



PROPOSITION SANTE/ PREVOYANCE POUR LES EMPLOYES RELEVANT DE LA CCN IMMOBILIER



Depuis le 01/01/2016, la complémentaire santé est obligatoire pour tous les salariés en entreprise. GAN Assurances en partenariat avec la SOCAF vous propose des solutions adaptées pour répondre aux besoins des chefs d'entreprise et de leurs salariés. La complémentaire santé doit être prise au minimum à 50 % par l'employeur.

➤ LE CHOIX DES GARANTIES POUR L'EMPLOYEUR ET LE SALARIE

EN PREVOYANCE: une cotisation unique pour les cadres, **2 choix de formule** pour les non-cadres et une cotisation en fonction de leur tranche de salaire

EN SANTE: l'entreprise règle les cotisations pour le salarié à hauteur de 50 % minimum avec 3 choix de formule de garanties. **Une 1^{ère} formule qui répond aux obligations légales et 2 autres formules avec des garanties renforcées et des tarifs spécialement négociés pour les clients SOCAF.**

➤ LES AVANTAGES A SOUSCRIRE LA PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE SANTE GAN

- **De meilleures garanties pour un meilleur tarif**
- **Une mutuelle vous garantissant une totale liberté**
- **Une formule 3 particulièrement adaptée aux familles avec un niveau de garantie maximal :**
 - Des remboursements en optique renforcés pour les **fortes corrections**
 - Des garanties élevées pour les **frais d'hospitalisation**
 - Une couverture supérieure en soin dentaire et notamment en **orthodontie**

➤ UNE SOUSCRIPTION SIMPLIFIEE ET RAPIDE

La garantie prévoyance s'adresse à tous les salariés, la complémentaire santé concerne les salariés et les éventuels ayants droits (conjoint/pacs/concubin/enfants à charge...)

La souscription est simple, il suffit pour :

- ✓ Le représentant de remplir la « proposition de contrat » + « l'état nominatif du personnel » + envoyer un kbis avec pièce d'identité
- ✓ Chaque employé de remplir un bulletin individuel d'affiliation accompagné des documents demandés
- ✓ Le gestionnaire GAN vous répond sous 48H et si le dossier est complet, vos salariés obtiennent leurs codes pour gérer leur contrat

VOUS POUVEZ CHANGER DE MUTUELLE SANTE AVANT LE 31 OCTOBRE 2016

Chaque salarié peut bénéficier de sa couverture santé jusqu'à la prochaine échéance, cependant afin de changer pour la complémentaire santé entreprise GAN -SOCAF, vous devez adresser une demande de résiliation à votre assureur 2 mois avant son échéance, soit généralement avant le 31 OCTOBRE pour une échéance au 31 DECEMBRE.

NOTICE D'INFORMATION POUR VOUS ACCOMPAGNER

VOUS SOUHAITEZ SOUSCRIRE A NOTRE « OFFRE SANTE / PREVOYANCE »

➤ Remplissez « La proposition de souscription » :

1. Compléter les informations sur votre entreprise en page 1
2. SI VOUS SOUHAITEZ PRENDRE **NOTRE OFFRE PREVOYANCE**, (2^{ème} page de la proposition) :
 - ✚ Indiquez le nombre de « cadre » dans votre société et cochez la formule unique
 - ✚ Indiquez le nombre de « non – cadre » et cochez la formule que vous avez choisie pour vos salariés
3. SI VOUS SOUHAITEZ PRENDRE **NOTRE OFFRE SANTE**, (3^{ème} page de la proposition) :
 - ✚ Les tarifs indiqués sur le bordereau dépendent du régime auquel vous appartenez. Pour information, le régime local correspond au régime ALSACE/MOSELLE, le régime général est pour tous les autres départements.
 - ✚ **CHOISIR SA FORMULE ET SES OPTIONS :**
 1. **Choisissez la formule que vous souhaitez :**
 - **une offre distincte** en fonction du statut de vos salariés (cadre / non-cadre)
 - **ou une offre globale** – ensemble du personnel (tous les salariés, peu importe leur statut)
 2. Une fois que vous avez effectué ce choix, **Cochez la formule que vous souhaitez prendre** en vous reportant aux tableaux de garantie ci-joint
 3. Si vous choisissez de prendre la formule 3, vous bénéficiez de l'offre santé la plus complète, vos salariés n'ont pas besoin de prendre une option complémentaire. En revanche, avec GAN, **vous avez la possibilité de prendre une garantie santé avec un socle formule 1 ou 2 et laisser vos salariés choisir de prendre des options complémentaires personnelles**, qu'ils pourront souscrire directement avec nous pour compléter l'offre en fonction de leur besoin.

➤ Remplissez « L'état nominatif du personnel assuré »

- ✚ A compléter par catégorie – Un état pour l'ensemble des cadres, un état pour l'ensemble des non-cadres,

➤ Faites Remplir « Le bulletin d'affiliation prévoyance-santé »

- ✚ A chaque salarié – ce document permet, entre autre, au salarié concerné de choisir une option supplémentaire au régime choisi par l'employeur (la part de prime en complément sera automatiquement prélevée sur son compte personnel et uniquement dans ce cas, il devra compléter le **MANDAT SEPA** joint,

➤ Faites Remplir « Le questionnaire de santé »

- ✚ A compléter uniquement pour les salariés qui sont cadres

➤ Signer l'ensemble des documents et retourner le tout par mail sur l'adresse p.polus@saa-assurances.fr ou a.gaudet@saa-assurance.fr

- ✚ Priscillia Polus et Alix Gaudet restent à votre disposition pour vous aider à compléter votre proposition de souscription au [01.70.64.41.82](tel:01.70.64.41.82) ou au [01.70.64.41.86](tel:01.70.64.41.86).

Accédez au dossier pour l'Alsace Moselle

Accédez au dossier pour la France entière hors Alsace Moselle



Cabinet Jérôme Votte

Imprimer le formulaire



PROPOSITION DE SOUSCRIPTION CCN IMMOBILIER - OFFRES SANTE ET PREVOYANCE

La présente proposition n'engage ni l'entreprise, ni l'assureur. Seul le contrat constate leurs engagements réciproques. Tout règlement qui pourrait accompagner cette proposition ne préjuge pas de l'engagement de l'assureur et tiendra lieu d'acompte lors de la régularisation du contrat.

ENTREPRISE SOUSCRIPTRICE

N° SIRET _____

Raison sociale _____

Sigle / Enseigne _____ ☎ _____

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____

E-mail _____ @ _____

Adresse de correspondance _____

Code postal _____ Commune _____

Forme juridique _____ Date de création _____

Représentant _____ Qualité _____

☎ _____ ☎ _____ ☎ _____ @ _____

ACTIVITE

CODE NAF _____

Activité principale exercée _____

EFFECTIF

NOMBRE TOTAL DE SALARIES _____

Cadres _____ Non cadres _____

Autres (préciser) _____

Cadre réservé - Ne rien compléter – Aller à la page suivante

Offre SOCAF – GAN Assurances

Nom de l'agence : Cabinet VOTTE

Code Groupe : 765 420 V

Chargé de Missions :

Code Groupe :

Inspecteur : Mme Anne-Caroline CABY

Code Groupe :

AG seul	
AG+CM	

Pièces à adresser à l'agence pour vérification



GARANTIES DEMANDEES

Mise en œuvre des garanties PREVOYANCE

(Niveau supérieur à celui prévu par la Convention collective nationale de l'immobilier, selon l'option cochée ci-dessous)

CADRES <input type="checkbox"/>		NON CADRES <input type="checkbox"/>	
Effectif		Effectif	
<input type="checkbox"/> FORMULE UNIQUE		<input type="checkbox"/> FORMULE 1	<input type="checkbox"/> FORMULE 2
Taux de cotisation (en % des salaires annuels bruts) : - Tranche A : 1,50 % - Tranche B : 2,07 %		Taux de cotisation (en % des salaires annuels bruts) : - Tranche A : 0,38 % - Tranche B : 0,38 %	Taux de cotisation (en % des salaires annuels bruts) : - Tranche A : 0,46 % - Tranche B : 0,46 %

Date d'effet :

Des salariés sont-ils en arrêt de travail à la date de signature de la proposition de souscription ?

Oui Non

Gan Assurances

Compagnie française d'assurances et de réassurances - Société anonyme au capital de 109 817 739 euros (entièrement versé) - RCS Paris 542 063 797 - APE : 6512Z
Siège social : 8-10, rue d'Astorg - 75008 Paris - Tel. : 01 70 94 20 00 - www.ganassurances.fr
Direction Qualité / Réclamations - Gan Assurances - Immeuble Michelet- 4-8, cours Michelet - 92082 La Défense Cedex - E-mail : reclamation@gan.fr
Gan Assurances distribue les produits de Groupama Gan Vie - Société anonyme au capital de 1 371 100 605 euros - RCS Paris 340 427 616 - APE : 6511Z -
Siège social : 8-10, rue d'Astorg - 75008 Paris - Tél. : 01 44 56 77 77
Entreprises régies par le code des assurances et soumises à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout - 75009 Paris09

Mise en œuvre des garanties SANTE

(Niveau supérieur à celui prévu par la Convention collective nationale de l'immobilier, selon l'option cochée ci-dessous)

Les participants doivent acquitter obligatoirement la cotisation correspondante à leur situation de famille réelle. Les taux de cotisations ci-dessous sont exprimés en pourcentage du plafond de la sécurité sociale*.

Régime général en % du PMSS *

Régime général	Socle F1 (Obligatoire)	Option F2 (Facultatif)	Option F3 (Facultatif)
Adulte	1,27%	1,76%	2,93%
Enfant	0,69%	1,00%	1,64%

Gratuité au 3ème enfant

Régime général	Socle F2 (Obligatoire)	Option F3 (Facultatif)
Adulte	1,66%	2,84%
Enfant	0,94%	1,58%

Gratuité au 3ème enfant

Régime général	Socle F3 (Obligatoire)
Adulte	2,60%
Enfant	1,45%

Gratuité au 3ème enfant

Régime général en % du PMSS *

Régime local	Socle F1 (Obligatoire)	Option F2 (Facultatif)	Option F3 (Facultatif)
Adulte	0,63%	1,36%	2,33%
Enfant	0,41%	0,75%	1,27%

Gratuité au 3ème enfant

Régime local	Socle F2 (Obligatoire)	Option F3 (Facultatif)
Adulte	1,21%	2,19%
Enfant	0,68%	1,21%

Gratuité au 3ème enfant

Régime local	Socle F3 (Obligatoire)
Adulte	1,99%
Enfant	1,10%

Gratuité au 3ème enfant

* Plafond mensuel de la sécurité sociale en 2016 = 3 218 €

Formule choisie par l'entreprise (un socle unique pour un même collègue)

