



OFFRE CCN

SANTÉ ET PRÉVOYANCE

Immobilier

Brochure 3090 - IDCC 1527



Mutuelle
PréviFrance

MUTUELLE SANTÉ



Mutuelle
Prévifrance

LES GARANTIES

En vigueur au 01/07/2023

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (BR) ou en euros. Les remboursements exprimés en BR, les forfaits équipements optiques et aides auditives sont pris en charge par la Mutuelle, sous réserve d'un remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) ; ils incluent la part de remboursement de l'AMO. Les remboursements sont limités aux frais engagés et aux montants indiqués dans le tableau de garantie sur présentation des factures acquittées.

	IMMO A	IMMO B	IMMO C
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux - Consultations, visites généralistes OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites généralistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	130 % BR	180 % BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	180 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes...)	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie médicale (radiologie, échographie...) OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie médicale (radiologie, échographie...) Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	130 % BR	180 % BR
Actes techniques médicaux OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	130 % BR	180 % BR
Pharmacie : médicaments remboursés par l'AMO	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes de petite chirurgie OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Actes de petite chirurgie Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	180 % BR	200 % BR
Matériel médical : Orthopédie, Petits et grands appareillages	100 % BR	200 % BR	300 % BR

HOSPITALISATION (1)			
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique OPTAM / OPTAM-CO	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique Hors OPTAM / OPTAM-CO	100 % BR	180 % BR	200 % BR
Si acte médical supérieur à 120 €, prise en charge du forfait	24 €	24 €	24 €
Honoraires médicaux OPTAM / OPTAM-CO	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Honoraires médicaux Hors OPTAM / OPTAM-CO	100 % BR	180 % BR	200 % BR
Frais de séjour	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier	100 % Frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels
Forfait patient urgence	100 % Frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels
Chambre particulière en ambulatoire : illimitée	35 €/jour	80 €/jour	90 €/jour
Chambre particulière : Chirurgie : illimité, médecine : illimitée, maternité : 60 jours par an, maison de convalescence : 60 jours par an, maison de repos : 60 jours par an, rééducation : 60 jours par an, moyen séjour : 60 jours par an	35 €/jour	80 €/jour	90 €/jour
Frais d'accompagnement : moins de 15 ans : illimité, plus de 70 ans illimités	35 €/jour	40 €/jour	45 €/jour
Garanties majorées en cas d'accident de la circulation			
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique OPTAM/OPTAM-CO	180 % BR	250 % BR	350 % BR
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique Hors OPTAM/OPTAM-CO	160 % BR	200 % BR	200 % BR
Chambre particulière (6 mois maximum en secteur médecine et chirurgie)	120 €/jour	120 €/jour	120 €/jour
Frais d'accompagnement : lit et repas en milieu hospitalier	45 €/jour	50 €/jour	55 €/jour
Frais liés à l'hospitalisation facturés par l'établissement (télévision, téléphone...)	100 €/an	100 €/an	100 €/an

OPTIQUE (2) 1 équipement tous les 2 ans, sauf pour les mineurs de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue

	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
 Équipement 100 % Santé* (monture et verres classe A)			
Équipement hors 100 % Santé (monture et verres classe B)			
- Verre simple	150 €/verre	160 €/verre	160 €/verre
- Verre complexe	225 €/verre	275 €/verre	275 €/verre
- Verre très complexe	250 €/verre	275 €/verre	325 €/verre
- Monture	100 €	100 €	100 €
Lentilles remboursées par l'assurance maladie obligatoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait Lentilles remboursées ou non par l'assurance maladie obligatoire	320 €/an	400 €/an	500 €/an
Chirurgie réfractive de l'œil (myopie, hypermétropie, presbytie)	1000 €/an	1200 €/an	1400 €/an

* Tels que définis réglementairement

DENTAIRE (3)

