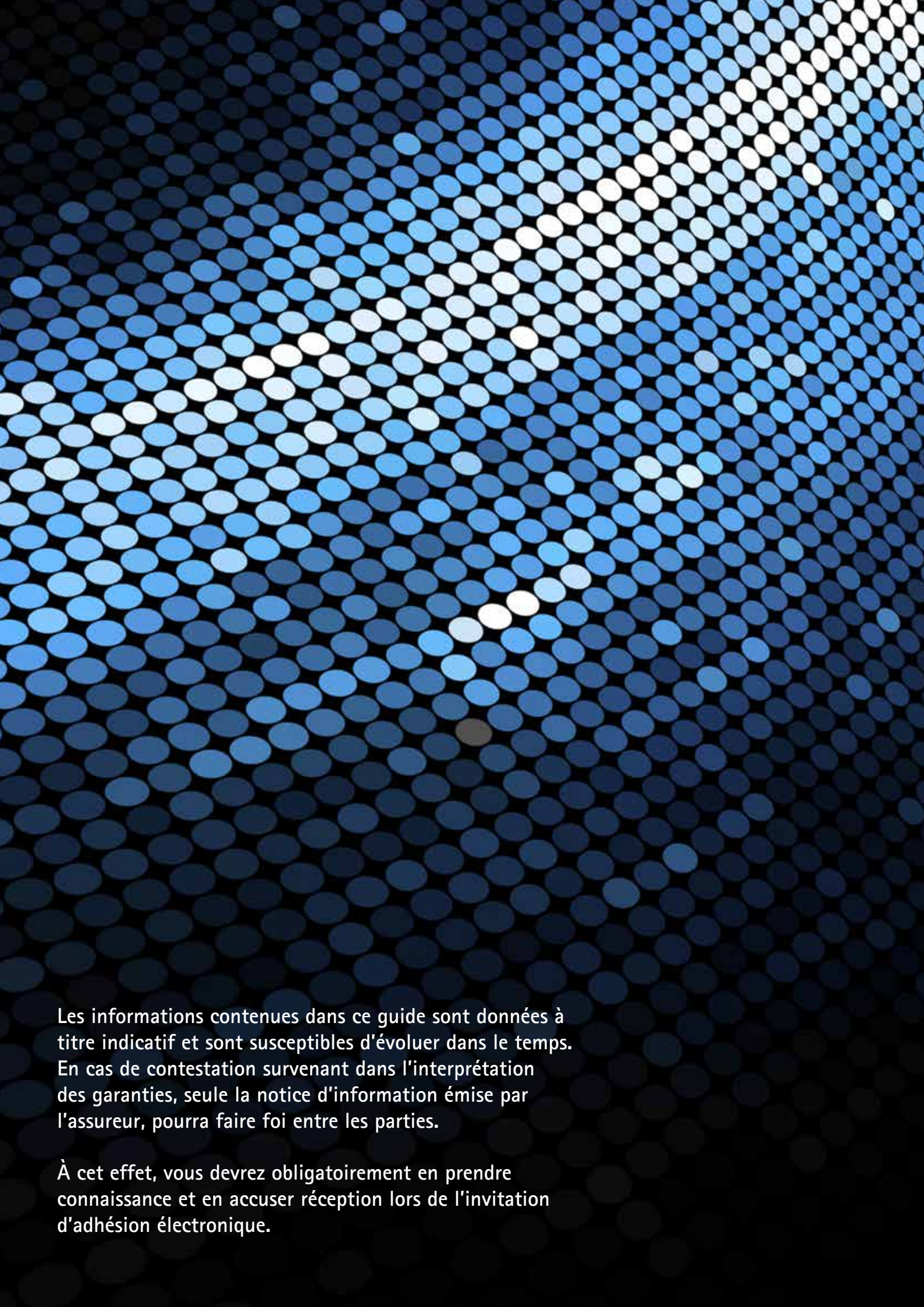




High performance. Delivered.\*

Guide pratique

# Protection Sociale 2017



Les informations contenues dans ce guide sont données à titre indicatif et sont susceptibles d'évoluer dans le temps. En cas de contestation survenant dans l'interprétation des garanties, seule la notice d'information émise par l'assureur, pourra faire foi entre les parties.

À cet effet, vous devrez obligatoirement en prendre connaissance et en accuser réception lors de l'invitation d'adhésion électronique.

# Sommaire

1. Présentation générale	4
2. Garanties Santé	6
• Détail des garanties Santé	6
• Exemples de remboursement de frais de santé	8
• Gestion des remboursements de vos frais de santé	9
• Coordonnées du CETIM, votre gestionnaire	11
• Actions pour affilier un bénéficiaire	12
• Attestation pour l'affiliation des conjoints bénéficiaires	13
• Conditions de renouvellement de choix d'option Santé	14
3. Garanties Prévoyance	15
• Détail des garanties Prévoyance	15
• Aide au choix d'option prévoyance	16
4. Taux de cotisations des garanties Santé et Prévoyance	18

Annexe :

Formulaire à détacher et à utiliser uniquement si vous souhaitez désigner un bénéficiaire particulier (hors ayants-droit légaux) et/ou choisir une option prévoyance non modifiable par les bénéficiaires.

19

# 1. Présentation Générale

## Préalable

Les garanties **Santé** et **Prévoyance** couvrent :

1. Les remboursements de soins médicaux, chirurgicaux et de maternité (Frais de Santé)
2. L'incapacité temporaire de travail, l'invalidité et le décès (Prévoyance).

**Dès votre entrée dans la Société, vous êtes obligatoirement affilié aux régimes d'assurances collectives de Prévoyance et de Santé** souscrits respectivement auprès du GAN et de l'A.N.I.P.S (Association Nationale Interprofessionnelle de Prévoyance des Salariés : institution réassurée à 100 % par le GAN).

L'une des caractéristiques de ces garanties est la répartition des cotisations : elle a une forme mutualiste, chacun participant à la couverture de l'ensemble des garanties proportionnellement à son salaire (excepté les options facultatives Santé où les cotisations sont exprimées forfaitairement). Les informations sur les garanties Prévoyance et Santé que vous trouverez ci-après ne peuvent reprendre in extenso les termes des contrats souscrits : elles ont pour but de vous donner toutes les indications utiles sur la couverture dont vous bénéficiez en tant que salarié et vous permettre de faire un choix d'option Prévoyance et Santé.

## Garanties Santé

Cette couverture a pour objet de compléter les prestations versées par la Sécurité Sociale en remboursement des actes médicaux ou chirurgicaux dont entre autres : les consultations, l'hospitalisation, les frais pharmaceutiques, dentaires et optiques.

Se reporter aux détails des garanties figurant page 6.

Il est précisé que le montant total des remboursements (y compris les prestations versées par la Sécurité Sociale) ne pourra excéder les frais réellement engagés.

Les bénéficiaires sont :

- **le salarié affilié,**
- **son conjoint,**
- **ou son concubin** sous réserve que :
  - l'affilié et son concubin soient libres de tout autre lien matrimonial (c'est-à-dire qu'ils soient chacun célibataire, veuf ou divorcé) et partagent le même domicile,
  - que l'affilié fasse une déclaration auprès de la mairie ou à défaut du commissariat certifiant que le concubinage est notoire.
- **ou le partenaire de l'affilié (PACS).**

Les conjoints, concubins ou pacsés, bénéficiant d'une mutuelle obligatoire dans leur entreprise devront se faire rembourser par leur mutuelle et seul le différentiel de couverture sera pris en charge le cas échéant à la vue des décomptes de leur propre mutuelle.

Ces personnes ne pourront pas bénéficier de la télétransmission.

- **ses enfants** jusqu'à 21 ans ou 28 ans si poursuite d'études ou sous contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ou inscrit auprès de Pôle Emploi ou en invalidité.
- **ses ascendants** (parents ou grands-parents) fiscalement à charge.

