



malakoff médéric

Cachet du conseiller en assurances

SESAME ASSURANCES
GROUPE VERSPIEREN
LE WINTER PALACE
82 BD DE CIMIEZ
06000 NICE

FRAIS DE SANTÉ

DEMANDE DE SOUSCRIPTION DE L'ENTREPRISE

**Contrats à adhésion obligatoire et facultative
des entreprises relevant de la CCN des Transports routiers et activités auxiliaires du transport
(IDCC 16)**

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE ENTREPRISE

Raison sociale et forme juridique SAS AUTOCARS PMA

Adresse 1 BIS BD COTTE

Code postal 91 51 81 81 0 Ville ENGHIEN LES BAINS

Email autocars.pma@orange.fr

N° SIRET 41 81 21 51 31 31 71 21 61 10 10 10 11 14 Effectif total

Code NAF (*) 4941 A 4941 B 5320 Z 8010 Z 4941 C
 7712 Z 5229 A 5229 B 4939 A 4939 B

CATÉGORIE(S) À ASSURER (*)

Ensemble du personnel

Pour l'ensemble des catégories ci-dessous, assurez-vous que votre régime couvre l'ensemble de vos salariés.

Personnel ne relevant pas de la CCN du 14 mars 1947

Personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe 1

Autre :

L'employeur doit être en mesure de justifier que la catégorie choisie, permet de couvrir tous les salariés que leur activité professionnelle place dans une situation identique au regard des garanties concernées.

Nombre de membres de l'effectif assurable à assurer | _____ | Age moyen | ____ | ____ | ans
SELON CONTRAT QUATREM EN COURS AVANT ORDRE DE REMPLACEMENT

Date d'effet | 0 | 1 | 0 | 1 | 12 | 10 | 12 | 10 |

(*) cochez la case utile

QUATREM

SA au capital de 510 426 261 € - Entreprise régie par le code des assurances
Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris 412 367 724 RCS Paris.

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.

Quatrem, Pôle réclamations, TSA 20002, 78075 Saint Quentin en Yvelines Cedex
ou reclamations.quatrem@malakoffmederic.com

FORMULE ET STRUCTURE DE COTISATION RETENUS (*)

Pour le paiement des cotisations, exprimées en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale,

et mentionnées ci-dessous, je déclare relever du régime de Sécurité sociale Général Alsace Moselle

FORMULE 1 : CONTRAT 26242 / RÉGIME BASE OBLIGATOIRE

Je choisis ma structure de cotisation ci-dessous (cocher la case utile)	CODES NAF 4939 A ET 4939 B				AUTRES CODES NAF			
	Régime général		Régime Alsace Moselle		Régime général		Régime Alsace Moselle	
<input type="checkbox"/> Cotisation « Unique Famille »	Famille 2,28 %		Famille 1,43 %		Famille 2,28 %		Famille 1,43 %	
<input type="checkbox"/> Cotisation « Isolé / Famille »	Isolé 1,00 %	Famille 3,15 %	Isolé 0,60 %	Famille 1,96 %	Isolé 0,95 %	Famille 3,15 %	Isolé 0,60 %	Famille 1,96 %
<input type="checkbox"/> Cotisation « Adulte / Enfant »	Adulte 1,00 %	Enfant (*) 0,67 %	Adulte 0,60 %	Enfant (*) 0,39 %	Adulte 0,95 %	Enfant (*) 0,67 %	Adulte 0,60 %	Enfant (*) 0,39 %

FORMULE 2 : CONTRAT 26243 / RÉGIME NIVEAU 1 OBLIGATOIRE

Je choisis ma structure de cotisation ci-dessous (cocher la case utile)	CODES NAF 4939 A ET 4939 B				AUTRES CODES NAF			
	Régime général		Régime Alsace Moselle		Régime général		Régime Alsace Moselle	
<input type="checkbox"/> Cotisation « Unique Famille »	Famille 3,10 %		Famille 2,16 %		Famille 3,10 %		Famille 2,16 %	
<input type="checkbox"/> Cotisation « Isolé / Famille »	Isolé 1,36 %	Famille 4,28 %	Isolé 0,95 %	Famille 2,99 %	Isolé 1,36 %	Famille 4,28 %	Isolé 0,95 %	Famille 2,99 %
<input type="checkbox"/> Cotisation « Adulte / Enfant »	Adulte 1,36 %	Enfant (*) 0,96 %	Adulte 0,95 %	Enfant (*) 0,66 %	Adulte 1,36 %	Enfant (*) 0,96 %	Adulte 0,95 %	Enfant (*) 0,66 %

FORMULE 3 : CONTRAT 26244 / RÉGIME NIVEAU 2 OBLIGATOIRE

Je choisis ma structure de cotisation ci-dessous (cocher la case utile)	CODES NAF 4939 A ET 4939 B				AUTRES CODES NAF			
	Régime général		Régime Alsace Moselle		Régime général		Régime Alsace Moselle	
<input type="checkbox"/> Cotisation « Unique Famille »	Famille 3,87 %		Famille 2,90 %		Famille 3,87 %		Famille 2,90 %	
<input type="checkbox"/> Cotisation « Isolé / Famille »	Isolé 1,75 %	Famille 5,30 %	Isolé 1,31 %	Famille 3,98 %	Isolé 1,75 %	Famille 5,30 %	Isolé 1,31 %	Famille 3,98 %
<input type="checkbox"/> Cotisation « Adulte / Enfant »	Adulte 1,75 %	Enfant (*) 1,12 %	Adulte 1,31 %	Enfant (*) 0,84 %	Adulte 1,75 %	Enfant (*) 1,12 %	Adulte 1,31 %	Enfant (*) 0,84 %