	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
 Soins et prothèses 100 % Santé* (Panier sans reste à charge)			
Soins et consultations	125 % BR	125 % BR	125 % BR
Inlay-Onlay	125 % BR	125 % BR	125 % BR
Prothèses remboursées par l'AMO (Paniers à reste à charge maîtrisé et tarifs libres)	200 % BR	300 % BR	400 % BR
Inlay-core et inlay-core à clavettes (Paniers à reste à charge maîtrisé et tarifs libres)	200 % BR	300 % BR	400 % BR
Prothèses non remboursées par l'AMO	-	15 % PMSS/an	20 % PMSS/an
Orthodontie remboursée par l'AMO	250 % BR	300 % BR	400 % BR
Orthodontie non remboursée par l'AMO	-	15 % PMSS/an	20 % PMSS/an
Implantologie et parodontologie remboursées par l'AMO	200 % BR	300 % BR	400 % BR
Implantologie non remboursées par l'AMO	5 % PMSS/an	8 % PMSS/an	10 % PMSS/an

* Tels que définis réglementairement

AIDES AUDITIVES (4) 1 prothèse par oreille tous les 4 ans

	IMMO A	IMMO B	IMMO C
 Équipement 100 % Santé * (Classe 1)	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Équipement hors 100 % Santé (Classe 2)			
Aides auditives	100 % BR	200 % BR	300 % BR
*Tels que définis réglementairement.			
TRANSPORT	100 % BR	100 % BR	100 % BR

LES PLUS (5)

Cures Thermales : Honoraires de surveillance médicale, forfait thermal	-	100 % BR	100 % BR
Cures Thermales : forfait hébergement	-	10 % PMSS/an	15 % PMSS/an
Panier de soins affecté à l'un ou plusieurs des postes ci-dessous par an et par bénéficiaire Acupuncteur, Chiropracteur, Etiopathe, Homéopathie non remboursé par l'AMO, Nutrition, Ostéopathe	100 €	110 €	120 €
Forfait sevrage tabagique	-	50 €/an	80 €/an
Vaccins anti-grippe	-	15 €/an	20 €/an
Prime de naissance	10 % PMSS	12 % PMSS	15 % PMSS
Actes de prévention remboursés par l'AMO	100 % BR	100 % BR	100 % BR

Ces garanties sont conformes à la législation en vigueur sur les contrats responsables. Elles seront automatiquement adaptées en fonction des évolutions législatives et réglementaires. Si vous êtes hors parcours de soins coordonnés, votre contrat ne prendra pas en charge la diminution des remboursements appliquée par l'assurance maladie obligatoire, ni les dépassements d'honoraires. Mentions complémentaires au dos de la plaquette.

Mentions complémentaires

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (BR) ou en euros. Les remboursements exprimés en BR, les forfaits équipements optiques et aides auditives sont pris en charge par la Mutuelle, sous réserve d'un remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) ; ils incluent la part de remboursement de l'AMO. Les remboursements sont limités aux frais engagés et aux montants indiqués dans le tableau de garantie sur présentation des factures acquittées.

SOINS COURANTS

- La réglementation impose la différenciation de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM /OPTAM-CO) si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, votre contrat ne pourra prendre en charge ses dépassements d'honoraires que minoré de 20% BR par rapport à ceux d'un médecin ayant adhéré et dans tous les cas à hauteur maximale de 100 % BR. Les forfaits hors équipement optique et aides auditives sont calculés par année civile et par bénéficiaire. Ils sont non reportables d'une année sur l'autre.

(1) HOSPITALISATION

- La chambre particulière est prise en charge à partir d'une nuit d'hospitalisation uniquement dans les secteurs précisés dans le tableau de garanties la prise en charge s'exerce à concurrence du tarif plafond et du nombre de jours indiqués.

- Est réputé accident de la circulation, l'accident :
 - provoqué par un objet, un véhicule, un animal ou un piéton, lorsque le membre participant ou l'un de ses ayants droit circule à pied sur une voie publique ou privée,
 - survenu à l'occasion d'un parcours effectué par le membre participant ou l'un de ses ayants droit, soit en tant que passager d'une ligne régulière de transport par voie de fer, d'air ou d'eau, soit en tant que passager ou conducteur d'un véhicule sur voie de terre.

Il est précisé que les accidents survenant lors de la pratique d'une activité sportive nécessitant l'utilisation de véhicules à moteur ne sont pas considérés comme des accidents de la circulation.

