malakoff médéric

MOBILITÉ EXPAT PRÉVOYANCE

Cachet du conseiller en assurance

Demande de souscription de l'entreprise

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE ENTREPRISE

RAISON SOCIALE ..... FORME JURIDIQUE .....

ADRESSE .....

CODE POSTAL |_|_|_|_|_| VILLE ..... PAYS .....

E-MAIL .....@..... N°SIRET |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| CODE NAF |_|_|_|_|_| CODE APE |_|_|_|_|_|

Convention collective ..... Numéro de brochure ..... Effectif total de l'entreprise .....

CATÉGORIE ASSURÉE

❑ Ensemble du personnel répondant à la définition de la catégorie assurée mentionnée aux conditions générales

❑ Autres .....

Zones d'exercice de l'activité .....

GARANTIES CHOISIES

Date d'effet souhaitée |_|_|_|_|_|_|_|_| Nombre de membres de l'effectif assurable à assurer .....

Âge moyen .....

☐ Formule Sécurité sociale	Capital décès toutes causes	300 % du Plafond mensuel de la Sécurité sociale
☐ Formule A	Décès/Perte totale et irréversible d'autonomie/double effet	% du salaire brut annuel
	Décès accidentel/Perte totale et irréversible d'autonomie par accident	100 % du capital en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie toute cause
	☐ Rente d'éducation	% du salaire brut annuel
	☐ Rente de conjoint	% du salaire brut annuel
	☐ Allocation obsèques	% du Plafond mensuel de la Sécurité sociale
	☐ Garanties arrêt de travail Incapacité temporaire totale/ invalidité – incapacité permanente	Maladie accident – moins 3 enfants à charge – 50 % de la tranche A Maladie accident – 3 enfants à charge ou plus – 66.66 % de la tranche A Maternité – 100 % de la tranches A Franchise ☐ 30 J ☐ 60 J ☐ 90 J Invalidité : Rente totale 50 % - Rente partielle 30 % de la tranche A Majoration tierce personne 20 % de la tranche A
☐ Formule B	Décès/Perte totale et irréversible d'autonomie/double effet	Formule ☐ B1 ☐ B2 ☐ B3 ☐ B4 ☐ B5
	Décès accidentel/Perte totale et irréversible d'autonomie par accident	100 % du capital en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie toute cause
	☐ Rente d'éducation	Formule ☐ B1 ☐ B2
	☐ Rente de conjoint B Viagère Temporaire	 % du salaire brut annuel (65 – Âge au décès) % du salaire brut annuel (Âge au décès – 25)
	☐ Allocation obsèques	% du Plafond mensuel de la Sécurité sociale
	☐ Garanties arrêt de travail Incapacité temporaire totale/ invalidité – incapacité permanente	Maladie accident – % du salaire brut annuel Maternité – % du salaire brut annuel **dans la limite de 100 % de la tranche A** **Franchise** ☐ 30 J ☐ 60 J ☐ 90 J ☐ 180 J ☐ 360 J ☐ Rachat de franchise 3 jours en cas d'hospitalisation (**Uniquement pour les franchises 30, 60, 90 J**)

COTISATIONS SOUS RÉSERVE D'ACCEPTATION DE L'ASSUREUR

Sous réserve d'acceptation de l'assureur

TRANCHE A	TRANCHE B	TRANCHE C
%	%	%

BUDGET ANNUEL PRÉVISIONNEL

DÉCLARATION DE L'ENTREPRISE

❑ L'entreprise demande à souscrire un contrat MOBILITÉ EXPAT SANTÉ PRÉVOYANCE N° 28101 pour les garanties mentionnées à la présente demande de souscription de contrat.