CADRES <input type="checkbox"/>	NON CADRES <input type="checkbox"/>	Ensemble du personnel <input type="checkbox"/>																																																
Effectif <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Régime général</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Socle F1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Socle F2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Socle F3</td></tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Régime local</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Socle F1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Socle F2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Socle F3</td></tr> </tbody> </table>	Régime général		<input type="checkbox"/>	Socle F1	<input type="checkbox"/>	Socle F2	<input type="checkbox"/>	Socle F3	Régime local		<input type="checkbox"/>	Socle F1	<input type="checkbox"/>	Socle F2	<input type="checkbox"/>	Socle F3	Effectif <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Régime général</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Socle F1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Socle F2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Socle F3</td></tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Régime local</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Socle F1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Socle F2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Socle F3</td></tr> </tbody> </table>	Régime général		<input type="checkbox"/>	Socle F1	<input type="checkbox"/>	Socle F2	<input type="checkbox"/>	Socle F3	Régime local		<input type="checkbox"/>	Socle F1	<input type="checkbox"/>	Socle F2	<input type="checkbox"/>	Socle F3	Effectif <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Régime général</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Socle F1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Socle F2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Socle F3</td></tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Régime local</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Socle F1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Socle F2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Socle F3</td></tr> </tbody> </table>	Régime général		<input type="checkbox"/>	Socle F1	<input type="checkbox"/>	Socle F2	<input type="checkbox"/>	Socle F3	Régime local		<input type="checkbox"/>	Socle F1	<input type="checkbox"/>	Socle F2	<input type="checkbox"/>	Socle F3
Régime général																																																		
<input type="checkbox"/>	Socle F1																																																	
<input type="checkbox"/>	Socle F2																																																	
<input type="checkbox"/>	Socle F3																																																	
Régime local																																																		
<input type="checkbox"/>	Socle F1																																																	
<input type="checkbox"/>	Socle F2																																																	
<input type="checkbox"/>	Socle F3																																																	
Régime général																																																		
<input type="checkbox"/>	Socle F1																																																	
<input type="checkbox"/>	Socle F2																																																	
<input type="checkbox"/>	Socle F3																																																	
Régime local																																																		
<input type="checkbox"/>	Socle F1																																																	
<input type="checkbox"/>	Socle F2																																																	
<input type="checkbox"/>	Socle F3																																																	
Régime général																																																		
<input type="checkbox"/>	Socle F1																																																	
<input type="checkbox"/>	Socle F2																																																	
<input type="checkbox"/>	Socle F3																																																	
Régime local																																																		
<input type="checkbox"/>	Socle F1																																																	
<input type="checkbox"/>	Socle F2																																																	
<input type="checkbox"/>	Socle F3																																																	

Date d'effet :



INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les informations et données personnelles sollicitées sont traitées dans le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la gestion de votre adhésion au contrat et des garanties y afférentes. Elles sont destinées à votre intermédiaire d'assurance, à l'assureur et à ses distributeur, mandataires, prestataires et sous traitants, aux réassureurs et organismes professionnels. Vous disposez d'un droit d'accès, de communication, de rectification et d'opposition en vous adressant par courrier à la Direction des relations consommateurs - Gan Assurances - Immeuble Michelet - 4-8, cours Michelet 92082 La Défense Cedex - Tél. : 01 70 94 21 02 - E-mail : svpclient@gan.fr. Vous acceptez expressément le recueil et le traitement des données concernant votre santé nécessaires à la gestion des garanties. Ces données sont traitées dans le respect du secret médical. Elles sont exclusivement destinées au médecin conseil de l'assureur et à son service médical. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification en vous adressant au médecin conseil de l'assureur dont les coordonnées vous seront communiquées sur demande à l'adresse indiquée ci-dessus. Vos données, à l'exclusion des données de santé, peuvent être utilisées pour vous proposer des offres commerciales du groupe Groupama et de ses partenaires. Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre .

Je soussigné(e) _____

agissant en qualité de _____

- Certifie relever de la Convention collective nationale de l'immobilier (IDCC 1527 – Brochure 3090).
- Reconnais avoir reçu et pris connaissance des conditions générales du contrat concerné par la présente proposition auquel je demande à souscrire,
- Certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations précédentes servant de base au contrat et j'en prends la responsabilité même si elles sont écrites par une autre personne et reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité du contrat conformément à l'article L. 113-8 du code des assurances,
- Demande à souscrire au contrat mentionné ci-dessus pour les garanties demandées,
- Reconnais avoir pris connaissance des dispositions relatives à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée ci-dessous.

JOINDRE IMPERATIVEMENT :

- Un extrait KBis de moins 3 mois
- Un état de la totalité des membres affiliables par catégorie bénéficiaire Nb :
- Bulletin d'affiliation Nb :
- Copie de la pièce d'identité du signataire

Fait à _____ , le _____

┌ Pour Gan Assurances ───────────┐

┌ Signature de l'entreprise souscriptrice, ───────────┐
à faire précéder de la mention
"lu et approuvé"

┌ Cachet et signature ───────────┐

┌ Cachet et signature ───────────┐

Gan Assurances
Compagnie française d'assurances et de réassurances - Société anonyme au capital de 109 817 739 euros (entièrement versé) - RCS Paris 542 063 797 - APE : 6512Z
Siège social : 8-10, rue d'Astorg - 75008 Paris - Tél. : 01 70 94 20 00 - www.ganassurances.fr
Direction Qualité / Réclamations - Gan Assurances - Immeuble Michelet- 4-8, cours Michelet - 92082 La Défense Cedex - E-mail : reclamation@gan.fr
Gan Assurances distribue les produits de Groupama Gan Vie - Société anonyme au capital de 1 371 100 605 euros - RCS Paris 340 427 616 - APE : 6511Z -
Siège social : 8-10, rue d'Astorg - 75008 Paris - Tél. : 01 44 56 77 77
Entreprises régies par le code des assurances et soumises à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout - 75009 Paris09



Des **garanties prévoyance Cadre** pour répondre à vos obligations conventionnelles

	CADRE	
	Option 1	Option 2
DÉCÈS/IAD TOUTES CAUSES		
<i>Versement d'un capital</i>		
- Célibataire, veuf, divorcé	225 %	225 %
- Marié, pacsé, concubin	300 %	275 %
- Majoration par enfant à charge	75 %	-
DÉCÈS ACCIDENTEL		
Versement d'un capital supplémentaire	100 % du capital décès toutes causes Option 1	
DOUBLE EFFET		
Versement d'un capital supplémentaire en cas de décès du conjoint simultané ou postérieur au décès du salarié	100 % du capital décès toutes causes Option 1	
RENTE D'ÉDUCATION		
<i>Versement d'une rente annuelle au profit de chaque enfant à charge</i>		
- jusqu'au 31/12 de l'année du 12 ^{ème} anniversaire		8 %
- puis du 01/01 de l'année du 13 ^{ème} anniversaire jusqu'au 31/12 de l'année du 17 ^{ème} anniversaire		10 %
- puis du 01/01 de l'année du 18 ^{ème} anniversaire jusqu'au terme de la prestation		12 %
ALLOCATION OBSÈQUES		
En cas de décès du salarié, du conjoint, partenaire, concubin ou d'un enfant à charge âgé de 12 ans et plus	150 % PMSS	
INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL		
<i>IJ sous déduction du RO</i> Franchise	- salariés dont l'ancienneté > 1 an : relais mensualisation - salariés dont l'ancienneté < 1 an : 90 jours d'arrêt de travail total et continu consécutif à maladie ou accident non professionnelle	
Prestation	85 % de la 365 ^{ème} partie du salaire de base	
INVALIDITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE OU NON		
Rente sous déduction du RO		
- totale (2 ^e et 3 ^e catégorie ou taux d'invalidité au moins égal à 66 %)	85 %	
- partielle (1 ^{ère} catégorie ou 33 % ≤ Taux d'invalidité < 66 %)	51 %	

Prestations sur salaire brut de base TA-TB.

RO : Régime obligatoire de protection sociale.



Des **garanties prévoyance Non Cadre** pour répondre à vos obligations conventionnelles

	NON CADRE	
	Formule 1	Formule 2
DÉCÈS/IAD TOUTES CAUSES		
Versement d'un capital - Quelle que soit la situation de famille	83 %	100 %
DOUBLE EFFET		
Versement d'un capital supplémentaire en cas de décès du conjoint simultané ou postérieur au décès du salarié	100 % du capital décès toutes causes	
ALLOCATION OBSÈQUES		
En cas de décès du salarié, du conjoint, partenaire, concubin ou d'un enfant à charge (limité aux frais réels si enfant < 12 ans)	150 % PMSS	
INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL		
JJ sous déduction du RO Franchise	- salariés dont l'ancienneté > 1 an : relais mensualisation - salariés dont l'ancienneté < 1 an : 90 jours d'arrêt de travail total et continu consécutif à maladie ou accident non professionnel.	
Prestation	61 % de la 365 ^{ème} partie du salaire de base	66 % de la 365 ^{ème} partie du salaire de base
INVALIDITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE OU NON		
Rente sous déduction du RO		
- totale (2 ^e et 3 ^e catégorie ou taux d'invalidité au moins égal à 66 %)	61 %	66 %
- partielle (1 ^{ère} catégorie ou 33 % ≤ Taux d'invalidité < 66 %)	36 %	36 %

Prestations sur salaire brut de base TA-TB.

RO : Régime obligatoire de protection sociale.



Une **formule 1** répondant à vos obligations conventionnelles

		RO	FORMULE 1	TOTAL
HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIR., MATERNITÉ				
Frais de séjour	en secteur conventionné	80 % BR	TM	100 % BR
	en secteur non conventionné	80 % BR	TM	100 % BR
Honoraires	médecin adhérent CAS	80 % BR	TM	100 % BR
	médecin non adhérent CAS			
Transport pris en charge par le RO		65 % BR	TM	100 % BR
Forfait journalier		-	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière (<i>par jour</i>)		-	35 €	35 €
Lit + repas d'accompagnement (<i>par jour</i>) d'une personne assurée de - 14 ans ou de + 70 ans.		-	35 €	35 €
Hospitalisation dans un pays étranger		90 % BR ou 100 % BR	TM	100 % BR
LE + MATERNITÉ				
Forfait naissance ou adoption		-	11 % PMSS	11 % PMSS
SOINS COURANTS				
Pharmacie prescrite prise en charge par le RO		90 % BR	10 % BR	100 % BR
Médecins généralistes et spécialistes	médecin adhérent CAS	70 % BR	TM	100 % BR
	médecin non adhérent CAS			
Forfait médecine douce/an/pers. (<i>ostéopathe, étiope, chiropracteur, homéopathe, nutritionniste, acupuncteur</i>)		-	100 €	100 €
Auxiliaires médicaux, examens, laboratoire		60 % BR	TM	100 % BR
Radiologie	médecin adhérent CAS	70 % BR	TM	100 % BR
	médecin non adhérent CAS			
Transport pris en charge par le RO		65 % BR	TM	100 % BR
Appareillage hors prothèses auditives		60 % BR	TM	100 % BR
Prothèses auditives		60 % BR	TM	100 % BR
+ forfait suppl./oreille tous les 3 ans		-	-	-
Cures thermales prises en charge par le RO		65 % → 70 % BR	TM	100 % BR
DENTAIRE			Réseau sévéane	Hors réseau
Soins conservateurs (<i>suivi, détartrage...</i>) hors Inlays/Onlays		70 % BR	TM	125 % BR
Inlays/Onlays		70 % BR	TM	125 % BR
Prothèses dentaires prises en charge par le RO (y compris inlay core)		70 % BR	135 % BR	205 % BR
Prothèses dentaires non prises en charge par le RO/an/pers.		-	145 €	145 €
Orthodontie	prise en charge par le RO	100 % BR	150 % BR	250 % BR
	non prise en charge par le RO/an/pers.	-	-	-
Implantologie/an/pers.		-	5 % PMSS	5 % PMSS
OPTIQUE (1 équipement [2 verres + 1 monture] tous les 2 ans, sauf évolution de la vue, 1 équipement par an, dans la limite des montants min. et max. prévus par le contrat responsable, pour les - 18 ans, un équipement par an.				
Équipement (<i>dont montant max pour la monture 150 €</i>) :		60 % BR	450 €	60 % BR + 450 €
- avec 2 verres simples				
- avec 1 verre simple et un verre complexe		60 % BR	525 €	60 % BR + 525 €
- avec 2 verres complexes		60 % BR	600 €	60 % BR + 600 €
- avec 1 verre simple et 1 verre très complexe		60 % BR	550 €	60 % BR + 550 €
- avec 1 verre complexe et 1 verre très complexe		60 % BR	625 €	60 % BR + 625 €
- avec 2 verres très complexes		60 % BR	650 €	60 % BR + 650 €
Opticiens partenaires Sévéane		-	inclus	inclus
Lentilles y compris jetables	prises en charge ou non par le RO/an/pers.	60 % BR	TM	100 % BR
	supplément /an et par pers.	-	320 €	320 €
Chirurgie réfractive/an/pers.		-	1 000 €	1 000 €
PRÉVENTION ET SANTÉ AU QUOTIDIEN				
Sevrage tabagique /an/pers. (<i>après intervention RO</i>)		50 €	10 €	60 €
Actes de prévention responsables pris en charge par le RO		Inclus	Inclus	Inclus
SERVICES				
Assistance/Infos santé		-	Inclus	Inclus
Tiers payant généralisé		-	Inclus	Inclus