- La chambre particulière n'est pas prise en charge dans les secteurs non mentionnés.
- La réglementation impose la différenciation de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM /OPTAM-CO) si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, votre contrat ne pourra prendre en charge ses dépassements d'honoraires que minoré de 20% BR par rapport à ceux d'un médecin ayant adhéré et dans tous les cas à hauteur maximale de 100 % BR.

Les forfaits hors équipement optique et aides auditives sont calculés par

année civile et par bénéficiaire. Ils sont non reportables d'une année sur l'autre.

- Le forfait journalier facturé par des établissements médico-sociaux, tels que prévus à l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale n'est pas pris en charge.

- Le forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers est pris en charge sans limitation de durée. Cette prise en charge s'applique aux séjours en hospitalisation complète en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCOO), en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et en Psychiatrie (PSY). Elle s'applique aussi si les séjours en cures thermales ou médicales, en colonie sanitaire, en maison d'enfants ou les séjours de lutte contre toutes sortes d'addiction sont effectués dans un établissement hospitalier.

- Les frais d'accompagnement (lit d'accompagnant et repas en milieu hospitalier) doivent se situer pendant la durée de l'hospitalisation. L'indemnité versée est plafonnée au montant indiqué sur le tableau des garanties.

- Sont exclus les remboursements afférents aux frais liés aux séjours en maison de retraite et hospice et séjours en unités et centres de longue durée.

(2) OPTIQUE

En application du décret 2014-1374 du 18 novembre 2014 et 2019-21 du 11 janvier 2019 régissant les « contrats responsables », la Mutuelle rembourse un forfait équipement optique tous les 2 ans ou tous les ans pour les moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, période calculée à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique.

Dans tous les cas, le remboursement maximum pour une monture est de 100€.

- Le forfait concernant les lentilles non remboursées par l'assurance maladie obligatoire est versé sur prescription médicale et sur facture acquittée.

- Le forfait équipement optique s'entend part AMO et ticket modérateur inclus.
- L'équipement 100% Santé est composé d'une monture et de 2 verres à prix limités (classe A) sans reste à charge pour l'adhérent. Si celui-ci choisit un équipement à prix libres (classe B), le remboursement se fera sur la base des montants indiqués dans le tableau de garantie. L'adhérent peut aussi choisir des verres de Classe A avec une monture de Classe B ou inversement.

- Un équipement optique est composé d'une monture et de 2 verres.
 - Un verre simple est un verre dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 ou dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 ou dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00.

- Un verre complexe est un verre dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 ou dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 ou dont la sphère est inférieure à -6,00 et dont le cylindre

est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ou dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 ou dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 ou dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 ou dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00.

- Un verre très complexe est un verre dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 ou dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 ou dont la sphère est inférieure à -8,00 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ou dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00.

(3) DENTAIRE

- Les soins et prothèses 100% santé sont sans reste à charge pour les adhérents. Ceux-ci peuvent toujours choisir des soins à reste à charge maîtrisés ou à tarif libre. Dans ce cas, les remboursements s'effectueront sur la base des taux ou montants indiqués dans le tableau de garanties.

- Les prothèses, l'orthodontie, la parodontologie et l'implantologie non remboursées par l'assurance maladie obligatoire sont prises en charge sur présentation d'une facture acquittée d'un praticien agréé, si leur remboursement est prévu dans la garantie souscrite.

(4) AIDES AUDITIVES

- L'équipement 100% Santé prévoit des aides auditives à prix limités (Classe I) sans reste à charge pour l'adhérent. Si celui-ci choisit une aide auditive à tarif libre (classe II), le remboursement se fera sur la base des montants indiqués dans le tableau de garanties. En application du décret 2019-21 du 11/01/2019 régissant les « contrats responsables », la Mutuelle rembourse un forfait aide auditive tous les 4 ans.

(5) LES PLUS

- Si le tableau de garantie le prévoit, la Mutuelle rembourse les prestations indiquées soit sur prescription médicale et sur facture acquittée du praticien ou de l'établissement sous déduction de l'éventuelle prise en charge de l'assurance maladie obligatoire, soit s'il s'agit de séances sur facture acquittée du praticien agréé dans la discipline.

- La prime de naissance est versée lors de l'inscription de l'enfant dans les 6 mois de sa naissance ou de l'adoption.