FORMULE 4 : CONTRAT 26910 / RÉGIME BASE OBLIGATOIRE + OPTION 1 OU 2 FACULTATIVE

Je choisis ma structure de cotisation ci-dessous, (cocher la case utile pour le régime de BASE uniquement)	CODES NAF 4939 A ET 4939 B				AUTRES CODES NAF			
	Régime général		Régime Alsace Moselle		Régime général		Régime Alsace Moselle	
<input type="checkbox"/> Cotisation « Unique Famille »	Famille 2,28 %		Famille 1,43 %		Famille 2,28 %		Famille 1,43 %	
<input type="checkbox"/> Cotisation « Isolé / Famille »	Isolé 1,00 %	Famille 3,15 %	Isolé 0,60 %	Famille 1,96 %	Isolé 0,95 %	Famille 3,15 %	Isolé 0,60 %	Famille 1,96 %
<input checked="" type="checkbox"/> Cotisation « Adulte / Enfant »	Adulte 1,00 %	Enfant (*) 0,67 %	Adulte 0,60 %	Enfant (*) 0,39 %	Adulte 0,95 %	Enfant (*) 0,67 %	Adulte 0,60 %	Enfant (*) 0,39 %

	OPTION 1 (en complément du régime BASE)				OPTION 1 (en complément du régime BASE)			
<input checked="" type="checkbox"/> Cotisation « Adulte / Enfant »	Adulte + 0,44 %	Enfant (*) + 0,31 %	Adulte + 0,44 %	Enfant (*) + 0,31 %	Adulte + 0,44 %	Enfant (*) + 0,31 %	Adulte + 0,44 %	Enfant (*) + 0,31 %

	OPTION 2 (en complément du régime BASE)				OPTION 2 (en complément du régime BASE)			
<input checked="" type="checkbox"/> Cotisation « Adulte / Enfant »	Adulte + 0,93 %	Enfant (*) + 0,50 %	Adulte + 0,93 %	Enfant (*) + 0,50 %	Adulte + 0,93 %	Enfant (*) + 0,50 %	Adulte + 0,93 %	Enfant (*) + 0,50 %

(*) Gratuité à compter du 3^e enfant

DÉCLARATION DE L'ENTREPRISE

L'entreprise désignée en page 1 du présent document :

Demande à souscrire au contrat choisi ci-avant, assuré par QUATREM (cocher la case) ;

Déclare avoir reçu un exemplaire (cocher les 2 cases ci-dessous) :

- des Conditions Générales du contrat choisi ci-avant, et de sa notice d'information ;
- un exemplaire du document standardisé d'information sur le contrat d'assurance (Insurance Product Information Document) ;
- de la présente demande de souscription ;

S'engage à (cocher la(les) case(s) utile(s)) :

- remettre aux membres de l'effectif assurable, la notice d'information du contrat choisi ci-avant ;
- présenter à l'assurance :
 - la totalité des membres de l'effectif assurable au contrat à adhésion obligatoire dont le contrat de travail est en vigueur et non suspendu pour une cause autre que maladie ou accident y compris ceux en cumul emploi-retraite ;
 - le cas échéant, les mandataires sociaux sans contrat de travail relevant du régime général au sens de l'article L 311-3 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, pour lesquels elle demande à étendre le bénéfice du contrat à adhésion obligatoire.

Si l'entreprise a opté pour la structure de cotisation « Adulte/Enfant » du RÉGIME BASE OBLIGATOIRE de la FORMULE 4 (contrat 26910), les cotisations seront appelées auprès de l'entreprise pour :

- SELON CONTRAT QUATREM EN COURS AVANT ORDRE DE REMPLACEMENT
- le salarié uniquement **dans ce cas, il convient de compléter le MANDAT ci-dessous** ;
 - le salarié et ses ayants droit (conjoint et enfant(s)).

Sont joints à la présente demande (cocher les 3 cases ci-dessous) :

- Un extrait K bis de l'entreprise ;
 - La copie de la CNI du représentant de l'entreprise ;
 - Les demandes individuelles d'affiliation des membres de l'effectif assurable appelés à bénéficier du contrat dûment complétées et signées par ces derniers au titre du contrat précité.
- SELON CONTRAT QUATREM EN COURS AVANT ORDRE DE REMPLACEMENT

Je soussigné .PATRICK MORAIS.....

Représentant de l'entreprise .SAS.AUTOCARS.PMA.....

En qualité de .PRESIDENT.....

Certifie exactes et sincères toutes les informations mentionnées à la présente demande d'adhésion entreprise et ai bien noté que toute réticence ou fausse déclaration entraîne les sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du code des assurances.

Fait le |__|_|_| |__|_|_| |__|_|_| |

à

Signature du représentant de l'entreprise

Cachet de l'entreprise



MANDAT (à remplir si vous ne souhaitez pas précompter et reverser les cotisations des ayants droit conformément aux dispositions des contrats)

Je soussigné M. MORAIS

Représentant de l'entreprise AUTOCARS PMA

En qualité de DIRECTEUR

Donne expressément mandat à l'assureur, conformément aux articles 1948 et suivants du code civil, d'organiser l'appel des cotisations, les formalités légales prévues en cas de non-paiement, auprès de chacun des membres de l'effectif assurable de la part de cotisation mise à la charge de chacun d'eux et afférent à la couverture des ayants droit à titre facultatif.

Fait le |__|_|_| |__|_|_| |__|_|_| |

Signature du représentant de l'entreprise

à