FR : Frais réels - RO : Régime Obligatoire de protection sociale - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale - TM : Ticket Modérateur



Une **formule 2** avec des remboursements améliorés pour limiter le reste à charge des salariés

		RO	FORMULE 2	TOTAL		
HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIR., MATERNITÉ						
Frais de séjour	en secteur conventionné	80 % BR	100 % FR	100 % FR		
	en secteur non conventionné	80 % BR	TM	180 % BR		
Honoraires	médecin adhérent CAS	80 % BR	TM	180 % BR		
	médecin non adhérent CAS		TM	160 % BR		
Transport pris en charge par le RO		65 % BR	TM	165 % BR		
Forfait journalier		-	100 % FR	100 % FR		
Chambre particulière (<i>par jour</i>)		-	35 €	35 €		
Lit + repas d'accompagnement (<i>par jour</i>) d'une personne assurée de - 14 ans ou de + 70 ans.		-	35 €	35 €		
Hospitalisation dans un pays étranger		80 % BR à 100 % BR → 100 % BR	TM	160 % BR		
LE + MATERNITÉ						
Forfait naissance ou adoption		-	15 % PMSS	15 % PMSS		
Procréation médicale assistée/an/pers.		-	200 €	200 €		
SOINS COURANTS						
Pharmacie prescrite prise en charge par le RO		15 % → 100 % BR	TM	100 % BR		
Médecins généralistes et spécialistes	médecin adhérent CAS	70 % BR	TM	170 % BR		
	médecin non adhérent CAS		TM	150 % BR		
Forfait médecine douce/an/pers. (<i>ostéopathe, étio-pathe, chiropracteur, homéopathe, nutritionniste, acupuncteur</i>)		-	100 €	100 €		
Auxiliaires médicaux, examens, laboratoire		60 % BR	TM	160 % BR		
Radiologie	médecin adhérent CAS	70 % BR	TM	170 % BR		
	médecin non adhérent CAS		TM	150 % BR		
Transport pris en charge par le RO		65 % BR	TM	165 % BR		
Appareillage hors prothèses auditives		60 % BR	TM	160 % BR		
Prothèses auditives		60 % BR	TM	100 % BR		
+ forfait suppl./oreille tous les 3 ans		-	150 €	150 €		
Cures thermales prises en charge par le RO		65 % → 70 % BR	TM	100 % BR		
+ frais suppl./an/pers.			125 €	125 €		
DENTAIRE						
			Réseau sévéane	Hors réseau	Réseau sévéane	Hors réseau
Soins conservateurs (<i>suivi, détartrage...</i>) hors Inlays/Onlays		70 % BR	TM		125 % BR	
Inlays/Onlays		70 % BR	TM		200 % BR	
Prothèses dentaires prises en charge par le RO (y compris inlay core)		70 % BR	230 % BR		300 % BR	
Prothèses dentaires non prises en charge par le RO/an/pers.		-	250 €		250 €	
Orthodontie	prise en charge par le RO	100 % BR	200 % BR		300 % BR	
	non prise en charge par le RO/an/pers.	-	-		-	
Parodontologie/an/pers.		-	50 €	-	50 €	-
Implantologie/an/pers.		-	6,2 % PMSS	5 % PMSS	6,2 % PMSS	5 % PMSS
OPTIQUE (1 équipement [2 verres + 1 monture] tous les 2 ans, sauf évolution de la vue, 1 équipement par an, dans la limite des montants min. et max. prévus par le contrat responsable, pour les - 18 ans, un équipement par an.						
Équipement (<i>dont montant max pour la monture 150 €</i>) :						
- avec 2 verres simples		60 % BR	470 €		60 % BR + 470 €	
- avec 1 verre simple et un verre complexe		60 % BR	535 €		60 % BR + 535 €	
- avec 2 verres complexes		60 % BR	600 €		60 % BR + 600 €	
- avec 1 verre simple et 1 verre très complexe		60 % BR	560 €		60 % BR + 560 €	
- avec 1 verre complexe et 1 verre très complexe		60 % BR	625 €		60 % BR + 625 €	
- avec 2 verres très complexes		60 % BR	650 €		60 % BR + 650 €	
Opticiens partenaires Sévéane		-	inclus		inclus	
Lentilles y compris jetables	prises en charge ou non par le RO/an/pers.	60 % BR	TM		100 % BR	
	supplément /an et par pers.	-	320 €		320 €	
Chirurgie réfractive/an/pers.		-	1 000 €		1 000 €	
PRÉVENTION ET SANTÉ AU QUOTIDIEN						
Moyens contraceptifs/vaccins prescrits non pris en charge par RO/an/pers.		-	50 €		50 €	
Sevrage tabagique /an/pers. (<i>après intervention RO</i>)		50 €	50 €		100 €	
Actes de prévention responsables pris en charge par le RO		Inclus	Inclus		Inclus	
SERVICES						
Assistance/Infos santé		-	Inclus		Inclus	
Tiers payant généralisé		-	Inclus		Inclus	



Une **formule 3** avec des garanties maximales pour de meilleurs remboursements

		RO	FORMULE 3	TOTAL		
HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIR., MATERNITÉ						
Frais de séjour	en secteur conventionné	80 % BR	100 % FR	100 % FR		
	en secteur non conventionné	80 % BR	TM	500 % BR		
Honoraires	médecin adhérent CAS	80 % BR	TM	280 % BR		
	médecin non adhérent CAS		TM	200 % BR		
Transport pris en charge par le RO		65 % BR	TM	265 % BR		
Forfait journalier		-	100 % FR	100 % FR		
Chambre particulière (par jour)		-	45 €	45 €		
Lit + repas d'accompagnement (par jour) d'une personne assurée de - 14 ans ou de + 70 ans.		-	40 €	40 €		
Hospitalisation dans un pays étranger		80 % BR à 100 % BR → 100 % BR	TM	200 % BR		
LE + MATERNITÉ						
Forfait naissance ou adoption		-	20 % PMSS	20 % PMSS		
Procréation médicale assistée/an/pers.		-	200 €	200 €		
SOINS COURANTS						
Pharmacie prescrite prise en charge par le RO		15 % → 100 % BR	TM	100 % BR		
Médecins généralistes et spécialistes	médecin adhérent CAS	70 % BR	TM	270 % BR		
	médecin non adhérent CAS		TM	200 % BR		
Forfait médecine douce/an/pers. (ostéopathe, étioopathe, chiropracteur, homéopathe, nutritionniste, acupuncteur)		-	100 €	100 €		
Auxiliaires médicaux, examens, laboratoire		60 % BR	TM	260 % BR		
Radiologie	médecin adhérent CAS	70 % BR	TM	270 % BR		
	médecin non adhérent CAS		TM	200 % BR		
Transport pris en charge par le RO		65 % BR	TM	265 % BR		
Appareillage hors prothèses auditives		60 % BR	TM	260 % BR		
Prothèses auditives		60 % BR	TM	100 % BR		
+ forfait suppl./oreille tous les 3 ans		-	300 €	300 €		
Cures thermales prises en charge par le RO		65 % → 70 % BR	TM	100 % BR		
+ frais suppl./an/pers.			175 €	175 €		
DENTAIRE						
			Réseau sévéane	Hors réseau	Réseau sévéane	Hors réseau
Soins conservateurs (suivi, détartrage...) hors Inlays/Onlays		70 % BR	TM			125 % BR
Inlays/Onlays		70 % BR	TM			300 % BR
Prothèses dentaires prises en charge par le RO (y compris inlay core)		70 % BR	330 % BR			400 % BR
Prothèses dentaires non prises en charge par le RO/an/pers.		-	355 €			355 €
Orthodontie	prise en charge par le RO	100 % BR	300 % BR			400 % BR
	non prise en charge par le RO/an/pers.	-	-			150 €
Parodontologie/an/pers.		-	150 €	-		150 €
Implantologie/an/pers.		-	12,4 % PMSS	5 % PMSS		12,4 % PMSS
						5 % PMSS
OPTIQUE (1 équipement (2 verres + 1 monture) tous les 2 ans, sauf évolution de la vue, 1 équipement par an, dans la limite des montants min. et max. prévus par le contrat responsable, pour les - 18 ans, un équipement par an.						
Équipement (dont montant max pour la monture 150 €) :						
- avec 2 verres simples		60 % BR	470 €			60 % BR + 470 €
- avec 1 verre simple et un verre complexe		60 % BR	557,50 €			60 % BR + 557,50 €
- avec 2 verres complexes		60 % BR	645 €			60 % BR + 645 €
- avec 1 verre simple et 1 verre très complexe		60 % BR	560 €			60 % BR + 560 €
- avec 1 verre complexe et 1 verre très complexe		60 % BR	647,50 €			60 % BR + 647,50 €
- avec 2 verres très complexes		60 % BR	650 €			60 % BR + 650 €
Opticiens partenaires Sévéane		-	inclus			inclus
Lentilles y compris jetables	prises en charge ou non par le RO/an/pers.	60 % BR	TM			100 % BR
	supplément/an et par pers.	-	320 €			320 €
Chirurgie réfractive/an/pers.		-	1 000 €			1 000 €
PRÉVENTION ET SANTÉ AU QUOTIDIEN						
Moyens contraceptifs/vaccins prescrits non pris en charge par RO/an/pers.		-	60 €			60 €
Sevrage tabagique/an/pers. (après intervention RO)		50 €	50 €			100 €
Actes de prévention responsables pris en charge par le RO		Inclus	Inclus			Inclus
SERVICES						
Assistance/Infos santé		-	Inclus			Inclus
Tiers payant généralisé		-	Inclus			Inclus



MODE D'EMPLOI

Comment et dans quels cas, devez-vous utiliser les documents remis ?

Vous adhérez à la complémentaire santé d'entreprise :

1 - Vous complétez le bulletin d'affiliation en indiquant vos éventuels ayants droit assurés

2 – Vous envoyez à votre employeur, l'ensemble des justificatifs correspondant à votre situation :

- le bulletin d'affiliation joint ci-après,
- un mandat de prélèvement SEPA joint ci-après,
- un Relevé d'Identité Bancaire,
- la photocopie de votre attestation de droits à l'assurance maladie,
- la photocopie des attestations de droits à l'assurance maladie de vos éventuels ayants droit qui bénéficieront de la complémentaire santé d'entreprise,
- la photocopie des certificats de scolarité / conventions d'apprentissage de vos éventuels enfants assurés,

3 - Vous résiliez votre complémentaire santé ou mutuelle individuelle grâce au document joint ci-après,

4 - Vous complétez l'attestation d'assurance d'affiliation groupe (vos nom et prénoms ainsi que ceux de vos ayants droit) avant de la retourner à votre employeur pour validation, voir document ci-après..