**Mutuelle
PréviFrance**

LES COTISATIONS

Garanties en vigueur au 01/07/2023

COTISATIONS MENSUELLES DES SOCLES OBLIGATOIRES

Tarifs exprimés en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) : 3 666 € en 2023 et exprimés à titre indicatif en euros.

SOCLES OBLIGATOIRES	IMMO A	IMMO B	IMMO C
Type de garantie	BASES (obligatoires)		
ADULTE	1,390 % 50,96 €	1,825 % 66,90 €	2,022 % 74,13 €
ENFANT(S) (3 ^e enfant et + gratuits)	0,700 % 25,66 €	1,015 % 37,21 €	1,162 % 42,60 €
ISOLÉ	1,414 % 51,84 €	1,859 % 68,15 €	2,070 % 75,89 €
FAMILLE	3,465 % 127,03 €	4,551 % 166,84 €	5,057 % 185,39 €
UNIQUE	3,268 % 119,81 €	4,289 % 157,24 €	4,778 % 175,16 €

COTISATIONS MENSUELLES DES OPTIONS CHOISIES PAR LE SALARIÉ

Tarifs exprimés en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) : 3 666 € en 2023 et exprimés à titre indicatif en euros.

SI L'ENTREPRISE CHOISIT LE SOCLE IMMO A	IMMO A	1 IMMO A	2 IMMO A
Type de garantie	BASE (obligatoire)	OPTIONS (facultatives)	
ADULTE	1,390 % 50,96 €	+ 0,691 % + 25,33 €	+ 0,893 % + 32,74 €
ENFANT(S) (3 ^e enfant et + gratuits)	0,700 % 25,66 €	+ 0,461 % + 16,90 €	+ 0,634 % + 23,24 €
ISOLÉ	1,414 % 51,84 €	+ 0,703 % + 25,77 €	+ 0,916 % + 33,58 €
FAMILLE	3,465 % 127,03 €	+ 1,738 % + 63,72 €	+ 2,265 % + 83,04 €
UNIQUE	3,268 % 119,81 €	+ 1,611 % + 59,06 €	+ 2,123 % + 77,83 €

SI L'ENTREPRISE CHOISIT LE SOCLE IMMO B	IMMO B	1 IMMO B
Type de garantie	BASE (obligatoire)	OPTION (facultative)
ADULTE	1,825 % 66,90 €	+ 0,540 % + 19,80 €
ENFANT(S) (3 ^e enfant et + gratuits)	1,015 % 37,21 €	+ 0,340 % + 12,46 €
ISOLÉ	1,859 % 68,15 €	+ 0,551 % + 20,20 €
FAMILLE	4,551 % 166,84 €	+ 1,349 % + 49,45 €
UNIQUE	4,289 % 157,24 €	+ 1,278 % + 46,85 €

Pour la garantie frais de santé, sont obligatoirement affiliés les ayants droit du salarié : conjoint, partenaire d'un PACS ou concubin s'il ne perçoit aucun revenu et les enfants du salarié, du conjoint, du partenaire d'un PACS ou du concubin, effectivement à charge.

PRÉVOYANCE



Mutuelle
Prévifrance

	Garanties exprimées sur la base du salaire annuel brut TA - TB	
	Obligations conventionnelles	OFFRE
DÉCÈS / PTIA TOUTES CAUSES		
Célibataire, Veuf, Divorcé sans enfant à charge	80 % TA - TB	200 % TA - TB
Marié (concubin ou pacsé) sans personne à charge	80 % TA - TB	300 % TA - TB
Majoration par enfant à charge		35 % TA - TB
Décès par accident		Doublement du capital décès toutes causes
Décès par accident de la circulation		Triplement du capital décès toutes causes
Double effet	100 % du capital décès toutes causes	100 % du capital décès toutes causes
Frais d'obsèques (en cas de décès du membre participant/ conjoint/concubin/pacsé/enfant à charge)	150 % du PMSS en vigueur	150 % du PMSS en vigueur
Rente éducation (y compris en cas de PTIA)		
- Jusqu'au 11 ^e anniversaire		6 % TA - TB
- Jusqu'au 18 ^e anniversaire		8 % TA - TB
- Jusqu'au 16 ^e anniversaire (si poursuite d'études)		12 % TA - TB
INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL		
Franchise jours continus	en relais des obligations de l'employeur **	en relais des obligations de l'employeur **
Niveau de prestations	60 % TA - TB	85 % TA - TB *
INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE / INVALIDITÉ PERMANENTE		
1^e catégorie ou taux d'incapacité permanente professionnelle = ou > à 33 %	36 % TA - TB	51 % TA - TB*
2^e et 3^e catégorie ou taux d'incapacité permanente professionnelle = ou > à 66 %	60 % TA - TB	85 % TA - TB*
Cotisations (taux contractuels)	1,50 % TA + 0,55 % TB	1,50 % TA + 2,42 % TB