L'ENTREPRISE DÉCLARE : (COCHEZ LES CASES)

❑ avoir reçu un exemplaire des Conditions générales du contrat précité et de sa Notice d'information et s'engager à remettre cette notice aux membres de l'effectif assurable,

❑ avoir reçu un exemplaire de la présente demande d'adhésion et en avoir pris connaissance,

❑ s'engager à présenter à l'assurance la totalité des membres du personnel assurable ayant choisi de bénéficier du contrat et dont le contrat de travail est en vigueur et non suspendu pour une cause autre que maladie, accident ou expatriation y compris ceux en cumul emploi retraite,

❑ s'engager à déclarer à l'assureur, par avance, si elle souhaite étendre le bénéfice du contrat à ses mandataires sociaux sans contrat de travail relevant du régime général au sens de l'article L311-3 du Code de la sécurité sociale, dûment autorisés par les organes de l'entreprise en charge de la fixation de leur rémunération et appartenant à la catégorie assurée,

❑ s'engager à demander à chaque membre du personnel assurable d'accomplir les formalités médicales demandées par Quatrem (par téléphone ou questionnaire relatif à l'état de santé de la personne à assurer) selon les modalités d'envoi précisées sur le document. **Quatrem se réserve le droit de demander des informations complémentaires conformément aux conditions générales**.

L'ensemble des documents ci-après doivent accompagner la présente demande, **à défaut elle ne pourra être traitée par l'assureur.**

❑ Un extrait K-bis de l'entreprise ;

❑ la liste des membres du personnel à assurer ;

❑ les demandes individuelles d'affiliation des membres de l'effectif assurable appelés à bénéficier du contrat dûment complétées et signées par ces derniers ;

❑ le cas échéant, les « déclarations relatives à l'état de santé de la personne à assurer » et/ou les « questionnaires relatifs à l'état de santé de la personne à assurer » dûment complétés par ces personnes dans une enveloppe cachetée à l'attention du médecin–conseil de l'assureur ;

❑ une copie de la Carte nationale d'identité du représentant de l'entreprise ;

❑ une copie de la dernière DADS1.

LA NON FOURNITURE DE CES ÉLÉMENTS REND CADUQUE LA PRÉSENTE DEMANDE DE SOUSCRIPTION DE L'ENTREPRISE

❑ Je soussigné(e) ..... Représentant de l'entreprise .....

En qualité de ..... **certifie exactes et sincères toutes les informations mentionnées à la présente demande de souscription de l'entreprise et j'ai bien noté que toute réticence ou fausse déclaration entraîne les sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances**. (Cochez la case)

Fait à ..... le _ _ _ _ _ _ _ _

Cachet de l'entreprise

Signature

LISTE DES MEMBRES DU PERSONNEL À ASSURER À LA DATE D'EFFET DU CONTRAT

Nom/prénom(s)	Année de naissance	Salaire annuel brut	Situation de famille (1)	Nombre d'enfant(s) à charge	Nom/prénom(s) du conjoint et des enfants à charge	Situation du contrat de travail (2)	Pays d'expatriation	Régime social(3)

LISTE DES MANDATAIRES SOCIAUX À ASSURER À LA DATE D'EFFET DU CONTRAT (4)

(1) M = marié(e), C = célibataire, V = veuf(ve), D = divorcé(e), P = partenaire de PACS, K = concubin(e), S = séparé(é) de corps judiciairement

(2) EV = En vigueur, S = Suspendu (indiquer alors le motif et la date – hors expatriation), C = Cumul emploi retraite,
R = En réduction d'horaire pour raison de santé, TP = Temps partiel.
Le cas échéant, l'assureur peut demander des informations complémentaires conformément à l'article 3.4 des conditions générales.

(3) A=Caisse des Français de l'étranger (CFE), B = Régime local de Sécurité sociale, C = Autre à préciser, D = Aucun régime

(4) **Situation particulière des mandataires sociaux** : Le cas échéant, seuls sont concernés les mandataires sociaux sans contrat de travail relevant du régime général au sens de l'article L311-3 du Code de la sécurité sociale et dûment autorisé par les organes de l'entreprise en charge de la fixation de sa rémunération auxquels l'entreprise souhaite étendre le bénéfice du contrat et appartenant à la catégorie bénéficiaire assurée.

Conformément à la loi N° 78.17 du 6 janvier 1978, vous êtes habilité à demander la communication, la rectification ou la suppression des informations vous concernant qui figureraient sur des fichiers à l'usage de QUATREM, en écrivant au Service Clients QUATREM, 59-61 rue La Fayette - BP 460 09 - 75423 PARIS Cedex 09.

papiers Avec Ecofolio tous les papiers se recyclent.
AKUS1410-8481