Ces documents à remettre dès que possible à votre employeur, permettront d'enregistrer vos garanties et de vous faire parvenir vos cartes de Tiers-Payant au plus vite.

Vous n'adhérez pas à la complémentaire santé d'entreprise en application d'un cas de dispense : Dans ce cas, vous remplissez et signez la liste d'émergence de l'entreprise en indiquant votre cas de dispense ; vous devez également faire parvenir à votre entreprise le justificatif nécessaire :

- o Vous êtes en CDD d'une durée inférieure ou égale à 2 mois.

Pas de justificatif à fournir.

- o Vous bénéficiez de la CMUC ou de l'ACS.

Justificatif à fournir : tout document attestant de la décision administrative et de votre prise en charge par un organisme ; à noter que ce cas de dispense ne peut être exercé que jusqu'à la date laquelle vous bénéficiez du dispositif CMUC ou ACS.

- o Vous bénéficiez par ailleurs d'une couverture santé individuelle pour le même type de garanties.

Justificatif à joindre : attestation de couverture ; à noter que ce cas de dispense ne peut être exercé que jusqu'à l'échéance de votre contrat individuel : vous devez signaler à votre entreprise à quelle date elle devra vous affilier au régime.

- o Vous bénéficiez par ailleurs d'une couverture santé collective (par le biais du conjoint par exemple.

Justificatif à joindre et à renouveler chaque année : tout document attestant de votre couverture santé collective.

RESILIATION COUVERTURE SANTE INDIVIDUELLE

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

Le à

Objet : résiliation couverture santé individuelle
N° contrat santé :
Lettre Recommandée avec Accusé de Réception

Madame, Monsieur,

Par ce courrier, je vous informe de mon souhait de résilier mon contrat de couverture santé individuelle, cité en référence, en date du Ma demande est motivée par l'obligation qui m'est faite d'adhérer à un régime collectif obligatoire souscrit par mon employeur, _____ selon le décret du 9/01/2012 et la circulaire du 25/09/13 (article R.242-1-1 du code de la SS).

Vous remerciant par avance de bien vouloir me confirmer votre accord par retour, me faire parvenir une attestation de fin de garantie et procéder à l'annulation de la télétransmission des décomptes de mon régime de base, ainsi qu'au remboursement des cotisations pour les périodes non dues.

Recevez mes salutations.

Signature

Bulletin d'affiliation Prévoyance-Santé



Afin d'éviter une mise en instance de votre demande d'affiliation l'assureur attire votre attention sur l'importance du présent bulletin qui doit **IMPÉRATIVEMENT être daté, signé et renseigné de tous les éléments demandés.**

Identification de l'affilié(e)

Nom : Prénom (s) :
 Adresse :
 Code postal : Commune :
 Téléphone : Email :
 Numéro d'immatriculation RO ⁽¹⁾ : Numéro organisme affiliation RO ⁽¹⁾ :
 Date de naissance : Lieu de naissance :
 Situation : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Pacsé(e) Séparé(e) de corps judiciairement Vivant en concubinage
 Fonction : Date d'affiliation : Salarié à employeurs multiples : Oui Non
 Catégorie : Cadres Non cadres Autres À préciser :
 Traitement annuel brut ⁽²⁾ : Taux de temps de travail % si inférieur à 100 %, préciser la raison : personnelle médicale ⁽³⁾
 Date de suspension du contrat de travail : Date de retour prévue :
 Motif : Maternité Arrêt de travail Invalidité Congé parental Congé formation Congé sabbatique Autre :

⁽¹⁾ Régime obligatoire de protection sociale ⁽²⁾ Correspondant au temps travaillé ⁽³⁾ Vous devez obligatoirement compléter le questionnaire de santé

Identification de l'entreprise

RAISON SOCIALE (ou cachet) :	NUMÉROS DES CONTRATS (GROUPE, INDIVIDUEL, PRÉTS) GARANTISSANT L'AFFILIÉ(E) CONTRAT(S)	SOUS-CONTRAT(S)		
	RÉSERVÉ À LA COMPAGNIE			
	N° DE CONTRAT	N° D'AFFILIATION	EFFET	PTF

Identification du conjoint, partenaire ou concubin et des enfants à charge uniquement si souscription d'un contrat santé

Nom - Prénoms	Date de naissance	Rattach RO		N° immatriculation RO	N° org. affiliation RO
		Père	Mère		

Affiliation à un contrat Santé et, le cas échéant, de vos ayants droit rattachés au contrat

Joindre un RIB (relevé d'identité bancaire) et obligatoirement la photocopie de votre attestation Vitale et, le cas échéant, celle de vos ayants droit rattachés au contrat.

Affiliation obligatoire des ayants droit du salarié

Adulte - Nombre : Enfant - Nombre :

Si une/des garantie(s) optionnelle(s) est/sont prévue(s) au contrat : indiquer votre/vos choix :

Affiliation au contrat Prévoyance : attribution du bénéfice du capital décès

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.

Si vous désirez que la prestation garantie ne soit pas attribuée suivant la clause type contractuelle prévue dans la notice d'information, vous devez désigner expressément le(s) bénéficiaire(s) de votre choix en indiquant ci-après leur(s) nom(s), (nom de jeune fille pour les femmes mariées), prénom(s), date(s) et lieu(x) de naissance, après avoir pris connaissance des recommandations figurant, au verso, à la rubrique «Avis à l'affilié».

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

À défaut :

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions relatives à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, ci jointes au verso. Vos données peuvent être utilisées pour vous proposer des offres commerciales du groupe Groupama et de ses partenaires. Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre . Vous souhaitez recevoir ces offres commerciales via votre adresse mail ou par SMS : oui non . Si vous souhaitez vous abonner à notre newsletter, cochez la case ci-contre .

Signature

- Je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de mon affiliation conformément à l'article L.113-8 du Code des assurances.
- Je soussigné certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations servant de base à l'affiliation au(x) contrat(s) dont je prends la responsabilité même si elles sont écrites par une autre personne.
- J'atteste par ailleurs avoir pris connaissance de l'avis à l'affilié figurant au verso.

Fait à

Le

Signature de l'affilié
précédée de la mention « Lu et approuvé »

Avis à l'affilié

Contrat Frais de Santé - Information à l'affilié

Au titre des contrats Frais de santé, les remboursements peuvent être effectués à partir de la télétransmission à Groupama Gan Vie par votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'image de vos décomptes du régime obligatoire de protection sociale. Pour cela, Groupama Gan Vie transmet à votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie, votre identification et celles des membres de votre famille : nom, date de naissance, numéro du régime obligatoire de protection sociale.

Si vous utilisez la carte vitale, vous autorisez le professionnel de santé à adresser un relevé d'information à l'assureur pour permettre la mise en œuvre du versement des prestations. Vous autorisez également l'échange d'informations avec votre régime obligatoire de protection sociale dans la seule fin du traitement des prestations. Vous pouvez à tout moment, conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous opposer à la communication de ces informations, en écrivant à la Direction Qualité/Réclamations - Gan Assurances - Immeuble Michelet - 4,8 cours Michelet - 92082 La Défense Cedex - Tél. : 01 70 94 21 02 - E-mail : reclamation@gan.fr

Attribution bénéficiaire contractuelle

Prévoyance

Sauf stipulation contraire valable au jour du décès, le capital garanti reviendra au conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps judiciairement, ou au partenaire survivant lié à l'affilié par un pacte civil de solidarité, à défaut aux enfants de l'affilié nés et à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession et à défaut à ses autres héritiers.

Rente de conjoint

Célibataire, veuf, divorcé ou séparé de corps judiciairement, sauf l'affilié lié par un PACS et celui vivant en concubinage : Sauf stipulation contraire valable au jour du décès, le capital garanti (à l'exclusion donc de toute rente de conjoint, de partenaire lié par un PACS ou de concubin) reviendra aux enfants de l'affilié nés et à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession et à défaut à ses autres héritiers.

RECOMMANDATIONS

Votre ou vos contrat(s) prévoi(en)t une clause bénéficiaire type qui permet avec certitude de régler le capital décès pour la plupart des situations familiales les plus courantes.

Si la clause contractuelle n'est pas adaptée à votre situation familiale ou ne correspond pas à votre volonté, vous avez la possibilité de rédiger une désignation bénéficiaire particulière.

Elle doit être rédigée sans ambiguïté ni rature et aussi clairement que possible.

Vous trouverez ci-après quelques conseils non exhaustifs. N'hésitez pas à nous consulter.

Si vous souhaitez désigner :

• VOTRE CONJOINT (la personne à laquelle vous êtes uni(e) par le mariage) OU VOTRE PARTENAIRE DE PACS :

Éviter la désignation du conjoint ou partenaire en sa qualité et ses nom et prénom (par exemple indiquer « mon conjoint » ou « mon partenaire de PACS » et non, par exemple : « mon conjoint Anne Dupont », ce mode de désignation étant litigieux en cas de divorce ou de rupture de PACS. Par ailleurs, si vous désignez votre conjoint ou partenaire exclusivement par ses nom et prénom (Ex : « Anne Dupont ») sachez que cette désignation peut persister malgré le divorce ou la rupture du PACS.

• **VOTRE CONCUBIN** : le nommer expressément par ses nom et prénom, préciser sa date de naissance et son lieu de naissance. Ce mode de désignation implique un suivi de la clause en cas de rupture de la vie commune.

• **VOS ENFANTS** : Si votre volonté est de protéger tous vos enfants, éviter de les désigner nominativement. Adoptez la formule « Mes enfants nés et à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession. » La mention « représentés » implique que les descendants d'un enfant décédé deviendraient bénéficiaires à sa place (par exemple, les petits-enfants de l'affilié).

• **PLUSIEURS BÉNÉFICIAIRES DE RANGS DIFFÉRENTS** : les désigner selon le rang souhaité et faire suivre la désignation de premier rang de la mention « à défaut... » et ainsi de suite pour les bénéficiaires subsidiaires.

• **PLUSIEURS BÉNÉFICIAIRES DE MÊME RANG** : indiquer précisément la répartition en pourcentage ou en parts.

Préciser les modalités des désignations subséquentes* :

- **Si bénéficiaires par parts égales** : par exemple « par parts égales entre eux et, en cas de décès de l'un ou plusieurs d'entre eux, la totalité de la part ou de leurs parts revenant alors aux survivants et ce par parts égales ».

- **Si bénéficiaires par parts inégales** : exprimer la part attribuée en pourcentage (ne pas mentionner de montant en euros) et ajouter, par exemple : « en cas de décès de l'un ou plusieurs d'entre eux, la part ou leurs parts seront réparties également entre les survivants ».

Toujours vérifier que la somme de toutes les parts soit bien égale à 100%.

* La clause bénéficiaire doit prévoir des bénéficiaires de remplacement, appelés « bénéficiaires subséquents », dans le cas où les bénéficiaires initialement désignés à titre gratuit ne sont plus en vie au moment du règlement des capitaux. Indiquer par exemple, « à défaut, mes héritiers » à la fin de la clause.

Si vous avez choisi une désignation de bénéficiaire particulière, veillez à la réactualiser notamment en cas d'évolution de votre situation familiale (mariage, divorce, PACS, naissance d'enfant, etc.) ou de changement de votre volonté.

Acceptation de l'attribution bénéficiaire

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.

L'attribution faite au profit d'un bénéficiaire déterminé devient irrévocable par l'acceptation de celui-ci dans les conditions ci-dessus.