* L'indemnité journalière est versée sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale (SS) nets de CSG - CRDS ** Pour les salariés n'ayant pas l'ancienneté requise pour bénéficier de la garantie maintien de salaire : franchises de 180 jours continus

BASE DE L'ASSURANCE

Salaire annuel brut :

- Tranche A : jusqu'à 1 plafond annuel de la Sécurité sociale
- Tranche B : de 1 à 4 plafonds annuels de la Sécurité Sociale

COTISATIONS ET MODALITÉS D'ADHÉSION

Les tarifs Incapacité et Invalidité s'entendent hors reprise des sinistres en cours, hors reprise des revalorisations futures et hors maintien de la garantie décès des salariés en arrêt de travail à la mise en place du contrat. Ces garanties peuvent être tarifées au cas par cas en fonction d'informations précises sur les salariés concernés.

Mentions complémentaires

DÉCÈS OU PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A.) TOUTES CAUSES DU MEMBRE PARTICIPANT
Versement au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) d'un capital défini en pourcentage de la base de l'assurance (tranches A et B) en fonction de la situation de famille du membre participant au moment du décès.

DOUBLE EFFET

En cas de décès du conjoint non remarié, concubin ou partenaire lié par un PACS, et avant l'âge minimum légal de départ à la retraite, simultané ou postérieur à celui du membre participant, versement du capital par parts égales aux enfants restant à charge.

FRAIS D'OBSÈQUES

En cas de décès du membre participant, de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS ou d'un enfant à charge, cette allocation est versée à la personne qui a engagé et réglé les dépenses, sur production d'un justificatif.

RENTE ÉDUCATION

En cas de décès d'un salarié, il est versé à chaque enfant à charge du membre participant une rente en pourcentage du montant de la base de l'assurance.

INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL - MALADIE DE LONGUE DURÉE

Les participants en arrêt de travail pour raison de maternité seront indemnisés sans carence pour toute la durée de ce congé, pathologique ou non, à la même hauteur qu'un arrêt de travail pour maladie sous déduction des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale.

INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

Cette rente est payable trimestriellement à terme échu pendant la durée de l'invalidité ouvrant droit à pension de la Sécurité sociale correspondante et, au plus tard, jusqu'à liquidation des droits à retraite du salarié.

INCAPACITÉ PERMANENTE

En cas d'incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, versement d'une rente, sous déduction de la prestation servie par la Sécurité sociale.

Cette rente est payable trimestriellement à terme échu pendant la durée de l'invalidité ouvrant droit à pension de la Sécurité sociale correspondante et, au plus tard, jusqu'à liquidation des droits à retraite du salarié.

LIMITATION AU NET

En aucun cas, les prestations versées en application du présent contrat de prévoyance ne pourront, en s'ajoutant aux indemnités, pensions ou rentes servies par la Sécurité sociale, au salaire versé par l'employeur (pour une activité à temps complet ou à temps partiel), à tout autre revenu du travail et aux allocations versées par le régime d'assurance chômage et/ou toute pres-

tation de même nature versée par tout autre organisme assureur, permettre au membre participant de recevoir des sommes supérieures au salaire net qu'il aurait perçu s'il avait continué à travailler.

Le Salaire net correspond au Salaire de référence déduction faite des charges sociales appliquées selon la législation en vigueur au premier jour de l'arrêt de travail.

En cas de dépassement, la prestation complémentaire servie sera réduite à due concurrence. Le cas échéant, les prestations ou fractions de prestations indûment versées pourront être réclamées.