### Choix d'option

#### a) Options de base « flexible »

A son embauche, le salarié doit faire un choix entre deux options de base :

- **L'option I** favorisant plus particulièrement les frais optiques,
- **L'option II** favorisant plus particulièrement les frais dentaires.

Ces deux options ont une cotisation identique.

Vous avez un délai maximum de 2 mois après votre embauche pour nous communiquer votre choix d'option ; sans réponse de votre part, le CETIM vous remboursera par défaut sur la base de l'option 1.

Au-delà de ces 2 mois, l'option 1 vous sera appliquée d'office et vous n'aurez plus la possibilité de changer d'option avant 3 ans (voir détail des conditions de renouvellement de choix d'option en page 14).

L'option de base choisie par le salarié, s'appliquera sans surcoût aux bénéficiaires. Voir « Actions pour affilier un bénéficiaire », page 12.

**b) Options facultatives de « confort »**  
Le salarié, s'il le souhaite, peut choisir une option complémentaire à son option de base : **Option Confort I ou Option Confort II.**

Les bénéficiaires du salarié peuvent choisir cette option de confort à la seule condition que le salarié en soit lui-même adhérent et moyennant des cotisations supplémentaires.

Les cotisations pour cette option facultative sont entièrement à la charge du salarié et exprimées en cotisations forfaitaires par adulte et par enfant (voir taux de cotisations page 18).

Tout choix est déterminé pour une période de trois ans en dehors des autres conditions de renouvellement de choix d'option décrites page 14.

**Frais exclus**

Sont exclus tous les frais n'ouvrant pas droit aux remboursements de la Sécurité Sociale et les frais référencés hors nomenclature (H.N.), ne figurant pas à la nomenclature de la Sécurité Sociale sauf ceux nominativement indiqués dans le tableau détaillant les garanties Santé et les exemples de remboursements de frais de santé.

La législation actuelle interdit la prise en charge par l'organisme assureur :

- des remboursements forfaitaires non liés à des frais réellement engagés,
- de certaines franchises restant à votre charge (ex : forfait de 1 € pour les consultations).

Pour en connaître le détail, veuillez consulter le site de la Sécurité Sociale : [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

## Garanties Prévoyance

Elles prévoient le versement :

- d'un capital, d'une rente éducation ou de conjoint dans le cas du décès du salarié,
- d'indemnités journalières dans le cas d'une incapacité totale ou temporaire du salarié,
- d'une rente en cas d'invalidité du salarié.

Pour les garanties liées au décès et à l'invalidité absolue et définitive, il existe quatre options. Chacune correspond à une situation de famille donnée au moment du sinistre.

Afin de vous guider, veuillez vous reporter aux détails des garanties figurant page 15 ainsi qu'à l'aide aux choix d'option en page 16.

Vous avez la possibilité :

- de faire un choix non définitif ; votre bénéficiaire aura ainsi la possibilité de le modifier au moment du sinistre.
- de faire un choix définitif en interdisant toute modification ultérieure à votre bénéficiaire. Dans ce cas, vous devrez remplir le formulaire en page 19 à retourner à l'adresse indiquée.

Vous devez désigner un bénéficiaire particulier s'il est différent de ceux prévus légalement qui sont :

- votre conjoint non séparé de corps judiciairement,
- à défaut, vos enfants vivants ou représentés comme en matière de succession, par parts égales entre eux,
- à défaut vos parents,
- à défaut vos grands-parents,
- à défaut vos autres héritiers.

Pour désigner un bénéficiaire particulier, vous devrez remplir le formulaire page 19 à retourner à l'adresse indiquée.

Par la suite, si vous souhaitez changer de bénéficiaire, vous devrez à nouveau remplir impérativement une nouvelle désignation de bénéficiaire particulier.

# 2. Contrat Santé

## Garanties

Légende PMSS : Plafond Mensuel de la SS = 3 269 € au 01/01/17 BRSS : Base de Remboursement de la SS RSS : Remboursement de la SS FR : Frais Réels TM : Ticket Modérateur	Régime de base obligatoire flexible		Régime de confort facultatif y compris Régime de base obligatoire	
	Option 1	Option 2	Option Confort 1	Option Confort 2
<b>Hospitalisation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins, frais de séjour               <ul style="list-style-type: none"> <li>- secteur conventionné</li> <li>- secteur non conventionné, coef. opératoire K&gt;50</li> <li>- secteur non conventionné, coef. opératoire K&lt;50</li> </ul> </li> <li>• Forfait hospitalier</li> <li>• Chambre particulière</li> <li>• Lit d'accompagnement (enfant - de 12 ans)</li> <li>• Traitement laser myopie (par oeil)</li> </ul>	100% FR - RSS 100% FR - RSS 90% FR - RSS Frais réels 4% PMSS par jour 1% PMSS par jour 14% PMSS	100% FR - RSS 100% FR - RSS 90% FR - RSS Frais réels 4% PMSS par jour 1% PMSS par jour 8% PMSS	100% FR - RSS 100% FR - RSS 90% FR - RSS Frais réels 8% PMSS par jour 3% PMSS par jour 20% PMSS	100% FR - RSS 100% FR - RSS 90% FR - RSS Frais réels 8% PMSS par jour 3% PMSS par jour 14% PMSS
<b>Pharmacie - sur la base d'un équivalent générique</b>	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
<b>Médecine Généraliste (*)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Praticien conventionné secteur 1</li> <li>• Praticien conventionné secteur 2</li> <li>• Praticien secteur non conventionné</li> </ul>	100% FR - RSS 100% FR - RSS limité à 200% RSS 80% FR - RSS limité à 200% RSS	100% FR - RSS 100% FR - RSS limité à 200% RSS 80% FR - RSS limité à 200% RSS	100% FR - RSS 100% FR - RSS limité à 200% RSS 80% FR - RSS limité à 200% RSS	100% FR - RSS 100% FR - RSS limité à 200% RSS 80% FR - RSS limité à 200% RSS
<b>Médecine Spécialiste (*)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Praticien conventionné secteur 1</li> <li>• Praticien conventionné secteur 2</li> <li>• Praticien secteur non conventionné</li> </ul>	100% FR - RSS 100% FR - RSS limité à 400% RSS 80% FR - RSS limité à 400% RSS	100% FR - RSS 100% FR - RSS limité à 400% RSS 80% FR - RSS limité à 400% RSS	100% FR - RSS 100% FR - RSS limité à 400% RSS 80% FR - RSS limité à 400% RSS	100% FR - RSS 100% FR - RSS limité à 400% RSS 80% FR - RSS limité à 400% RSS
<b>Analyses/Radiologie/Auxiliaires médicaux/petite chirurgie (*)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Secteur conventionné</li> <li>• Secteur non conventionné</li> </ul>	100% FR - RSS 80% FR - RSS	100% FR - RSS 80% FR - RSS	100% FR - RSS 80% FR - RSS	100% FR - RSS 80% FR - RSS
<b>Acupuncture et Ostéopathie</b>	Maximum de remboursement limité à 100 € par an par bénéficiaire			
<b>Pilule 3<sup>ème</sup> génération</b>	1,80% du PMSS par an et par bénéficiaire			
<b>Actes dentaires</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins dentaires (acceptés ou refusés par la SS)</li> <li>• Prothèses (acceptées ou non remboursées SS)</li> <li>• Orthodontie (acceptés ou refusés par la SS)</li> <li>• Parodonties, Inlays cores, Implants dentaires (**), Inlays, Onlays (acceptés ou refusés par la SS hors nomenclature).</li> </ul>	400% BRSS 375% BRSS 500% BRSS 375% BRSS	400% BRSS 450% BRSS 500% BRSS 450% BRSS	400% BRSS 475% BRSS 500% BRSS 475% BRSS	400% BRSS 550% BRSS 500% BRSS 550% BRSS
<b>Optique (***)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Par verre               <ul style="list-style-type: none"> <li>Unifocal avec dioptrie comprise entre 0 et +/- 4, cylindre &lt; 4</li> <li>Unifocal avec dioptrie &gt; 4 et &lt; ou = à 6, cylindre &lt; 4</li> <li>Unifocal avec dioptrie &gt; 6, cylindre &gt; 4</li> <li>Supplément par verre multifocal</li> </ul> </li> <li>• Monture</li> <li>• Lentilles (la paire) acceptées par la SS</li> <li>• Lentilles (la paire) refusées par la SS, Lentilles jetables (y compris hors nomenclature)</li> </ul>	4% du PMSS 5% du PMSS 8,5% du PMSS 2% du PMSS 6% du PMSS 14% du PMSS 14% du PMSS (par an/ personne)	2% du PMSS 3% du PMSS 4% du PMSS 2% du PMSS 4,5% du PMSS 8% du PMSS 8% du PMSS (par an/ personne)	8% du PMSS 9% du PMSS 12,50% du PMSS 2% du PMSS 10% du PMSS 20% du PMSS 20% du PMSS (par an/ personne)	4% du PMSS 5% du PMSS 9% du PMSS 2% du PMSS 8,5% du PMSS 14% du PMSS 14% du PMSS (par an/ personne)