Informatique et Libertés

Les données personnelles vous concernant sont traitées dans le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la gestion des garanties. Elles sont destinées à l'intermédiaire d'assurance, votre assureur et son distributeur, à ses prestataires ou sous-traitants, réassureurs, ainsi qu'aux organismes professionnels et administratifs dans le cadre d'obligations légales. Elles peuvent être par ailleurs 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, vos données peuvent être transmises à des organismes professionnels de lutte contre la fraude ainsi qu'à des enquêteurs certifiés. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition sans frais, en vous adressant par courrier à la Direction Qualité/Réclamations - Gan Assurances - Immeuble Michelet - 4/8 cours Michelet - 92082 La Défense Cedex.

Groupama Gan Vie – Direction Collectives – Immeuble Michelet – 4-8 cours Michelet – 92082 La Défense Cedex – Tél. : 01 70 94 20 00

Groupama Gan Vie – Direction Collectives – Centre Commercial Grand Maine – 49044 Angers Cedex 01 – Tél. : 02 41 22 50 00

Gan Assurances

Compagnie Française d'Assurances et de Réassurances

Société anonyme au capital de 109 817 739 euros (entièrement versé) – RCS Paris 542 063 797 – APE 6512Z

Siège social : 8-10, rue d'Astorg 75008 Paris – Tél. : 01 70 94 20 00 – www.ganassurances.fr

Gan Assurances distribue les produits de **Groupama Gan Vie** – Société anonyme au capital de 1 371 100 605 euros

RCS Paris 340 427 616 – APE : 6511Z – Siège social : 8-10, rue d'Astorg 75008 Paris – Tél. : 01 44 56 77 77

Entreprises régies par le Code des assurances et soumises à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 61, rue Taitbout 75009 Paris



Mandat de Prélèvement SEPA



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Groupama Gan Vie à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte, conformément aux instructions de Groupama Gan Vie.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois, en cas de prélèvement non autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Toute contestation ou annulation abusive de ce prélèvement est susceptible d'engager la responsabilité du débiteur (payeur) vis-à-vis de l'entreprise d'assurance.

GARANTIES

Garanties facultatives de votre contrat de complémentaire santé

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom/Raison Sociale

Prénom(s) Date de naissance

Adresse: N° et Rue

Code postal Commune Pays

IBAN (International Bank Account Number):

à compléter éventuellement si compte à l'étranger.

BIC (Bank Identifier Code):

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

Groupama Gan Vie - 8/10 rue d'Astorg - 75008 Paris

N° ICS : FR44ZZZ102911

(Identifiant Créancier SEPA)

Paiement récurrent / répétitif

Les informations contenues dans le présent mandat, complété, sont destinées à être utilisées par le créancier pour la seule gestion de sa relation avec vous. Elles pourront donner lieu à l'exercice des droits d'accès, de rectification et d'opposition, tels que prévus par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Signature du titulaire du compte

Date:

Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire (R.I.B.).

Gan Assurances - Compagnie française d'assurances et de réassurances - Société anonyme au capital de 109 817 739 euros (entièrement versé) RCS Paris 542 063 797 - APE: 6512Z
Siège social: 8-10, rue d'Astorg 75008 Paris - Tél.: 01 70 94 20 00 - www.ganassurances.fr

Gan Assurances distribue les produits de Groupama Gan Vie - Société anonyme au capital de 1 371 100 605 euros
RCS Paris 340 427 616 - APE: 6511Z - Siège social: 8-10, rue d'Astorg 75008 Paris - Tél.: 01 44 56 77 77

Entreprises régies par le Code des assurances et soumises à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout 75009 Paris

Direction Qualité/Réclamations - Gan Assurances - Immeuble Michelet - 4-8, cours Michelet - 92082 La Défense Cedex
e-mail: reclamation@gan.fr



Questionnaire de santé



Nom : _____ Prénom(s) : _____ Date de naissance : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Adresse : _____

Code Postal : [] [] [] [] [] [] Ville : _____

Profession : _____

Entreprise : _____ N° contrat : _____

TRÈS IMPORTANT

- Article L.113-8 du Code des assurances** : Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, le contrat d'assurance est nul, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré(e), quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré(e) a été sans influence sur le sinistre.
- Lisez très attentivement le questionnaire ci-dessous** : L'assureur attire votre attention sur l'importance de ce questionnaire qui doit, impérativement, comporter une réponse à toutes les questions, être daté et signé.
- Confidentialité** : Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire de santé, vous pouvez les transmettre sous pli cacheté au médecin-conseil de l'assureur à l'adresse suivante : Service Médical Collectives - Immeuble Michelet - 4-8 Cours Michelet - 92082 La Défense Cedex. Cependant si parmi ces réponses, vous avez répondu Oui à au moins l'une d'entre elles, **vous êtes formellement invité(e)** à transmettre ce questionnaire de santé sous pli cacheté au médecin-conseil de l'assureur à l'adresse ci-dessus.

1 - Votre taille : [] [] [] [] [] [] cm - Votre poids : [] [] [] [] [] [] kg

2 - Au cours des **10 dernières années**, avez-vous été hospitalisé(e) et/ou subi des interventions chirurgicales y compris par endoscopie (autres que césarienne, appendicectomie, ablation des amygdales et des végétations ou de la vésicule biliaire) ? Non Oui

Nature de/des hospitalisation(s) : _____

Date(s) : _____

Nature de/des intervention(s) chirurgicale(s) : _____

Date(s) : _____

3 - Au cours des **5 dernières années**, avez-vous :

a) consulté pour la colonne vertébrale (exemples : hernie discale, lombalgie, sciatique...) ou pour une atteinte articulaire ou rhumatismale (exemples : épaule, genou, hanche...)? Non Oui

Précisez : _____

Date(s) : _____

b) consulté pour des troubles psychiques (exemples : anxiété, dépression, fatigue, stress, surmenage...)? Non Oui

Précisez : _____

Date(s) : _____

c) consulté pour un souffle cardiaque ? Non Oui

Précisez : _____

Date(s) : _____

d) consulté pour des troubles respiratoires (exemples : asthme, bronchite récidivante...)? Non Oui

Précisez : _____

Date(s) : _____

e) été atteint(e) d'une maladie ayant motivé un arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé et/ou un traitement médical (hors congé légal de maternité) de plus de **30 jours** ? Non Oui

Laquelle ? _____

Durée de l'arrêt de travail : _____

Nature du traitement médical : _____

Date(s) : _____

f) été victime d'un accident ayant motivé un arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé et/ou un traitement médical de plus de **30 jours** ? Non Oui

Date de l'accident : _____

Nature des blessures : _____

Durée de l'arrêt de travail : _____

Subsiste-t-il des séquelles ? _____

Lesquelles ? _____

Nature du traitement médical : _____

g) suivi un traitement par laser, rayons ou chimiothérapie ? Non Oui

Précisez : _____

Date(s) : _____

Durée(s) : _____

4 - Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité à l'un des virus de l'immunodéficience humaine (VIH), de l'hépatite B (VHB), de l'hépatite C (VHC) dont l'un des résultats indique la mention « positif » ? Non Oui

Lequel ou lesquels ? _____

A quelle(s) date(s) ? _____

5 - Êtes-vous ou avez-vous été pris(e) en charge à 100 % (exonération du ticket modérateur / remboursement à 100 % des frais médicaux) pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des **15 dernières années** ? Non Oui

Pourquoi ? _____

Date(s) : _____

Durée(s) : _____

6 - Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous eu plus de 3 arrêts de travail sur prescription médicale quelle qu'en soit la durée et/ou des examens médicaux (exemples : radiologie, cardiologie, laboratoire...) dans un autre cadre que celui de la prévention systématique ? Non Oui

Date(s) : _____

Durée(s) : _____

Lesquels ? _____

Pourquoi ? _____

Résultats (à joindre si possible) : _____

7 - Êtes-vous, actuellement, en arrêt de travail total ou partiel sur prescription médicale pour raison de santé (hors congé légal de maternité) ? Non Oui

Pour quelle raison ? _____

Depuis quelle date ? _____

Date prévue de la reprise : _____

8 - Vous savez-vous atteint(e) d'une maladie et/ou d'une affection quelconque ? Non Oui

Laquelle ? _____

Depuis quelle date ? _____

9 - Faites-vous l'objet d'un suivi médical et/ou d'un traitement médical (exemples : tranquillisants, traitement pour le cholestérol, le diabète, l'hypertension artérielle...) ? Non Oui

Pour quelle raison ? _____

Nature du suivi médical et/ou du traitement médical : _____

Depuis quelle date ? _____

10 - Êtes-vous titulaire :

a) d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ? Non Oui

Depuis quelle date ? _____

Pourquoi ? _____

À quel taux ou quelle catégorie ? _____

Quel est l'organisme qui verse la prestation ? _____

b) de l'Allocation pour Adulte Handicapé (AAH) ? Non Oui

Depuis quelle date ? _____

Pourquoi ? _____

À quel taux ? _____

11 - Êtes-vous atteint(e) d'une malformation et/ou avez-vous été amputé(e) d'un membre ? Non Oui

Précisez : _____

Date(s) : _____

12 - Êtes-vous atteint(e) d'un défaut de l'ouïe et/ou de la vue (autre que myopie, presbytie ou astigmatisme) ? Non Oui

Précisez : _____

Origine(s) : _____

13 - Est-il prévu (hors maternité) que, dans les **12 prochains mois**, vous alliez :

a) passer des examens (laboratoire, imagerie médicale, endoscopie...) dans un autre cadre que celui de la prévention systématique ? Non Oui

Nature des examens : _____

Date(s) : _____

b) faire l'objet d'une consultation spécialisée ? Non Oui

Pourquoi ? _____

Date(s) : _____

c) faire l'objet d'un traitement médical et/ou d'une intervention chirurgicale (hors bilan de santé) ? Non Oui

Nature du traitement médical : _____

Type d'intervention chirurgicale : _____

Date(s) : _____

Pourquoi ? _____

Je soussigné(e) _____ certifie l'exactitude et la sincérité des présentes déclarations. Les données personnelles vous concernant sont traitées par l'assureur dans le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la gestion de votre dossier et à la mise en œuvre de vos garanties. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition sans frais, en vous adressant par courrier à l'Assureur.

Vous acceptez expressément le recueil et le traitement des données concernant votre santé. Nécessaires à votre affiliation, à sa gestion et celle de vos garanties, ces données sont traitées dans le respect de la confidentialité médicale. Elles sont exclusivement destinées au médecin-conseil de l'assureur et à son service médical ou personnes habilitées (tels les experts médicaux ou professionnels de santé). Toutefois, si vous avez choisi de ne pas confidentialiser votre questionnaire de santé, les données y figurant sont également destinées aux services de gestion de votre assureur. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition à vos données médicales en vous adressant par courrier postal, accompagné de la photocopie d'une pièce d'identité, au médecin-conseil de votre assureur à l'adresse suivante : Service Médical Collectives - Immeuble Michelet - 4-8 Cours Michelet - 92082 La Défense Cedex.

Fait à _____ le [] [] [] [] [] []

Signature de la personne à affilier [précédée de la mention « lu et approuvé »]

Groupama Gan Vie

Société Anonyme au capital de 1 371 100 605 euros - RCS Paris 340 427 616 - APE : 6511Z - Siège social : 8-10 rue d'Astorg - 75383 Paris Cedex 08 - Tél. : 01 44 56 77 77

Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61 rue Taibout - 75009 Paris

Les produits d'assurance de Groupama Gan Vie sont notamment distribués par Gan Assurances et, sous la marque Gan Eurocourtage, par les courtiers et Gan Prévoyance

Réf. : 3370-230534-052015 - Gan participe à la protection de l'environnement en sélectionnant des imprimiers référencés « imprim'vert » ainsi que des papiers issus de forêts gérées durablement. PAGO/CS

Dossier Alsace Moselle



PROPOSITION SANTE/ PREVOYANCE POUR LES EMPLOYES RELEVANT DE LA CCN IMMOBILIER



Depuis le 01/01/2016, la complémentaire santé est obligatoire pour tous les salariés en entreprise. GAN Assurances en partenariat avec la SOCAF vous propose des solutions adaptées pour répondre aux besoins des chefs d'entreprise et de leurs salariés. La complémentaire santé doit être prise au minimum à 50 % par l'employeur.