Dispositions conventionnelles

DÉCÈS OU PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A.) TOUTES CAUSES DU MEMBRE PARTICIPANT :

Désignation des bénéficiaires

En l'absence de désignation expresse de bénéficiaires par le membre participant, les capitaux décès sont versés dans l'ordre de priorité suivant :

- par parts égales entre eux, aux enfants légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis à charge fiscalement du participant ;
- à défaut, au conjoint ou au partenaire lié par un PACS ;
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis qui ne sont plus à charge fiscalement du participant, présent ou représentés ;
- à défaut, par parts égales entre eux, au père et à la mère du participant ou au survivant d'entre eux ;
- à défaut par parts égales entre eux, aux autres ascendants vivants du participant ;
- à défaut de toute personne susnommée, aux héritiers du participant suivant la dévolution successorale.

Notion de conjoint

Est considéré comme conjoint :

- le conjoint du participant légalement marié, non séparé de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
 - le partenaire lié au participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
 - le concubin du participant à la date de l'événement donnant lieu à prestation, sous réserve que le concubin et le participant soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps, que le concubinage ait été établi de façon notoire ou matérialisé comme tel depuis plus d'un an, et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même.
- La condition de durée d'un an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union et répondent à la définition des enfants à charge.

Notion d'enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge, les enfants du participant et ceux de son conjoint vivants sous le toit de l'assuré qu'ils soient légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis, s'ils sont mineurs ou quel que soit leur âge s'ils sont

titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'Article 173 du code de la famille et de l'aide sociale, ou s'ils remplissent les conditions cumulatives suivantes :

- Être âgés de moins de 28 ans.
- Ne pas être salarié et ne pas bénéficier de ressources propres du fait de leur travail, sauf lorsqu'ils poursuivent des études en contrat d'apprentissage ou de contrat de professionnalisation.
- Ne pas être salarié et ne pas bénéficier de ressources propres du fait de leur travail, sauf lorsqu'ils poursuivent des études ou s'il s'agit d'un emploi occasionnel dont la durée est inférieure à 3 mois, ou d'un emploi dont, mensuellement, la rémunération est inférieure à 60 % du SMIC.
- Être à charge fiscalement du participant, c'est-à-dire :
 - soit être pris en compte pour une demi-part au moins d'après la dernière option exercée par le participant dans le calcul de l'impôt sur le revenu du participant payable par celui-ci l'année de l'événement mettant en jeu la garantie ;
 - soit lorsqu'il s'agit d'étudiant bénéficiant de la Sécurité sociale des étudiants et n'ayant pas choisi le rattachement au foyer fiscal, recevoir du participant une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu payable pour celui-ci l'année de l'événement mettant en jeu la garantie ;
 - les enfants remplissant les conditions cumulatives précitées lorsqu'ils ont le statut d'étudiant et bénéficient à ce titre de la Sécurité sociale des étudiants et que la poursuite de leurs études les oblige à ne plus vivre sous le toit du participant ou ne vivent pas sous le toit du participant, et ne sont pas fiscalement à charge au sens ci-dessus, mais reçoivent de celui-ci par décision de justice une pension alimentaire, venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu payable l'année de l'événement mettant en jeu la garantie.
- L'enfant né viable moins de 300 jours après le décès du participant.



Obligations conventionnelles	Garanties exprimées sur la base du salaire annuel brut TA - TB			
	FORMULE 1		FORMULE 2	
			Option 1	Option 2
DÉCÈS / PTIA TOUTES CAUSES				
Quelle que soit la composition familiale	80 % TA - TB	80 % TA - TB	150 % TA - TB	80 % TA - TB
Double effet	100 % du capital décès toutes causes	100 % du capital décès toutes causes	100 % du capital décès toutes causes	
Frais d'obsèques (en cas de décès du membre participant/ conjoint/concubin/pacsé/enfant à charge)	150 % du PMSS en vigueur	150 % du PMSS en vigueur	150 % du PMSS en vigueur	
Rente éducation (y compris en cas de PTIA)				
- Jusqu'au 11 ^e anniversaire				8 % TA - TB
- Jusqu'au 18 ^e anniversaire				10 % TA - TB
- Jusqu'au 26 ^e anniversaire (si poursuite d'études)				12 % TA - TB
INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL				
Franchise jours continus	en relais des obligations de l'employeur **	en relais des obligations de l'employeur **	en relais des obligations de l'employeur **	
Niveau de prestations	60 % TA - TB	60 % TA - TB	80 % TA - TB *	
INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE / INVALIDITÉ PERMANENTE				
1 ^e catégorie ou taux d'incapacité permanente professionnelle = ou > à 33 %	36 % TA - TB	36 % TA - TB	48 % TA - TB	
2 ^e et 3 ^e catégorie ou taux d'incapacité permanente professionnelle = ou > à 66 %	60 % TA - TB	60 % TA - TB	80 % TA - TB	
Cotisations (taux contractuels)	0,55 % TA - TB	0,55 % TA - TB	1,06 % TA + 1,93 % TB	