Légende PMSS : Plafond Mensuel de la SS = 3 269 € au 01/01/17 BRSS : Base de Remboursement de la SS RSS : Remboursement de la SS FR : Frais Réels TM : Ticket Modérateur	Régime de base obligatoire flexible		Régime de confort facultatif y compris Régime de base obligatoire	
	Option 1	Option 2	Option Confort 1	Option Confort 2
<b>Prothèses médicales, orthopédie</b>	400% BRSS	400% BRSS	400% BRSS	400% BRSS
<b>Cures thermales</b> • Frais de soins médicaux et d'hospitalisation engagés lors d'une cure thermale acceptée par SS • Cure thermale acceptée par la SS, 100% FR - RSS limité à :	100% ticket modérateur  15% PMSS	100% ticket modérateur  15% PMSS	100% ticket modérateur  15% PMSS	100% ticket modérateur  15% PMSS
<b>Maternité</b> Consultations, visites, actes médicaux pré et postnataux  • Médecine Généraliste - Praticien conventionné, secteur 1 - Praticien conventionné, secteur 2  - Secteur non conventionné  • Médecine Spécialiste - Praticien conventionné, secteur 1 - Praticien conventionné, secteur 2  - Secteur non conventionné  • Chambre particulière  • Autres dépenses sur justificatifs  • Insémination in vitro - Actes chirurgicaux - Actes hors nomenclatures  • IVG	  100% FR - RSS 100% FR - RSS limité à 200% RSS 80% FR - RSS limité à 200% RSS   100% FR - RSS 100% FR - RSS limité à 400% RSS 80% FR - RSS limité à 400% RSS  4% PMSS par jour  100% FR limités à 5% du PMSS  100% FR - RSS 50% FR  150% BRSS	  100% FR - RSS 100% FR - RSS limité à 200% RSS 80% FR - RSS limité à 200% RSS   100% FR - RSS 100% FR - RSS limité à 400% RSS 80% FR - RSS limité à 400% RSS  4% PMSS par jour  100% FR limités à 5% du PMSS  100% FR - RSS 50% FR  150% BRSS	  100% FR - RSS 100% FR - RSS limité à 200% RSS 80% FR - RSS limité à 200% RSS   100% FR - RSS 100% FR - RSS limité à 400% RSS 80% FR - RSS limité à 400% RSS  8% PMSS par jour  100% FR limités à 5% du PMSS  100% FR - RSS 50% FR  150% BRSS	  100% FR - RSS 100% FR - RSS limité à 200% RSS 80% FR - RSS limité à 200% RSS   100% FR - RSS 100% FR - RSS limité à 400% RSS 80% FR - RSS limité à 400% RSS  8% PMSS par jour  100% FR limités à 5% du PMSS  100% FR - RSS 50% FR  150% BRSS

(\*) au 1<sup>er</sup> janvier 2005, mise en place de la contribution forfaitaire de 1 € (prévue par la réforme de santé) qui reste à charge de l'assuré.

(\*\*) les implants dentaires refusés par la SS sont assimilés à un acte coté SPR50 (voir exemples de remboursements de frais de santé).

(\*\*\*) Optique : limitation à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans par adulte âgé de 18 ans et plus (même en cas de casse ou de vol sauf changement de correction visuelle sur prescription d'un ophtalmologue - pas de limitation pour les enfants âgés de moins de 18 ans.

NB : Les conjoints (concubins ou pacsés) ayant une mutuelle obligatoire dans leur entreprise ne bénéficient plus de la télétransmission.

# Exemples de remboursement de frais de santé

Actes (secteur conventionné)	Base de remboursement de la SS	Remboursement de la SS	Remboursement maximum (y compris prestations de la Sécurité Sociale)			
			Régimes de base obligatoire flexible		Régimes de confort facultatifs y compris régime de base obligatoire	
			Option 1	Option 2	Option Confort 1	Option Confort 2
<b>Consultation généraliste (*) (**)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Généraliste secteur 1</li> <li>Généraliste secteur 2</li> </ul>	23,00 € 23,00 €	15,10 € 15,10 €	100% frais réels 47,30 €	100% frais réels 47,30 €	100% frais réels 47,30 €	100% frais réels 47,30 €
<b>Consultation pour suivi régulier (*) (**)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Spécialiste secteur 1</li> <li>Spécialiste secteur 2</li> <li>Psychiatre, neuropsychiatre, neurologue, secteur 1</li> <li>Psychiatre, neuropsychiatre, neurologue, secteur 2</li> <li>Cardiologue secteur 1</li> <li>Cardiologue secteur 2</li> </ul>	28,00 € 23,00 € 43,70 € 37,00 € 49,00 € 45,73 €	18,60 € 15,10 € 29,59 € 24,90 € 33,30 € 31,01 €	100% frais réels 79,50 € 100% frais réels 128,50 € 100% frais réels 159,41 €	100% frais réels 79,50 € 100% frais réels 128,50 € 100% frais réels 159,41 €	100% frais réels 79,50 € 100% frais réels 128,50 € 100% frais réels 159,41 €	100% frais réels 79,50 € 100% frais réels 128,50 € 100% frais réels 159,41 €
<b>Consultation pour avis ponctuel (*) (**)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Spécialiste secteur 1</li> <li>Spécialiste secteur 2</li> <li>Psychiatre, neuropsychiatre, neurologue secteur 1</li> <li>Psychiatre, neuropsychiatre, neurologue secteur 2</li> </ul>	46,00 € 46,00 € 57,50 € 57,50 €	31,20 € 31,20 € 39,25 € 39,25 €	100% frais réels 160,00 € 100% frais réels 200,25 €	100% frais réels 160,00 € 100% frais réels 200,25 €	100% frais réels 160,00 € 100% frais réels 200,25 €	100% frais réels 160,00 € 100% frais réels 200,25 €
<b>Consultation en accès direct autorisé (*) (**)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gynécologue, ophtalmologue secteur 1</li> <li>Gynécologue, ophtalmologue secteur 2</li> </ul>	28,00 € 23,00 €	18,60 € 15,10 €	100% frais réels 79,50 €	100% frais réels 79,50 €	100% frais réels 79,50 €	100% frais réels 79,50 €
<b>Prothèses dentaires</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Acceptées par la SS (SPR 50)</li> <li>Non remboursées par la SS (SPR 30)</li> </ul>	107,50 € 64,49 €	75,25 € 0 €	478,38 € 241,82 €	559,00 € 290,19 €	585,88 € 306,31 €	666,50 € 354,57 €
<b>Orthodontie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Acceptées par la SS (TO 90)</li> <li>Refusées par la SS (TO 90)</li> </ul>	193,46 € 193,46 €	193,46 € 0 €	1160,75 € 967,29 €	1160,75 € 967,29 €	1160,75 € 967,29 €	1160,75 € 967,29 €
<b>Optique (***)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Par verre                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Unifocal avec dioptrie comprise entre 0 et +/- 4, cylindre &lt; 4</li> <li>Unifocal avec dioptrie &gt; 4 et &lt; ou = à 6, cylindre &lt; 4</li> <li>Unifocal avec dioptrie &gt; 6, cylindre &gt; 4</li> </ul> </li> <li>Supplément par verre multifocal                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monture pour les plus de 18 ans</li> <li>- Monture pour les moins de 18 ans</li> </ul> </li> <li>Lentilles                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acceptées par la SS (paire)</li> <li>- Refusées par la SS (paire)</li> </ul> </li> </ul>	Le remboursement Sécurité Sociale varie en fonction du type de verres, du degré de correction et de l'âge 18 et + ou - 18 ans  2,84 € 30,49 €	1,70 € 18,29 €	130,76 € 163,45 € 277,87 € 65,38 € 197,84 € 214,43 €	65,38 € 98,07 € 130,76 € 65,38 € 148,81 € 165,40 €	261,52 € 294,21 € 408,63 € 65,38 € 328,60 € 345,19 €	130,76 € 163,45 € 294,21 € 65,38 € 279,57 € 296,16 €
<ul style="list-style-type: none"> <li>Chambre particulière par jour</li> <li>Lit accompagnant par jour</li> <li>Maternité (autres dépenses* sur justificatifs : TV, tél...)</li> </ul>	0 € 0 € 0 €	0 € 0 € 0 €	130,76 € 32,69 € 163,45 €	130,76 € 32,69 € 163,45 €	261,52 € 98,07 € 163,45 €	261,52 € 98,07 € 163,45 €