➤ LE CHOIX DES GARANTIES POUR L'EMPLOYEUR ET LE SALARIE

EN PREVOYANCE: une cotisation unique pour les cadres, **2 choix de formule** pour les non-cadres et une cotisation en fonction de leur tranche de salaire

EN SANTE: l'entreprise règle les cotisations pour le salarié à hauteur de 50 % minimum avec 3 choix de formule de garanties. Une **1^{ère} formule** qui répond aux obligations légales et **2 autres formules** avec des **garanties renforcées** et **des tarifs spécialement négociés pour les clients SOCAF**.

➤ LES AVANTAGES A SOUSCRIRE LA PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE SANTE GAN

- De meilleures garanties pour un meilleur tarif
- Une mutuelle vous garantissant une totale liberté
- Une formule 3 particulièrement adaptée aux familles avec un niveau de garantie maximal :
 - Des remboursements en optique renforcés pour les **fortes corrections**
 - Des garanties élevées pour les **frais d'hospitalisation**
 - Une couverture supérieure en soin dentaire et notamment en **orthodontie**

➤ UNE SOUSCRIPTION SIMPLIFIEE ET RAPIDE

La garantie prévoyance s'adresse à tous les salariés, la complémentaire santé concerne les salariés et les éventuels ayants droits (conjoint/pacs/concubin/enfants à charge...)

La souscription est simple, il suffit pour :

- ✓ Le représentant de remplir la « proposition de contrat » + « l'état nominatif du personnel » + envoyer un kbis avec pièce d'identité
- ✓ Chaque employé de remplir un bulletin individuel d'affiliation accompagné des documents demandés
- ✓ Le gestionnaire GAN vous répond sous 48H et si le dossier est complet, vos salariés obtiennent leurs codes pour gérer leur contrat

VOUS POUVEZ CHANGER DE MUTUELLE SANTE AVANT LE 31 OCTOBRE 2016

Chaque salarié peut bénéficier de sa couverture santé jusqu'à la prochaine échéance, cependant afin de changer pour la complémentaire santé entreprise GAN -SOCAF, vous devez adresser une demande de résiliation à votre assureur 2 mois avant son échéance, soit généralement avant le 31 OCTOBRE pour une échéance au 31 DECEMBRE.

NOTICE D'INFORMATION POUR VOUS ACCOMPAGNER

VOUS SOUHAITEZ SOUSCRIRE A NOTRE « **OFFRE SANTE / PREVOYANCE** »

➤ Remplissez « **La proposition de souscription** » :

1. Compléter les informations sur votre entreprise en page 1
2. SI VOUS SOUHAITEZ PRENDRE NOTRE OFFRE PREVOYANCE, (2^{ème} page de la proposition) :
 - ✚ Indiquez le nombre de « cadre » dans votre société et cochez la formule unique
 - ✚ Indiquez le nombre de « non – cadre » et cochez la formule que vous avez choisie pour vos salariés
3. SI VOUS SOUHAITEZ PRENDRE NOTRE OFFRE SANTE, (3^{ème} page de la proposition) :
 - ✚ Les tarifs indiqués sur le bordereau dépendent du régime auquel vous appartenez. Pour information, le régime local correspond au régime ALSACE/MOSELLE, le régime général est pour tous les autres départements.
 - ✚ CHOISIR SA FORMULE ET SES OPTIONS :
 1. Choisissez la formule que vous souhaitez :
 - une offre distincte en fonction du statut de vos salariés (cadre / non-cadre)
 - ou une offre globale – ensemble du personnel (tous les salariés, peu importe leur statut)
 2. Une fois que vous avez effectué ce choix, Cochez la formule que vous souhaitez prendre en vous reportant aux tableaux de garantie ci-joint
 3. Si vous choisissez de prendre la formule 3, vous bénéficiez de l'offre santé la plus complète, vos salariés n'ont pas besoin de prendre une option complémentaire. En revanche, avec GAN, vous avez la possibilité de prendre une garantie santé avec un socle formule 1 ou 2 et laisser vos salariés choisir de prendre des options complémentaires personnelles, qu'ils pourront souscrire directement avec nous pour compléter l'offre en fonction de leur besoin.

➤ Remplissez « **L'état nominatif du personnel assuré** »

- ✚ A compléter par catégorie – Un état pour l'ensemble des cadres, un état pour l'ensemble des non-cadres,

➤ Faites Remplir « **Le bulletin d'affiliation prévoyance-santé** »

- ✚ A chaque salarié – ce document permet, entre autre, au salarié concerné de choisir une option supplémentaire au régime choisi par l'employeur (la part de prime en complément sera automatiquement prélevée sur son compte personnel et uniquement dans ce cas, il devra compléter le MANDAT SEPA joint,

➤ Faites Remplir « **Le questionnaire de santé** »

- ✚ A compléter uniquement pour les salariés qui sont cadres

➤ Signer l'ensemble des documents et retourner le tout par mail sur l'adresse **p.polus@saa-assurances.fr** ou **a.gaudet@saa-assurance.fr**

- ✚ Priscillia Polus et Alix Gaudet restent à votre disposition pour vous aider à compléter votre proposition de souscription au **[01.70.64.41.82](tel:01.70.64.41.82)** ou au **[01.70.64.41.86](tel:01.70.64.41.86)**.



Cabinet
Jérôme Votte

Imprimer le formulaire



PROPOSITION DE SOUSCRIPTION CCN IMMOBILIER - OFFRES SANTE ET PREVOYANCE

La présente proposition n'engage ni l'entreprise, ni l'assureur. Seul le contrat constate leurs engagements réciproques. Tout règlement qui pourrait accompagner cette proposition ne préjuge pas de l'engagement de l'assureur et tiendra lieu d'acompte lors de la régularisation du contrat.

ENTREPRISE SOUSCRIPTRICE

N° SIRET _____

Raison sociale _____

Sigle / Enseigne _____ ☎ _____

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____

E-mail _____ @ _____

Adresse de correspondance _____

Code postal _____ Commune _____

Forme juridique _____ Date de création _____

Représentant _____ Qualité _____

☎ _____ ☎ _____ ☎ _____ @ _____

ACTIVITE

CODE NAF _____

Activité principale exercée _____

EFFECTIF

NOMBRE TOTAL DE SALARIES _____

Cadres _____ Non cadres _____

Autres (préciser) _____

Cadre réservé - Ne rien compléter - Aller à la page suivante

Offre SOCAF – GAN Assurances

Nom de l'agence : Cabinet VOTTE

Chargé de Missions :

Inspecteur : Mme Anne-Caroline CABY

Code Groupe : 765 420 V

Code Groupe :

Code Groupe :

AG seul	
AG+CM	

Pièces à adresser à l'agence pour vérification



GARANTIES DEMANDEES

Mise en œuvre des garanties PREVOYANCE

(Niveau supérieur à celui prévu par la Convention collective nationale de l'immobilier, selon l'option cochée ci-dessous)

CADRES <input type="checkbox"/>		NON CADRES <input type="checkbox"/>	
Effectif		Effectif	
<input type="checkbox"/> FORMULE UNIQUE	<input type="checkbox"/> FORMULE 1	<input type="checkbox"/> FORMULE 2	
Taux de cotisation (en % des salaires annuels bruts) : - Tranche A : 1,50 % - Tranche B : 2,07 %	Taux de cotisation (en % des salaires annuels bruts) : - Tranche A : 0,38 % - Tranche B : 0,38 %	Taux de cotisation (en % des salaires annuels bruts) : - Tranche A : 0,46 % - Tranche B : 0,46 %	

Date d'effet :

Des salariés sont-ils en arrêt de travail à la date de signature de la proposition de souscription ?

Oui Non

Gan Assurances

Compagnie française d'assurances et de réassurances - Société anonyme au capital de 109 817 739 euros (entièrement versé) - RCS Paris 542 063 797 - APE : 6512Z
Siège social : 8-10, rue d'Astorg - 75008 Paris - Tel. : 01 70 94 20 00 - www.ganassurances.fr
Direction Qualité / Réclamations - Gan Assurances - Immeuble Michelet- 4-8, cours Michelet - 92082 La Défense Cedex - E-mail : reclamation@gan.fr
Gan Assurances distribue les produits de Groupama Gan Vie - Société anonyme au capital de 1 371 100 605 euros - RCS Paris 340 427 616 - APE : 6511Z -
Siège social : 8-10, rue d'Astorg - 75008 Paris - Tél. : 01 44 56 77 77
Entreprises régies par le code des assurances et soumises à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout - 75009 Paris09

Mise en œuvre des garanties SANTE

(Niveau supérieur à celui prévu par la Convention collective nationale de l'immobilier, selon l'option cochée ci-dessous)

Les participants doivent acquitter obligatoirement la cotisation correspondante à leur situation de famille réelle. Les taux de cotisations ci-dessous sont exprimés en pourcentage du plafond de la sécurité sociale*.

Régime général en % du PMSS *

Régime général	Socle F1 (Obligatoire)	Option F2 (Facultatif)	Option F3 (Facultatif)
Adulte	1,27%	1,76%	2,93%
Enfant	0,69%	1,00%	1,64%

Gratuité au 3ème enfant

Régime général	Socle F2 (Obligatoire)	Option F3 (Facultatif)
Adulte	1,66%	2,84%
Enfant	0,94%	1,58%

Gratuité au 3ème enfant

Régime général	Socle F3 (Obligatoire)
Adulte	2,60%
Enfant	1,45%

Gratuité au 3ème enfant

Régime général en % du PMSS *

Régime local	Socle F1 (Obligatoire)	Option F2 (Facultatif)	Option F3 (Facultatif)
Adulte	0,63%	1,36%	2,33%
Enfant	0,41%	0,75%	1,27%

Gratuité au 3ème enfant

Régime local	Socle F2 (Obligatoire)	Option F3 (Facultatif)
Adulte	1,21%	2,19%
Enfant	0,68%	1,21%

Gratuité au 3ème enfant

Régime local	Socle F3 (Obligatoire)
Adulte	1,99%
Enfant	1,10%

Gratuité au 3ème enfant

* Plafond mensuel de la sécurité sociale en 2016 = 3 218 €

Formule choisie par l'entreprise (un socle unique pour un même collègue)