* L'indemnité journalière est versée sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale (SS) nets de CSG - CRDS ** Pour les salariés n'ayant pas l'ancienneté requise pour bénéficier de la garantie maintien de salaire : franchises de 180 jours continus

BASE DE L'ASSURANCE

Salaires annuels bruts :

- Tranche A : jusqu'à 1 plafond annuel de la Sécurité sociale
- Tranche B : de 1 à 4 plafonds annuels de la Sécurité Sociale

COTISATIONS ET MODALITÉS D'ADHÉSION

Les tarifs Incapacité et Invalidité s'entendent hors reprise des sinistres en cours, hors reprise des revalorisations futures et hors maintien de la garantie décès des salariés en arrêt de travail à la mise en place du contrat. Ces garanties peuvent être tarifées au cas par cas en fonction d'informations précises sur les salariés concernés.



Mentions complémentaires

DÉCÈS OU PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PT.I.A.) TOUTES CAUSES DU MEMBRE PARTICIPANT
Versement au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) d'un capital défini en pourcentage de la base de l'assurance (tranches A et B) en fonction de la situation de famille du membre participant au moment du décès.

DOUBLE EFFET

En cas de décès du conjoint non remarié, concubin ou partenaire lié par un PACS, et avant l'âge minimum légal de départ à la retraite, simultané ou postérieur à celui du membre participant, versement du capital par parts égales aux enfants restant à charge.

FRAIS D'OBSÈQUES

En cas de décès du membre participant, de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS ou d'un enfant à charge, cette allocation est versée à la personne qui a engagé et réglé les dépenses, sur production d'un justificatif.

RENTE ÉDUCATION

En cas de décès d'un salarié, il est versé à chaque enfant à charge du membre participant une rente en pourcentage du montant de la base de l'assurance.

INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL - MALADIE DE LONGUE DURÉE

Les participants en arrêt de travail pour raison de maternité seront indemnisés sans carence pour toute la durée de ce congé, pathologique ou non, à la même hauteur qu'un arrêt de travail pour maladie sous déduction des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale.

INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

Cette rente est payable trimestriellement à terme échu pendant la durée de l'invalidité ouvrant droit à pension de la Sécurité sociale correspondante et, au plus tard, jusqu'à liquidation des droits à retraite du salarié.

INCAPACITÉ PERMANENTE

En cas d'incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, versement d'une rente, sous déduction de la prestation servie par la Sécurité sociale.

Cette rente est payable trimestriellement à terme échu pendant la durée de l'invalidité ouvrant droit à pension de la Sécurité sociale correspondante et, au plus tard, jusqu'à liquidation des droits à retraite du salarié.

LIMITATION AU NET

En aucun cas, les prestations versées en application du présent contrat de prévoyance ne pourront, en s'ajoutant aux indemnités, pensions ou rentes servies par la Sécurité sociale, au salaire versé par l'employeur (pour une activité à temps complet ou à temps partiel), à tout autre revenu du travail et aux allocations versées par le régime d'assurance chômage et/ou toute prestation de même nature versée par tout autre organisme assureur, permettre au membre participant de recevoir des sommes supérieures au salaire net qu'il aurait perçu s'il avait continué à travailler.

Le Salaire net correspond au Salaire de référence déduction faite des charges sociales appliquées selon la législation en vigueur au premier jour de l'arrêt de travail.