(\*) 1 € reste à charge de l'assuré au titre de la contribution forfaitaire.

(\*\*) Remboursements calculés dans le cadre du respect du parcours de soins.

(\*\*\*) Optique : limitation à 2 verres et une monture tous les 2 ans par adulte (18 ans et +) sauf changement de correction visuelle sur prescription de l'ophtalmologue - pas de limite pour les enfants de moins de 18 ans.



# Gestion des remboursements de vos frais de santé

Les remboursements de frais de santé sont traités par le **CETIM, organisme gestionnaire des garanties Santé**.

## Réduction des délais de remboursements grâce à la télétransmission

### Qu'est ce que la télétransmission ?

Une liaison informatique entre les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) et le CETIM.

La connexion entre votre CPAM et le CETIM est effective dès lors que figure sur votre décompte de Sécurité Sociale la mention « transmis à votre organisme complémentaire ».

Si la télétransmission ne fonctionne pas (il n'y a pas cette mention sur votre décompte de Sécurité sociale), il faut donc impérativement envoyer vos décomptes **originaux** de Sécurité Sociale au CETIM. Vous serez remboursé en 24 h à réception de votre dossier complet.

**Bénéficiaires de la télétransmission** sous condition de fournir une copie de leurs attestations de carte vitale au service paie.

- les salariés bénéficient par défaut de cette option,
- les bénéficiaires du salarié sauf conjoint, concubin ou pacsé adhérent déjà à une mutuelle obligatoire,
- les veufs ou veuves de collaborateurs ou de retraités décédés,
- les retraités.

**Ne peuvent pas bénéficier de la télétransmission**

- les personnes ne relevant pas du régime général de la Sécurité Sociale (certaines caisses étudiantes, Travailleurs non salariés ou Professions non salariés ou Professions Libérales),
- les conjoints, concubins ou pacsés adhérent à une mutuelle obligatoire,
- les enfants inscrits sur la carte d'assuré Social du conjoint, du concubin ou du pacsé adhérent à une mutuelle obligatoire.

## Tiers payant généralisé VIAMEDIS

Le CETIM adressera à votre domicile une carte de tiers payant généralisé VIAMEDIS, incluant l'accès à un réseau de soins (ITELIS). La liste des professionnels de santé affiliés au réseau est disponible via un outil de géo-localisation sur le site [www.cetim.com](http://www.cetim.com)

Vous devrez impérativement la restituer à votre employeur lors de votre départ de votre entreprise.

Cette carte vous dispense de l'avance des frais pharmaceutiques, optiques,

d'analyses médicales ou de radiologie pris en charge à hauteur de nos garanties Santé.

Les praticiens sont libres de l'accepter ou de la refuser.

Si vous n'utilisez pas votre carte tiers payant, vous devrez impérativement réclamer à votre praticien un justificatif de paiement afin d'être remboursé par le CETIM.

## Comment procéder à vos demandes de remboursements ?

Au cas où vous n'utiliserez pas encore votre carte vitale fournie par votre CPAM ou votre carte tiers payant fournie par le CETIM, les feuilles de maladie et leurs annexes (ordonnances... ) sont à adresser à votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM).

Les décomptes de la Sécurité Sociale dans la mesure où ils portent la mention « transmis à votre Organisme complémentaire » ou simplement « CETIM », ont fait l'objet de la procédure de télétransmission et ne seront plus à transmettre au CETIM.

Si vous ne bénéficiez pas du système de télétransmission, il convient d'adresser au CETIM l'original du décompte de la Sécurité Sociale ainsi que les justificatifs par courrier.

Les conjoints, concubins ou pacsés ne bénéficiant pas de la télétransmission devront adresser au CETIM les décomptes originaux de leurs propres mutuelles.

### Attention !

Il est impératif, pour certains actes médicaux, tels que prothèses dentaires, dépassements d'honoraires lors d'une hospitalisation, orthodontie, d'adresser parallèlement à l'envoi de votre dossier à la CPAM, une facture détaillée et acquittée au CETIM sans oublier d'indiquer vos coordonnées et le nom de votre société d'appartenance. Pour l'orthodontie, la facture doit préciser la période.

### Quand envoyer le dossier maladie ?

Les justificatifs éventuels doivent être adressés au CETIM dès réception et au plus tard dans un délai de 2 ans à compter de la date des soins.

### Devis prothèses dentaires/orthodontie

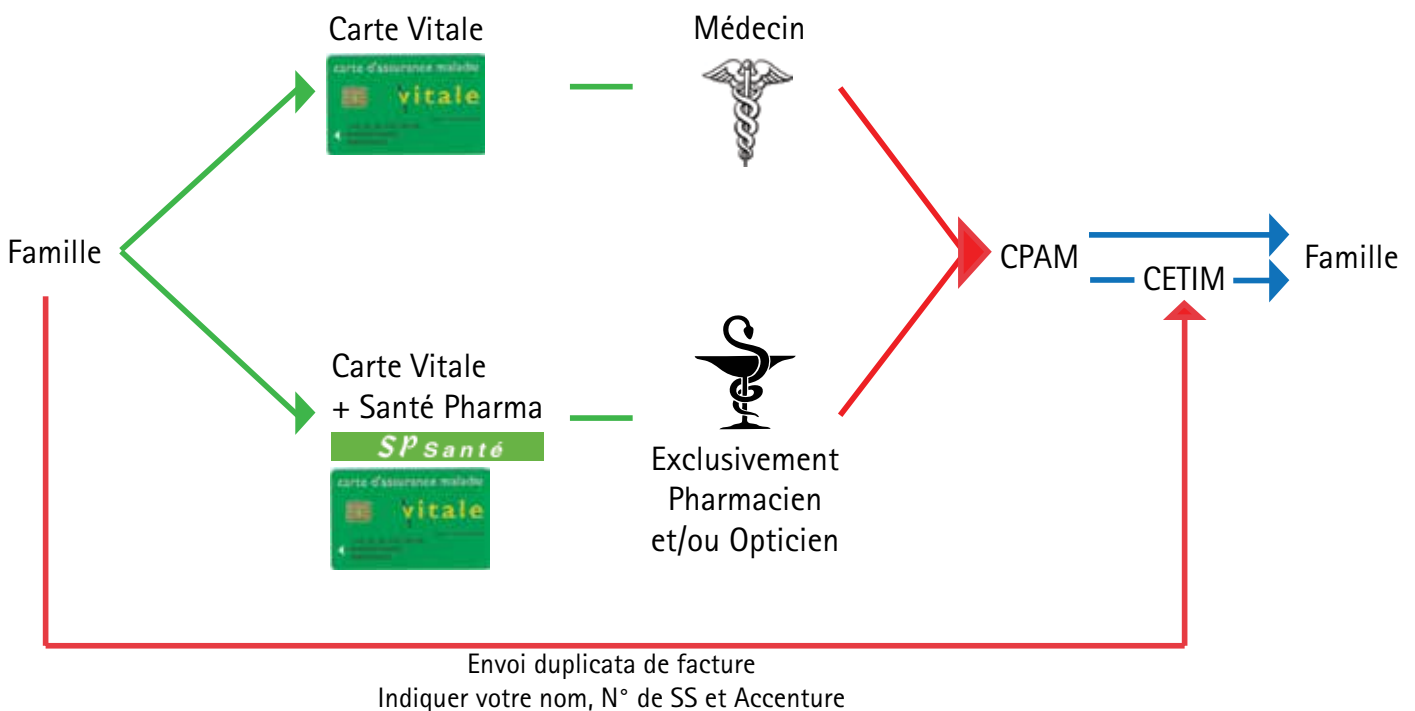
Pour éviter toute contestation ultérieure de prise en charge, il vous est vivement recommandé de demander à votre praticien un devis détaillé qu'il faudra transmettre par fax ou par mail au CETIM, avant d'entreprendre vos soins. Normalement, il est obligatoire pour les professionnels de produire un devis (délai de retraction).