CADRES <input type="checkbox"/>	NON CADRES <input type="checkbox"/>	Ensemble du personnel <input type="checkbox"/>																																																
Effectif _____	Effectif _____	Effectif _____																																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Régime général</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Socle F1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Socle F2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Socle F3</td></tr> <tr> <th colspan="2">Régime local</th> </tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Socle F1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Socle F2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Socle F3</td></tr> </tbody> </table>	Régime général		<input type="checkbox"/>	Socle F1	<input type="checkbox"/>	Socle F2	<input type="checkbox"/>	Socle F3	Régime local		<input type="checkbox"/>	Socle F1	<input type="checkbox"/>	Socle F2	<input type="checkbox"/>	Socle F3	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Régime général</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Socle F1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Socle F2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Socle F3</td></tr> <tr> <th colspan="2">Régime local</th> </tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Socle F1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Socle F2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Socle F3</td></tr> </tbody> </table>	Régime général		<input type="checkbox"/>	Socle F1	<input type="checkbox"/>	Socle F2	<input type="checkbox"/>	Socle F3	Régime local		<input type="checkbox"/>	Socle F1	<input type="checkbox"/>	Socle F2	<input type="checkbox"/>	Socle F3	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Régime général</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Socle F1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Socle F2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Socle F3</td></tr> <tr> <th colspan="2">Régime local</th> </tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Socle F1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Socle F2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Socle F3</td></tr> </tbody> </table>	Régime général		<input type="checkbox"/>	Socle F1	<input type="checkbox"/>	Socle F2	<input type="checkbox"/>	Socle F3	Régime local		<input type="checkbox"/>	Socle F1	<input type="checkbox"/>	Socle F2	<input type="checkbox"/>	Socle F3
Régime général																																																		
<input type="checkbox"/>	Socle F1																																																	
<input type="checkbox"/>	Socle F2																																																	
<input type="checkbox"/>	Socle F3																																																	
Régime local																																																		
<input type="checkbox"/>	Socle F1																																																	
<input type="checkbox"/>	Socle F2																																																	
<input type="checkbox"/>	Socle F3																																																	
Régime général																																																		
<input type="checkbox"/>	Socle F1																																																	
<input type="checkbox"/>	Socle F2																																																	
<input type="checkbox"/>	Socle F3																																																	
Régime local																																																		
<input type="checkbox"/>	Socle F1																																																	
<input type="checkbox"/>	Socle F2																																																	
<input type="checkbox"/>	Socle F3																																																	
Régime général																																																		
<input type="checkbox"/>	Socle F1																																																	
<input type="checkbox"/>	Socle F2																																																	
<input type="checkbox"/>	Socle F3																																																	
Régime local																																																		
<input type="checkbox"/>	Socle F1																																																	
<input type="checkbox"/>	Socle F2																																																	
<input type="checkbox"/>	Socle F3																																																	

Date d'effet :



INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations et données personnelles sollicitées sont traitées dans le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la gestion de votre adhésion au contrat et des garanties y afférentes. Elles sont destinées à votre intermédiaire d'assurance, à l'assureur et à ses distributeurs, mandataires, prestataires et sous-traitants, aux réassureurs et organismes professionnels. Vous disposez d'un droit d'accès, de communication, de rectification et d'opposition en vous adressant par courrier à la Direction des relations consommateurs - Gan Assurances - Immeuble Michelet - 4-8, cours Michelet 92082 La Défense Cedex - Tél. : 01 70 94 21 02 - E-mail : svpclient@gan.fr. Vous acceptez expressément le recueil et le traitement des données concernant votre santé nécessaires à la gestion des garanties. Ces données sont traitées dans le respect du secret médical. Elles sont exclusivement destinées au médecin conseil de l'assureur et à son service médical. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification en vous adressant au médecin conseil de l'assureur dont les coordonnées vous seront communiquées sur demande à l'adresse indiquée ci-dessus. Vos données, à l'exclusion des données de santé, peuvent être utilisées pour vous proposer des offres commerciales du groupe Groupama et de ses partenaires. Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre .

Je soussigné(e) _____

agissant en qualité de _____

Certifie relever de la Convention collective nationale de l'immobilier (IDCC 1527 – Brochure 3090).

Reconnais avoir reçu et pris connaissance des conditions générales du contrat concerné par la présente proposition auquel je demande à souscrire,

Certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations précédentes servant de base au contrat et j'en prends la responsabilité même si elles sont écrites par une autre personne et reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité du contrat conformément à l'article L. 113-8 du code des assurances,

Demande à souscrire au contrat mentionné ci-dessus pour les garanties demandées,

Reconnais avoir pris connaissance des dispositions relatives à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée ci-dessus.

JOINDRE IMPERATIVEMENT :

- Un extrait KBis de moins 3 mois
- Un état de la totalité des membres affiliables par catégorie bénéficiaire Nb :
- Bulletin d'affiliation Nb :
- Copie de la pièce d'identité du signataire

Fait à _____, le _____

┌ Pour Gan Assurances ───────────┐ ┌ Signature de l'entreprise souscriptrice, ───────────┐
│ │ │ à faire précéder de la mention │
│ │ │ "lu et approuvé" │
└───────────────────────────────────┘ └───────────────────────────────────┘

┌ Cachet et signature ───────────┐ ┌ Cachet et signature ───────────┐
│ │ │ │
└───────────────────────────────────┘ └───────────────────────────────────┘

Gan Assurances

Compagnie française d'assurances et de réassurances - Société anonyme au capital de 109 817 739 euros (entièrement versé) - RCS Paris 542 063 797 - APE : 6512Z

Siège social : 8-10, rue d'Astorg - 75008 Paris - Tel. : 01 70 94 20 00 - www.ganassurances.fr

Direction Qualité / Réclamations - Gan Assurances - Immeuble Michelet- 4-8, cours Michelet - 92082 La Défense Cedex - E-mail : reclamation@gan.fr

Gan Assurances distribue les produits de Groupama Gan Vie - Société anonyme au capital de 1 371 100 605 euros - RCS Paris 340 427 616 - APE : 6511Z -

Siège social : 8-10, rue d'Astorg - 75008 Paris - Tél. : 01 44 56 77 77

Entreprises régies par le code des assurances et soumises à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout - 75009 Paris09



Des **garanties prévoyance** pour répondre à vos obligations conventionnelles

	CADRE	
	Option 1	Option 2
DÉCÈS/IAD TOUTES CAUSES		
<i>Versement d'un capital</i>		
- Célibataire, veuf, divorcé	225 %	225 %
- Marié, pacsé, concubin	300 %	275 %
- Majoration par enfant à charge	75 %	-
DÉCÈS ACCIDENTEL		
Versement d'un capital supplémentaire	100 % du capital décès toutes causes Option 1	
DOUBLE EFFET		
Versement d'un capital supplémentaire en cas de décès du conjoint simultané ou postérieur au décès du salarié	100 % du capital décès toutes causes Option 1	
RENTE D'ÉDUCATION		
<i>Versement d'une rente annuelle au profit de chaque enfant à charge</i>		
- jusqu'au 31/12 de l'année du 12 ^{ème} anniversaire		8 %
- puis du 01/01 de l'année du 13 ^{ème} anniversaire jusqu'au 31/12 de l'année du 17 ^{ème} anniversaire		10 %
- puis du 01/01 de l'année du 18 ^{ème} anniversaire jusqu'au terme de la prestation		12 %
ALLOCATION OBSÈQUES		
En cas de décès du salarié, du conjoint, partenaire, concubin ou d'un enfant à charge âgé de 12 ans et plus	150 % PMSS	
INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL		
<i>IJ sous déduction du RO</i>		
Franchise	- salariés dont l'ancienneté > 1 an : relais mensualisation - salariés dont l'ancienneté < 1 an : 90 jours d'arrêt de travail total et continu consécutif à maladie ou accident non professionnelle	
Prestation	85 %	
INVALIDITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE OU NON		
<i>Rente sous déduction du RO</i>		
- totale (2 ^e et 3 ^e catégorie ou taux d'invalidité au moins égal à 66 %)	85 %	
- partielle (1 ^{ère} catégorie ou 33 % ≤ Taux d'invalidité < 66 %)	51 %	

Prestations sur salaire brut de base TA-TB.

RO : Régime obligatoire de protection sociale.



Des **garanties prévoyance** pour répondre à vos obligations conventionnelles

	NON CADRE	
	Formule 1	Formule 2
DÉCÈS/IAD TOUTES CAUSES		
Versement d'un capital - Quelle que soit la situation de famille	83 %	100 %
DOUBLE EFFET		
Versement d'un capital supplémentaire en cas de décès du conjoint simultané ou postérieur au décès du salarié	100 % du capital décès toutes causes	
ALLOCATION OBSÈQUES		
En cas de décès du salarié, du conjoint, partenaire, concubin ou d'un enfant à charge (<i>limité aux frais réels si enfant < 12 ans</i>)	150 % PMSS	
INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL		
<i>IJ sous déduction du RO</i> Franchise	- salariés dont l'ancienneté > 1 an : relais mensualisation - salariés dont l'ancienneté < 1 an : 90 jours d'arrêt de travail total et continu consécutif à maladie ou accident non professionnel.	
Prestation	66 %	
INVALIDITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE OU NON		
<i>Rente sous déduction du RO</i> - totale (<i>2^e et 3^e catégorie ou taux d'invalidité au moins égal à 66 %</i>)	66 %	
- partielle (<i>1^{ère} catégorie ou 33 % ≤ Taux d'invalidité < 66 %</i>)	36 %	

Prestations sur salaire brut de base TA-TB.

RO : Régime obligatoire de protection sociale.



Une **formule 1** répondant à vos obligations conventionnelles

		RO	FORMULE 1	TOTAL
HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIR., MATERNITÉ				
Frais de séjour	en secteur conventionné	100 % BR	TM	100 % BR
	en secteur non conventionné	100 % BR	TM	100 % BR
Honoraires	médecin adhérent CAS	100 % BR	TM	100 % BR
	médecin non adhérent CAS			
Transport pris en charge par le RO		100 % BR	TM	100 % BR
Chambre particulière (par jour)		-	35 €	35 €
Lit + repas d'accompagnement (par jour) d'une personne assurée de - 14 ans ou de + 70 ans.		-	35 €	35 €
Hospitalisation dans un pays étranger		90 % BR à 100 % BR → 100% BR	TM	100 % BR
LE + MATERNITÉ				
Forfait naissance ou adoption		-	11 % PMSS	11 % PMSS
SOINS COURANTS				
Pharmacie prescrite prise en charge par le RO		15 % → 100 % BR	TM	100 % BR
Médecins généralistes et spécialistes	médecin adhérent CAS	90 % BR	TM	100 % BR
	médecin non adhérent CAS			
Forfait médecine douce/an/pers. (ostéopathe, étioopathe, chiropracteur, homéopathe, nutritionniste, acupuncteur)		-	100 €	100 €
Auxiliaires médicaux, examens, laboratoire		90 % BR	TM	100 % BR
Radiologie	médecin adhérent CAS	90 % BR	TM	100 % BR
	médecin non adhérent CAS			
Transport pris en charge par le RO		100 % BR	TM	100 % BR
Appareillage hors prothèses auditives		90 % BR	TM	100 % BR
Prothèses auditives		90 % BR	TM	100 % BR
+ forfait suppl./oreille tous les 3 ans		-	-	-
Cures thermales prises en charge par le RO		90 % BR	TM	100 % BR
DENTAIRE				
			Réseau sévéane	Hors réseau
Soins conservateurs (suivi, détartrage...) hors Inlays/Onlays		90 % BR	TM	125 % BR
Inlays/Onlays		90 % BR	TM	125 % BR
Prothèses dentaires prises en charge par le RO (y compris inlay core)		90 % BR	115 % BR	205 % BR
Prothèses dentaires non prises en charge par le RO/an/pers.		-	145 €	145 €
Orthodontie	prise en charge par le RO	100 % BR	150 % BR	250 % BR
	non prise en charge par le RO/an/pers.	-	-	-
Implantologie/an/pers.		-	5 % PMSS	5 % PMSS
OPTIQUE (1 équipement (2 verres + 1 monture) tous les 2 ans, sauf évolution de la vue, 1 équipement par an, dans la limite des montants min. et max. prévus par le contrat responsable, pour les - 18 ans, un équipement par an.				
Équipement (dont montant max pour la monture 150 €) :				
- avec 2 verres simples		90 % BR	450 €	90 % BR + 450 €
- avec 1 verre simple et un verre complexe		90 % BR	525 €	90 % BR + 525 €
- avec 2 verres complexes		90 % BR	600 €	90 % BR + 600 €
- avec 1 verre simple et 1 verre très complexe		90 % BR	550 €	90 % BR + 550 €
- avec 1 verre complexe et 1 verre très complexe		90 % BR	625 €	90 % BR + 625 €
- avec 2 verres très complexes		90 % BR	650 €	90 % BR + 650 €
Opticiens partenaires Sévéane		-	inclus	inclus
Lentilles y compris jetables	prises en charge ou non par le RO/an/pers.	90 % BR	TM	100 % BR
	supplément /an et par pers.	-	320 €	320 €
Chirurgie réfractive/an/pers.		-	1 000 €	1 000 €
PRÉVENTION ET SANTÉ AU QUOTIDIEN				
Sevrage tabagique /an/pers. (après intervention RO)		50 €	10 €	60 €
Actes de prévention responsables pris en charge par le RO		Inclus	Inclus	Inclus
SERVICES				
Assistance/Infos santé		-	Inclus	Inclus
Tiers payant généralisé		-	Inclus	Inclus



