un exemplaire signé des Conditions particulières. Vous vous engagez à procéder au versement des cotisations telles qu'elles figurent au présent document, pour la couverture **obligatoire** des risques correspondants.

La date d'effet des contrats que nous retenons sera au plus tôt le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la présente proposition complétée et signée.

DATE D'EFFET SOUHAITEE DU CONTRAT : |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|.

Fait à ....., le |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Cachet de l'Entreprise**

Nom et fonction du signataire :

Signature :

Le présent contrat vous est proposé par Association de Moyens Assurances (AMA) association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901, Siren n°812986289, ORIAS n°16000160, [www.orias.fr](http://www.orias.fr), dont le siège social est sis 21 rue Laffitte – 75009 Paris en qualité de Mandataire d'assurances de l'opérateur Malakoff Médéric Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale. Si vous le souhaitez, AMA peut vous communiquer sur simple demande le nom des entreprises d'assurances mandantes. En cas de réclamation vous pouvez adresser une demande écrite au service de réclamation de notre siège social ou par e-mail : [reclamation-entreprise@malakoffmederic.com](mailto:reclamation-entreprise@malakoffmederic.com). Vous pouvez vous adresser au médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), à l'adresse suivante : 10 rue Cambacérès, 75008 Paris (saisine également accessible à l'adresse suivante : <http://ctip.asso.fr/mediation/>). Vous avez également la possibilité de vous adresser à l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) sise 61 rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09. L'(Les) assureur(s) du(es) contrat(s) proposé(s) est (sont) : MALAKOFF MÉDÉRIC PRÉVOYANCE : Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale - 21 rue Laffitte, 75009 Paris.