A réception de ce document, le CETIM vous indiquera le montant de la prise en charge en fonction de l'option que vous avez choisie, par courrier à votre domicile.

### Demande de prise en charge de frais hospitalier

Avant toute hospitalisation dans un établissement conventionné uniquement, vous pouvez faire une demande de prise en charge auprès du CETIM en indiquant les coordonnées précises de l'hôpital où vous séjournerez et la date d'entrée. Sous 24 h votre établissement hospitalier conventionné reçoit un accord de prise en charge.

En cas d'urgence, préciser à l'établissement hospitalier les coordonnées téléphoniques figurant sur votre attestation tiers payant. Le CETIM faxe immédiatement une prise en charge auprès de l'établissement chargé de vous accueillir.



# Les coordonnées du CETIM

## Par courrier

CETIM  
TSA 10115  
69051 Lyon Cedex 03

Fax : 04 26 10 62 62

**Attention :** Pour toutes correspondances, n'oubliez pas d'indiquer votre appartenance à une des sociétés d'Accenture France ainsi que votre numéro de Sécurité Sociale ou votre numéro d'adhérent CETIM indiqué sur les décomptes que vous recevez et sur votre carte tiers payant.

## Par téléphone

Tél. : 04 26 29 41 79

du lundi au vendredi de 8 h à 18 h sans interruption.

Correspondant dédié :  
Jonathan Lartigue.

## Par e-mail

[infocetim@cetim.com](mailto:infocetim@cetim.com)

A votre disposition pour toute demande :

- de changement d'adresse ou de RIB
- de prise en charge en cas d'hospitalisation
- de modèle de devis à faire remplir par les praticiens
- d'information concernant les garanties santé.

Le CETIM s'engage à répondre à toutes vos questions sous 48 heures.

## Par internet

[www.cetim.com](http://www.cetim.com)

Lors de votre première connexion sur ce site, cliquer sur « Activer mon compte ».

A partir de ce site, vous pouvez :

- consulter le détail de vos garanties,
- vérifier que vos bénéficiaires déclarés sont bien enregistrés par le CETIM,
- consulter le détail de vos remboursements effectués au cours des 180 derniers jours,
- Télécharger des imprimés : devis dentaires, optiques, demande de prise en charge hospitalière
- modifier vos coordonnées postales et bancaires
- consulter les professionnels de santé affiliés au réseau de soins ITTELIS
- Télécharger votre carte tiers payant.



# Actions pour affilier un bénéficiaire

Enregistrer un bénéficiaire sur votre bulletin d'adhésion accessible sur le site Benefits :  
<https://gallialad.accenture.com/Benefits>

Transmettre obligatoirement les justificatifs demandés :

## 1/ au service paie

- Un justificatif de votre situation familiale (une copie d'extrait d'acte de mariage ou certificat de concubinage ou certificat de Pacs ou extrait d'acte de naissance ou copie du livret de famille)
- L'attestation de la carte vitale de tout bénéficiaire à la télétransmission.

## 2/ au CETIM :

- Si enfant de plus de 21 ans : envoyer un certificat de scolarité ou d'apprentissage ou d'études ou inscription à Pôle Emploi ou justificatif d'invalidité.
- Si ascendant à charge : envoyer la copie de votre avis d'imposition

## Remplir une attestation d'affiliation

(voir spécimen ci-contre) pour tout conjoint, concubin ou pacsé ne bénéficiant pas d'une mutuelle obligatoire.

Ce document est à télécharger sur le site Benefits et à retourner rempli et signé à l'adresse indiquée.

## Annexe : Attestation d'affiliation des conjoints, concubins ou pacsés en tant que bénéficiaire du contrat frais de santé souscrit par le Groupe Accenture France.

Seuls les conjoints, concubins ou pacsés n'ayant pas de couverture de frais de santé obligatoire dans leur entreprise peuvent bénéficier du contrat Accenture France pour toutes les dépenses de santé couvertes par ce contrat ainsi que de la télétransmission (système Noemie) et du tiers payant ; les conjoints, concubins ou pacsés de salariés bénéficiant d'une mutuelle obligatoire dans leur entreprise peuvent bénéficier du contrat, mais uniquement après s'être fait rembourser en premier lieu par leur mutuelle : seul le différentiel de couverture sera pris en charge le cas échéant (sans télétransmission ni bénéfice du tiers payant).

SOCIETE D'APPARTENANCE : .....

Numéro d'employé : .....

### SALARIÉ

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Localité : .....

N° Assuré Social : / \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / (15 chiffres)

### CONJOINT / CONCUBIN / PACSE

Nom : ..... Prénom : .....

N° Assuré Social : / \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / (15 chiffres)

Cochez la case correspondant à votre situation :

**Situation 1** : mon conjoint n'exerce aucune activité professionnelle et peut donc bénéficier des garanties du contrat souscrit par Accenture France, de la télétransmission et du tiers payant. [Signature uniquement du salarié et de son conjoint, concubin ou pacsé en bas de ce document.](#)

**Situation 2** : mon conjoint ne bénéficie pas au sein de son entreprise d'un contrat obligatoire de remboursement de frais de santé et peut donc bénéficier des garanties du contrat souscrit par Accenture France, de la télétransmission et du tiers payant. [Signature obligatoire du salarié, de son conjoint, concubin ou pacsé, de l'employeur et cachet de l'entreprise de ce dernier en bas de ce document.](#)

**Situation 3** : mon conjoint bénéficie au sein de son entreprise d'un contrat obligatoire de remboursement de frais de santé ; il ne peut donc bénéficier des garanties du contrat souscrit par Accenture France qu'en second lieu, en fournissant les décomptes originaux de sa propre mutuelle. Il ne bénéficiera ni de la télétransmission ni du tiers payant. [Signature obligatoire du salarié, de son conjoint, concubin ou pacsé, de l'employeur et cachet de l'entreprise de ce dernier en bas de ce document.](#)

Fait à .....

Le .....

Signature de l'assuré

Signature du conjoint,  
concubin ou pacsé

Cachet et signature de l'employeur  
du conjoint, concubin ou pacsé

Transmettre **obligatoirement le justificatif** de votre situation (copie d'extrait d'acte de mariage, livret de famille ou certificat de pacsé, de concubinage). Enregistrer votre bénéficiaire sur votre bulletin d'adhésion sur le site BENEFITS (<https://benefitsfrance.accenture.com>).