En cas de dépassement, la prestation complémentaire servie sera réduite à due concurrence. Le cas échéant, les prestations ou fractions de prestations indûment versées pourront être réclamées.

Dispositions conventionnelles

DÉCÈS OU PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PT.I.A.) TOUTES CAUSES DU MEMBRE PARTICIPANT :

Désignation des bénéficiaires

En l'absence de désignation expresse de bénéficiaires par le membre participant, les capitaux décès sont versés dans l'ordre de priorité suivant :

- par parts égales entre eux, aux enfants légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis à charge
- fiscalement du participant ;
- à défaut, au conjoint ou au partenaire lié par un PACS ;
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis qui ne sont plus à charge fiscalement du participant, présent ou représentés ;
- à défaut, par parts égales entre eux, au père et à la mère du participant ou au survivant d'entre eux ;
- à défaut par parts égales entre eux, aux autres ascendants vivants du participant ;
- à défaut de toute personne susnommée, aux héritiers du participant suivant la dévolution successorale.

Notion de conjoint

Est considéré comme conjoint :

- le conjoint du participant légalement marié, non séparé de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
 - le partenaire lié au participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
 - le concubin du participant à la date de l'événement donnant lieu à prestation, sous réserve que le concubin et le participant soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps, que le concubinage ait été établi de façon notoire ou matérialisé comme tel depuis plus d'un an, et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même.
- La condition de durée d'un an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union et répondent à la définition des enfants à charge.

Notion d'enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge, les enfants du participant et ceux de son conjoint vivants sous le toit de l'assuré qu'ils soient légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis, s'ils sont mineurs ou quel que soit leur âge s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'Article 173 du code de la famille et de l'aide sociale, ou s'ils remplissent les conditions cumulatives suivantes :

- Être âgés de moins de 28 ans.
- Ne pas être salarié et ne pas bénéficier de ressources propres du fait de leur travail, sauf lorsqu'ils poursuivent des études en contrat d'apprentissage ou de contrat de professionnalisation.
- Ne pas être salarié et ne pas bénéficier de ressources propres du fait de leur travail, sauf lorsqu'ils poursuivent des études ou s'il s'agit d'un emploi occasionnel dont la durée est inférieure à 3 mois, ou d'un emploi dont, mensuellement, la rémunération est inférieure à 60 % du SMIC.
- Être à charge fiscalement du participant, c'est-à-dire :
 - soit être pris en compte pour une demi-part au moins d'après la dernière option exercée par le participant dans le calcul de l'impôt sur le revenu du participant payable par celui-ci l'année de l'événement mettant en jeu la garantie ;
 - soit lorsqu'il s'agit d'étudiant bénéficiant de la Sécurité sociale des étudiants et n'ayant pas choisi le rattachement au foyer fiscal, recevoir du participant une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu payable pour celui-ci l'année de l'événement mettant en jeu la garantie ;
 - les enfants remplissant les conditions cumulatives précitées lorsqu'ils ont le statut d'étudiant et bénéficient à ce titre de la Sécurité sociale des étudiants et que la poursuite de leurs études les oblige à ne plus vivre sous le toit du participant ou ne vivent pas sous le toit du participant, et ne sont pas fiscalement à charge au sens ci-dessus, mais reçoivent de celui-ci par décision de justice une pension alimentaire, venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu payable l'année de l'événement mettant en jeu la garantie.
- L'enfant né viable moins de 300 jours après le décès du participant.



UNE MUTUELLE TOUJOURS À VOS CÔTÉS



EN AGENCE

40 agences situées au cœur des villes et des villages de France.

Il y a forcément un conseiller PréviFrance près de chez vous !



PAR TÉLÉPHONE

**Notre Service Relation
Entreprises à votre écoute !**

0 812 04 31 31 Service 0,05 € / appel
+ prix appel

Du lundi au vendredi de 8h30
à 17h30 sans interruption



SUR MOBILE

Une application disponible 7j/7 et
24h/24 pour plus de liberté



SUR INTERNET

[previfrance.fr](https://www.previfrance.fr)

Votre espace adhérent, votre espace
entreprise sécurisés et gratuits.

Vos demandes de devis santé,
prévoyance, épargne retraite, flotte auto...

Pour en
savoir plus