# Conditions de renouvellement de choix d'option

Conditions pour renouveler son choix d'option sur les garanties Santé	Régime de base obligatoire flexible (option 1 & 2)	Régime de confort facultatif (option Confort 1 & 2)	
	Adhésion / Sortie de l'option	Adhésion à l'option	Sortie de l'option
Salariés nouvellement embauchés	Choix de l'option 1 ou 2 maintenu pendant 3 ans. En l'absence de choix, l'option 1 s'applique automatiquement. Changement d'option possible à date anniversaire dès 3 ans d'adhésion ou avant les 3 ans d'adhésion en cas de changement de situation de famille (demande à effectuer dans les 2 mois qui suivent ce changement).	Sans délai de carence si adhésion dans les 2 mois suivant l'embauche.	Sans délai de carence si résiliation ou changement d'option après 3 ans d'adhésion, sinon délai de carence de 6 mois avec maintien des cotisations durant cette période.
Changement de choix d'option avant 3 ans d'adhésion suite à la modification de la situation de famille du salarié	Possible  Modification du choix initial d'option dans les deux mois suivant le changement de situation de famille.	Sans délai de carence si adhésion dans les 2 mois suivant le changement de situation de famille.	Résiliation du changement d'option possible sans délai de carence dans les 2 mois suivant le changement de situation de famille.
Changement de choix d'option avant 3 ans d'adhésion hors changement de situation de famille du salarié	Impossible	Délai de carence de 6 mois avec cotisations au 1 <sup>er</sup> jour.	Délai de carence de 6 mois avec maintien des cotisations durant cette période.
Changement ou reconduction du choix d'option à date anniversaire des 3 ans d'adhésion ou de la dernière modification.	Choix de l'option 1 ou 2 maintenu pendant 3 ans. En l'absence de choix, l'option 1 s'applique automatiquement. Changement d'option ou reconduction possible à date anniversaire dès 3 ans d'adhésion ou du dernier changement d'option.	Adhésion sans délai de carence.	Sans délai de carence en cas de : - résiliation, - changement d'option ou reconduction à date anniversaire des 3 ans d'adhésion ou du dernier changement d'option, - dernière modification liée à un changement de situation de famille.
NB : En cas de modification du choix de l'option retenue (hors application des délais de carence), les nouvelles prestations prennent effet le 1 <sup>er</sup> jour du mois qui suit la date de la demande.			

# 3. Garanties Prévoyance

Légende PMSS : Plafond Mensuel de la SS = 3269 € au 01/01/2017	Au choix :			
	Option 1	Option 2	Option 3	Option 4
<b>Capital Décès toutes causes ou I.A.D. (*)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Célibataire, veuf, divorcé, sans enfant, ni ascendant à charge</li> <li>• Marié, vivant en concubinage ou pacsé sans enfant, ni ascendant à charge</li> <li>• Affilié avec un enfant ou un ascendant à charge</li> <li>• Majoration par enfant ou ascendant à charge supplémentaire</li> </ul>	Capital exprimé en % du salaire annuel brut			
	175%	175%	175%	170%
	350%	300%	175%	170%
	400%	300%	200%	170%
	50%	Néant	25%	Néant
	Montant minimum du capital décès / IAD : salarié non cadre 170% du PASS / salarié cadre 340% du PASS			
<b>Rente annuelle d'éducation en cas de décès ou d'I.A.D. (*)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jusqu'au 18<sup>ème</sup> anniversaire</li> <li>• De 18 à 28 ans si considéré à charge</li> </ul>	12%	15%	12%	12%
	15%	20%	15%	15%
	Montant minimum de la rente : salarié non cadre 12% du PASS jusqu'au 18 <sup>ème</sup> anniversaire, 15% du PASS de 18 à 28 ans, salarié cadre 24% du PASS jusqu'au 18 <sup>ème</sup> anniversaire, 30% du PASS de 18 à 28 ans.			
<b>Rente viagère pour le conjoint en cas de décès</b>	Néant	Néant	7,5% du salaire annuel brut/an	Néant
<b>Décès ou I.A.D. (*) (**) par accident</b>	Capital supplémentaire égal à 100% du capital décès de l'option 1			
<b>Décès ou I.A.D. (*) lors d'un déplacement à l'étranger</b>	Capital supplémentaire égal à 25% du capital décès de l'option 1			
<b>Pré-décès du conjoint, ou du concubin, ou du pacsé</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Versement d'une rente annuelle</li> </ul>	Par enfant jusqu'à 21 ans, 5% du salaire annuel brut			Néant
<b>Décès simultané ou postérieur du conjoint, du concubin ou du pacsé</b>	Capital = 100% du capital décès de l'option 1, versé sous forme d'annuités			
<b>Infirmité permanente accidentelle (**)</b> si taux d'infirmité fixé par la SS supérieur ou égal à 15%	Néant			300% du salaire annuel brut
<b>Incapacité permanente totale (***)</b> Incapacité permanente suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle de taux supérieur ou égal à 66% mais sans nécessité de l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.	170% du salaire annuel brut (personnel relevant du Syntec uniquement)			
<b>Invalidité permanente totale (**)</b> (hors accident du travail et maladie prof.) – Invalidité 2 <sup>ème</sup> ou 3 <sup>ème</sup> catégorie	100% du salaire annuel brut			
<b>Invalidité absolue et définitive (**)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3<sup>ème</sup> catégorie</li> </ul>	Néant			100% du salaire annuel brut
<b>Allocation d'obèques (conjoint, concubin, pacsé ou enfant)</b>	100% du PMSS			
<b>Congé légal de maternité ou d'adoption</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paiement d'une indemnité journalière</li> </ul>	Application de la garantie conventionnelle			
<b>Incapacité temporaire de travail</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Franchise</li> <li>• Indemnité journalière : - contrat de travail non rompu</li> <li>- contrat de travail rompu</li> </ul>	30 jours continus 90% de la 365 <sup>ème</sup> partie du salaire annuel brut moins IJSS les prestations sont limitées à 100% du salaire net 100% de la 365 <sup>ème</sup> partie du salaire annuel net (après CSG et CRDS) moins IJSS (nettes de CSG et CRDS)			
<b>Invalidité permanente – Paiement d'une rente annuelle</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladie ou accident de la vie privée : 1<sup>ère</sup> catégorie 2<sup>ème</sup> catégorie 3<sup>ème</sup> catégorie</li> <li>• Maladie professionnelle ou accident du travail : - Taux d'incapacité permanente N &gt; ou égal à 66% - Taux d'incapacité permanente entre 33% et 66%</li> </ul>	Ressources nettes après CSG et CRDS sur rentes, égales à : 60% du salaire annuel net moins rente SS 100% du salaire annuel net moins rente SS 100% du salaire annuel net moins rente SS + prestations d'assurance majorées de 40% si tierce personne  100% du salaire annuel net moins rente SS + prestations d'assurance majorées de 40% si tierce personne 100% du salaire annuel net x3 N/2			
<b>Observations : ces garanties concernent la rémunération (tranches A, B et C) dans la limite de 8 plafonds annuels de la SS.</b> (*) I.A.D. = Invalidité Absolue et Définitive. Le capital versé dans le cas d'une IAD est toujours versé par anticipation (**) Versement par anticipation d'un capital, il vient en déduction des capitaux à régler en cas de décès ou d'IAD ultérieur éventuel (***) Cette garantie respecte l'obligation de la Convention Collective Syntec				

# Aide au choix d'option Prévoyance

## sur les garanties liées au décès ou à l'invalidité absolue et définitive (I.A.D.)

### Quatre options au choix

#### L'Option I prévoit :

- en cas de décès ou d'Invalidité Absolue et Définitive (I.A.D.) de l'affilié, le paiement d'un capital majoré pour charge de famille, ainsi que le versement d'une rente d'éducation au profit de chaque enfant à charge.
- en cas de décès du conjoint ou du concubin ou du pacsé (répondant à la définition de la notice d'information) antérieur à celui de l'affilié, le versement d'une rente temporaire au profit de chaque enfant à charge de moins de 21 ans.

#### L'Option II prévoit :

- la réduction (sauf pour les affiliés célibataire, veuf ou divorcé, sans enfant ni ascendant à charge) du capital décès ou de l'I.A.D. prévu à l'Option 1 afin de majorer le montant de la rente d'éducation servie au profit de chaque enfant à charge.
- en cas de décès du conjoint ou du concubin ou du pacsé (répondant à la définition de la notice) antérieur à celui de l'affilié, le versement d'une rente temporaire au profit de chaque enfant à charge de moins de 21 ans. Le montant est identique à celui prévu à l'Option 1.

#### L'Option III prévoit :

- la réduction (sauf pour les affiliés célibataire, veuf ou divorcé, sans enfant ni ascendant à charge) du capital décès ou I.A.D. prévu à l'Option I. Ce capital est inférieur à celui prévu à l'Option II. En contre partie est versée une rente viagère au conjoint survivant non séparé de corps judiciairement en cas de décès de l'affilié.
- le versement d'une rente d'éducation au profit de chaque enfant à charge, en cas de décès ou d'I.A.D. de l'affilié, d'un montant identique à celui prévu par l'Option I.
- en cas de décès du conjoint ou du concubin ou du pacsé (répondant à la définition de la notice) antérieur à celui de l'affilié, le versement d'une rente temporaire au profit de chaque enfant à charge de moins de 21 ans. Le montant est identique à celui prévu à l'Option 1.

#### L'Option IV :

- prévoit le versement, en cas de décès ou d'I.A.D. de l'affilié, d'un capital réduit et uniforme quelle que soit sa situation de famille. Ce capital est inférieur à celui prévu à l'Option 3.
- supprime la rente temporaire versée au profit de chaque enfant à charge âgé de moins de 21 ans, en cas de décès du conjoint ou du concubin ou du pacsé (répondant à la définition de la notice d'information) antérieur à celui de l'affilié.
- accorde une indemnité à l'affilié en cas d'infirmité consécutive à un accident corporel.
- verse un capital supplémentaire par anticipation en cas d'I.A.D. de l'affilié.
- verse une rente d'éducation au profit de chaque enfant à charge, en cas de décès ou d'I.A.D. de l'affilié d'un montant identique à celui prévu par l'Option 1.

#### a. Choix de l'Option par l'affilié avant survenance de l'un des sinistres visés à l'alinéa c)

L'affilié qui choisit lui-même son option conserve la possibilité d'en changer en cas de modification de sa situation familiale (mariage ou divorce, naissance ou adoption d'enfant, vie maritale – dans les conditions précisées dans la notice d'information – de fin de vie maritale...). Pour être recevable, le changement d'Option doit être communiqué par l'affilié au service paie dans un délai de deux mois après la modification.

#### b. Modification de l'Option au moment du sinistre

Sauf application des dispositions de l'alinéa c. l'affilié peut changer d'option lors de la survenance d'un 1<sup>er</sup> sinistre s'il concerne l'une des garanties suivantes : l'I.A.D., le décès du conjoint antérieur à celui de l'affilié, l'infirmité consécutive à un accident corporel.

Sauf application des dispositions des alinéas c. et d., le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) a(ont) la possibilité de changer d'Option, lors du décès de l'affilié lorsque ce dernier avait choisi l'une des Options 1, 2 ou 3.

#### c. Changement de l'Option, après sinistre

##### c.1. Limitation du choix des Options, après sinistre

Lorsque la garantie mise en jeu lors du 1<sup>er</sup> sinistre, pour l'affilié qui a retenu l'Option 1, 2 ou 3, est le « Décès du conjoint ou du concubin ou du pacsé antérieur à celui de l'affilié » les dispositions suivantes sont applicables :

- l'Option 4 ne peut plus être choisie,
- l'affilié conserve la possibilité de choisir entre l'Option 1, 2 ou 3,
- sauf application des dispositions des alinéas c.2. et d., le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) a(ont) également la possibilité d'opter entre l'Option 1, 2 ou 3, lors du décès de l'affilié.



### **c.2. Impossibilité totale de changer d'Option, après sinistre**

Dès que la garantie « Infirmité consécutive à un accident corporel » (Option 4) est mise en jeu, l'Option choisie ne peut plus être modifiée par la suite.

Dès que la garantie prévue en cas d'I.A.D. de l'affilié est mise en jeu, quelle que soit l'Option de garanties retenue par l'affilié (Option 1, 2, 3 ou 4), l'Option choisie ne peut plus être modifiée ultérieurement, ni par l'affilié lui-même, ni par le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) lors du décès de l'affilié.

### **d. Option imposée par l'affilié au(x) bénéficiaire(s) désigné(s)**

L'affilié qui a opté pour l'Option 1, 2, ou 3, a la possibilité de préciser sur le formulaire page 19, son souhait d'imposer l'Option de garanties qu'il a retenue au(x) bénéficiaire(s) désigné(s). Dans ce cas, le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) n'aura (n'auront) pas la possibilité de changer d'Option au moment du décès de l'affilié.

### **e. Option applicable par défaut**

#### **e.1. Absence de choix de l'affilié**

Lorsque l'affilié n'a choisi aucune Option de garanties soit à l'affiliation soit lors de la survenance d'un sinistre (autre que le décès de l'affilié), l'Option 1 sera automatiquement appliquée.

En outre, lorsque l'affilié n'a choisi aucune Option de garanties avant la date de son décès et à condition qu'aucune prestation n'ait été versée par les assureurs au titre de la garantie I.A.D. de l'affilié, le choix de l'Option sera effectué par le(s) bénéficiaire(s) lui-même (eux-mêmes) lors du décès de l'affilié.

Dans ce cas, à défaut d'un choix formel de la part du (des) bénéficiaire(s) ou en cas de désaccord entre les bénéficiaires sur l'Option à retenir, l'Option 1 sera automatiquement appliquée.

### **e.2. Absence de choix de la part du (des) bénéficiaire(s)**

Lorsque le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) a (ont) la possibilité de choisir l'Option de garanties applicable au moment du décès de l'affilié dans les circonstances précisées aux alinéas b. et c.1., les dispositions suivantes sont applicables :

- à défaut d'un choix formel de la part du (des) bénéficiaire(s) ou en cas de désaccord entre les bénéficiaires sur l'Option à retenir, l'Option précédemment retenue par l'affilié sera automatiquement applicable.
- toutefois, si la situation de famille de l'affilié, appréciée le surlendemain du jour de son décès, ne permet plus l'application de l'Option qu'il avait précédemment retenue, l'Option 1 sera alors automatiquement appliquée.

### **e.3. Inadéquation entre l'Option retenue par l'affilié et sa situation de famille**

Lorsque l'affilié ayant retenu l'Option 4, ne confirme pas le choix de cette Option à l'occasion de son mariage, de sa vie en concubinage, de son pacs ou de la naissance d'enfant à charge l'Option 1 sera automatiquement appliquée, sous réserve que les assureurs n'aient pas versé de prestations au titre de l'I.A.D., de l'Infirmité de l'affilié consécutive à un accident corporel atteignant l'affilié et reconnue dans les conditions du contrat.

# 4. Garanties Santé et Prévoyance

## Taux de cotisation 2017

Exemple de coût pour un salaire annuel brut de 46 000 €				
Tranche A (*)	Limite 1 fois le Plafond Mensuel de la SS (PMSS *)	3 269 €	Plafond annuel Tranche A	39 228 €
Tranche B (*)	Limite 4 fois le Plafond Mensuel de la SS (PMSS *)	13 076 €	Plafond annuel Tranche B	156 912 €
Tranche C (*)	Limite 8 fois le Plafond Mensuel de la SS (PMSS *)	26 152 €	Plafond annuel Tranche C	313 824 €

(\*) sur la base du PMSS fixé au 01.01.2017

Prévoyance		Cotisations en % des tranches de salaire			Exemple de coût pour un salaire annuel brut de 46 000€		
Exemple sur un salaire (46 000 €) réparti par tranche (*)		Total	Part salariale	Part patronale	Total	Part salariale	Part patronale
Tranche A	39 228 €	0,95 %	0,333 %	0,618 %	372,67 €	130,43 €	242,23 €
Tranche B	6 772 €	2,33 %	0,816 %	1,515 %	157,79 €	55,23 €	102,56 €
Tranche C	0 €	2,33 %	0,816 %	1,515 %	0 €	0 €	0 €
<b>Total cotisations Prévoyance – base salaire de 46 000 €</b>					<b>530,45 €</b>	<b>185,66 €</b>	<b>344,79 €</b>

Frais de Santé		Cotisations en % des tranches de salaire			Exemple de coût pour un salaire annuel brut de 46 000€		
Option de base 1 et 2		Total	Part salariale	Part patronale	Total	Part salariale	Part patronale
Tranche A	39 228 €	2,68 %	0,858 %	1,822 %	1 051,31 €	336,42 €	714,89 €
Tranche B	6 772 €	1,01 %	0,323 %	0,687 %	68,40 €	21,89 €	46,51 €
<b>Total cotisations Santé – contrat de base – base salaire de 46 000 €</b>					<b>1 119,71 €</b>	<b>358,31 €</b>	<b>761,40 €</b>

<b>Total cotisations annuelles GAN : Prévoyance + Frais de Santé / Option 1 ou 2</b>	<b>543,97 €</b>	<b>1 106,20 €</b>
--	-----------------	-------------------

Régime confort facultatif – En sus de l'option de base 1 ou 2 – Prélevé sur le net et non déductible fiscalement				
Frais de Santé – Régime confort facultatif – Option de Confort 1				
Forfait (plafond SS)	39 228 €	0,29 %	Cotisation annuelle par adulte	113,76 €
Forfait (plafond SS)	39 228 €	0,23 %	Cotisation annuelle par enfant à charge	90,22 €

Frais de Santé – Régime confort facultatif – Option de Confort 2				
Forfait (plafond SS)	39 228 €	0,61 %	Cotisation annuelle par adulte	239,29 €
Forfait (plafond SS)	39 228 €	0,49 %	Cotisation annuelle par enfant à charge	192,22 €

Désignation à envoyer à Groupama Gan Vie – Service Gestion des Cotisations Courtage – Immeuble Michelet – 4-8 cours Michelet – 92082 La Défense Cedex.

### Affilié(e)

Nom : [ ]  
Prénom(s) : [ ]  
Date de naissance : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
Lieu de naissance : [ ]  
Adresse : [ ]  
[ ]  
Code Postal : [ ] [ ]  
Commune : [ ]  
Catégorie de personnel : [ ]

### Entreprise

Raison sociale (ou cachet)

Contrat [ ] Sous-contrat [ ]  
(Facultatifs)  
Portefeuille : [ ] Unité : [ ]

### Option retenue au titre du contrat prévoyance

Si l'affilié(e) désire retenir une option qui ne pourra être modifiée par le(s) bénéficiaire(s) désigné(s), il doit cocher ci-après l'option retenue :

Option 1     Option 2     Option 3

Je soussigné(e) déclare avoir été informé(e) :

- des modalités de choix de l'option telles que prévues à la notice d'information du contrat,
- que mon choix ne pourra être modifié lors de mon décès par le(s) bénéficiaire(s) désigné(s),
- que je suis seul(e) habilité(e), en remplissant un nouveau formulaire, à modifier le choix effectué ce jour, sous les réserves prévues à la notice d'information du contrat.

Fait à : [ ] le : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Signature  
(précédée de la mention "lu et approuvé")

### Attribution d'un bénéfice particulier du capital décès

**IMPORTANT : LIRE LES RECOMMANDATIONS AU VERSO AVANT DE RÉDIGER VOTRE CLAUSE.**

Il est indispensable de préciser pour chaque bénéficiaire, autre que votre conjoint ou partenaire de PACS : leurs nom (nom de jeune fille pour les femmes mariées), prénom, date et lieu de naissance et éventuellement la quote part de prestation attribuée à chaque bénéficiaire. Lorsque la désignation particulière n'est plus applicable au jour du décès de l'affilié(e) notamment lorsque les bénéficiaires initialement désignés à titre gratuit ne sont plus en vie, la prestation est versée selon la clause bénéficiaire type prévue dans la notice d'information des conditions générales du ou des contrat(s). Il vous appartient de vérifier que cette clause type correspond à votre volonté et si ce n'est pas le cas, de prévoir des bénéficiaires de remplacement, appelés "bénéficiaires subséquents" dans votre désignation de bénéficiaire particulière. Indiquez par exemple "à défaut, mes héritiers" à la fin de votre désignation particulière.

**Je soussigné(e), affilié(e) au contrat visé ci-dessus, désigne comme bénéficiaire(s) en cas de décès :**

[ ]  
[ ]  
[ ]  
[ ]

Avec votre accord, toute attribution bénéficiaire peut faire l'objet d'une acceptation. **Il est précisé que l'attribution faite au profit d'un bénéficiaire déterminé devient irrévocable par l'acceptation de celui ci dans les conditions suivantes** : tant que vous êtes en vie, toute acceptation de bénéficiaire doit faire l'objet au moins trente jours après la date d'effet de votre affiliation lorsque la désignation est effectuée à titre gratuit, soit d'un avenant signé de l'assureur, de vous même et du bénéficiaire, soit d'un acte authentique ou sous seing privé signé de vous même et du bénéficiaire. L'acceptation n'est opposable à l'assureur que lorsqu'elle lui a été notifiée par écrit. La preuve de cette notification incombe à la personne qui entend s'en prévaloir.

### Informatique et libertés

Les données personnelles concernant les affiliés sont traitées par l'assureur dans le respect de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée.

Leur traitement est nécessaire à la gestion des contrats, des affiliations et des garanties. Elles sont destinées à l'intermédiaire d'assurance de la contractante, l'assureur et son distributeur, à ses délégataires, prestataires ou sous-traitants, aux réassureurs ainsi qu'aux organismes professionnels et administratifs dans le cadre d'obligations légales. Les données personnelles concernant les affiliés peuvent, par ailleurs, être utilisées à des fins de contrôle interne et dans le cadre des dispositions légales concernant la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. Dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, leurs données peuvent être transmises à des organismes professionnels de lutte contre la fraude ainsi qu'à des enquêteurs certifiés. Les affiliés disposent en justifiant de leur identité, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition aux données traitées, sans frais, par courrier à Groupama Gan Vie - Service des Relations avec les Consommateurs – Immeuble Michelet – 4-8 Cours Michelet – 92082 La Défense Cedex ou à l'adresse électronique : src-collectives@ggvie.fr

### Signature

**Je déclare avoir pleinement conscience que la présente désignation révoque toute désignation antérieure.  
Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions relatives à la loi Informatique et libertés ci-dessus.**

Fait à : [ ] le : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Signature  
(précédée de la mention "lu et approuvé")

## A propos d'Accenture

Accenture, un des leaders mondiaux des services aux entreprises et administrations, propose une large gamme de services et solutions en stratégie, conseil, digital, technologie et gestion déléguée d'opérations. Combinant son expérience et son expertise dans plus de 40 secteurs d'activité et pour toutes les fonctions de l'entreprise – en s'appuyant sur le plus grand réseau international de centres de services – Accenture intervient à l'intersection de l'activité de ses clients et de la technologie pour les aider à renforcer leur performance et créer de la valeur sur le long terme pour leurs parties prenantes. Avec plus de 373 000 employés intervenant dans plus de 120 pays, Accenture favorise l'innovation pour améliorer notre environnement de demain.

Site Internet : [www.accenture.com/fr](http://www.accenture.com/fr)

Copyright © 2017 Accenture  
Tous droits réservés.

Accenture, son logo et  
High performance. Delivered.  
sont des marques d'Accenture.