Une **formule 2** avec des remboursements améliorés pour limiter le reste à charge des salariés

		RO	FORMULE 2	TOTAL
HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIR., MATERNITÉ				
Frais de séjour	en secteur conventionné	100 % BR	100 % FR	100 % FR
	en secteur non conventionné	100 % BR	TM	180 % BR
Honoraires	médecin adhérent CAS	100 % BR	TM	180 % BR
	médecin non adhérent CAS		TM	160 % BR
Transport pris en charge par le RO		100 % BR	TM	165 % BR
Chambre particulière (par jour)		-	35 €	35 €
Lit + repas d'accompagnement (par jour) d'une personne assurée de - 14 ans ou de + 70 ans.		-	35 €	35 €
Hospitalisation dans un pays étranger		90 % BR à 100 % BR → 100% BR	TM	160 % BR
LE + MATERNITÉ				
Forfait naissance ou adoption		-	15 % PMSS	15 % PMSS
Procréation médicale assistée/an/pers.		-	200 €	200 €
SOINS COURANTS				
Pharmacie prescrite prise en charge par le RO		15 % → 100 % BR	TM	100 % BR
Médecins généralistes et spécialistes	médecin adhérent CAS	90 % BR	TM	170 % BR
	médecin non adhérent CAS		TM	150 % BR
Forfait médecine douce/an/pers. (ostéopathe, étioopathe, chiropracteur, homéopathe, nutritionniste, acupuncteur)		-	100 €	100 €
Auxiliaires médicaux, examens, laboratoire		90 % BR	TM	160 % BR
Radiologie	médecin adhérent CAS	90 % BR	TM	170 % BR
	médecin non adhérent CAS		TM	150 % BR
Transport pris en charge par le RO		100 % BR	TM	165 % BR
Appareillage hors prothèses auditives		90 % BR	TM	160 % BR
Prothèses auditives		90 % BR	TM	100 % BR
+ forfait suppl./oreille tous les 3 ans		-	150 €	150 €
Cures thermales prises en charge par le RO		90 % BR	TM	100 % BR
+ frais suppl./an/pers.			125 €	125 €
DENTAIRE				
			Réseau sévéane	Hors réseau
			Réseau sévéane	Hors réseau
Soins conservateurs (suivi, détartrage...) hors Inlays/Onlays		90 % BR	TM	125 % BR
Inlays/Onlays		90 % BR	TM	200 % BR
Prothèses dentaires prises en charge par le RO (y compris inlay core)		90 % BR	210 % BR	300 % BR
Prothèses dentaires non prises en charge par le RO/an/pers.		-	250 €	250 €
Orthodontie	prise en charge par le RO	100 % BR	200 % BR	300 % BR
	non prise en charge par le RO/an/pers.	-	-	-
Parodontologie/an/pers.		-	50 €	50 €
Implantologie/an/pers.		-	6,2 % PMSS	5 % PMSS
OPTIQUE (1 équipement (2 verres + 1 monture) tous les 2 ans, sauf évolution de la vue, 1 équipement par an, dans la limite des montants min. et max. prévus par le contrat responsable, pour les - 18 ans, un équipement par an.				
Équipement (dont montant max pour la monture 150 €) :				
- avec 2 verres simples		90 % BR	470 €	90 % BR + 470 €
- avec 1 verre simple et un verre complexe		90 % BR	535 €	90 % BR + 535 €
- avec 2 verres complexes		90 % BR	600 €	90 % BR + 600 €
- avec 1 verre simple et 1 verre très complexe		90 % BR	560 €	90 % BR + 560 €
- avec 1 verre complexe et 1 verre très complexe		90 % BR	625 €	90 % BR + 625 €
- avec 2 verres très complexes		90 % BR	650 €	90 % BR + 650 €
Opticiens partenaires Sévéane		-	inclus	inclus
Lentilles y compris jetables	prises en charge ou non par le RO/an/pers.	90 % BR	TM	100 % BR
	supplément /an et par pers.	-	320 €	320 €
Chirurgie réfractive/an/pers.		-	1 000 €	1 000 €
PRÉVENTION ET SANTÉ AU QUOTIDIEN				
Moyens contraceptifs/vaccins prescrits non pris en charge par RO/an/pers.		-	50 €	50 €
Sevrage tabagique /an/pers. (après intervention RO)		50 €	50 €	100 €
Actes de prévention responsables pris en charge par le RO		Inclus	Inclus	Inclus
SERVICES				
Assistance/Infos santé		-	Inclus	Inclus
Tiers payant généralisé		-	Inclus	Inclus



Une **formule 3** avec des garanties maximales pour de meilleurs remboursements

		RO	FORMULE 3	TOTAL
HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIR., MATERNITÉ				
Frais de séjour	en secteur conventionné	100 % BR	100 % FR	100 % FR
	en secteur non conventionné	100 % BR	TM	500 % BR
Honoraires	médecin adhérent CAS	100 % BR	TM	280 % BR
	médecin non adhérent CAS		TM	200 % BR
Transport pris en charge par le RO		100 % BR	TM	265 % BR
Chambre particulière (<i>par jour</i>)		-	45 €	45 €
Lit + repas d'accompagnement (<i>par jour</i>) d'une personne assurée de - 14 ans ou de + 70 ans.		-	40 €	40 €
Hospitalisation dans un pays étranger		90 % BR à 100 % BR → 100% BR	TM	200 % BR
LE + MATERNITÉ				
Forfait naissance ou adoption		-	20 % PMSS	20 % PMSS
Procréation médicale assistée/an/pers.		-	200 €	200 €
SOINS COURANTS				
Pharmacie prescrite prise en charge par le RO		15 % → 100 % BR	TM	100 % BR
Médecins généralistes et spécialistes	médecin adhérent CAS	90 % BR	TM	270 % BR
	médecin non adhérent CAS		TM	200 % BR
Forfait médecine douce/an/pers. (<i>ostéopathe, étioopathe, chiropracteur, homéopathe, nutritionniste, acupuncteur</i>)		-	100 €	100 €
Auxiliaires médicaux, examens, laboratoire		90 % BR	TM	260 % BR
Radiologie	médecin adhérent CAS	90 % BR	TM	270 % BR
	médecin non adhérent CAS		TM	200 % BR
Transport pris en charge par le RO		100 % BR	TM	265 % BR
Appareillage hors prothèses auditives		90 % BR	TM	260 % BR
Prothèses auditives		90 % BR	TM	100 % BR
+ forfait suppl./oreille tous les 3 ans		-	300 €	300 €
Cures thermales prises en charge par le RO		90 % BR	TM	100 % BR
+ frais suppl./an/pers.			175 €	175 €
DENTAIRE				
			Réseau sévéane	Hors réseau
			Réseau sévéane	Hors réseau
Soins conservateurs (<i>suivi, détartrage...</i>) hors Inlays/Onlays		90 % BR	TM	125 % BR
Inlays/Onlays		90 % BR	TM	300 % BR
Prothèses dentaires prises en charge par le RO (y compris inlay core)		90 % BR	310 % BR	400 % BR
Prothèses dentaires non prises en charge par le RO/an/pers.		-	355 €	355 €
Orthodontie	prise en charge par le RO	100 % BR	300 % BR	400 % BR
	non prise en charge par le RO/an/pers.	-	-	150 €
Parodontologie/an/pers.		-	150 €	-
Implantologie/an/pers.		-	12,4 % PMSS	5 % PMSS
OPTIQUE (1 équipement (2 verres + 1 monture) tous les 2 ans, sauf évolution de la vue, 1 équipement par an, dans la limite des montants min. et max. prévus par le contrat responsable, pour les - 18 ans, un équipement par an.				
Équipement (<i>dont montant max pour la monture 150 €</i>) :		90 % BR	470 €	90 % BR + 470 €
- avec 2 verres simples				
- avec 1 verre simple et un verre complexe		90 % BR	557,50 €	90 % BR + 557,50 €
- avec 2 verres complexes		90 % BR	645 €	90 % BR + 645 €
- avec 1 verre simple et 1 verre très complexe		90 % BR	560 €	90 % BR + 560 €
- avec 1 verre complexe et 1 verre très complexe		90 % BR	647,50 €	90 % BR + 647,50 €
- avec 2 verres très complexes		90 % BR	650 €	90 % BR + 650 €
Opticiens partenaires Sévéane		-	inclus	inclus
Lentilles y compris jetables	prises en charge ou non par le RO/an/pers.	90 % BR	TM	100 % BR
	supplément /an et par pers.	-	320 €	320 €
Chirurgie réfractive/an/pers.		-	1 000 €	1 000 €
PRÉVENTION ET SANTÉ AU QUOTIDIEN				
Moyens contraceptifs/vaccins prescrits non pris en charge par RO/an/pers.		-	60 €	60 €
Sevrage tabagique /an/pers. (<i>après intervention RO</i>)		50 €	50 €	100 €
Actes de prévention responsables pris en charge par le RO		Inclus	Inclus	Inclus
SERVICES				
Assistance/Infos santé		-	Inclus	Inclus
Tiers payant généralisé		-	Inclus	Inclus



MODE D'EMPLOI

Comment et dans quels cas, devez-vous utiliser les documents remis ?

Vous adhérez à la complémentaire santé d'entreprise :

1 - Vous complétez le bulletin d'affiliation en indiquant vos éventuels ayants droit assurés

2 – Vous envoyez à votre employeur, l'ensemble des justificatifs correspondant à votre situation :

- le bulletin d'affiliation joint ci-après,
- un mandat de prélèvement SEPA joint ci-après,
- un Relevé d'Identité Bancaire,
- la photocopie de votre attestation de droits à l'assurance maladie,
- la photocopie des attestations de droits à l'assurance maladie de vos éventuels ayants droit qui bénéficieront de la complémentaire santé d'entreprise,
- la photocopie des certificats de scolarité / conventions d'apprentissage de vos éventuels enfants assurés,

3 - Vous résiliez votre complémentaire santé ou mutuelle individuelle grâce au document joint ci-après,

4 - Vous complétez l'attestation d'assurance d'affiliation groupe (vos nom et prénoms ainsi que ceux de vos ayants droit) avant de la retourner à votre employeur pour validation, voir document ci-après..

Ces documents à remettre dès que possible à votre employeur, permettront d'enregistrer vos garanties et de vous faire parvenir vos cartes de Tiers-Payant au plus vite.

Vous n'adhérez pas à la complémentaire santé d'entreprise en application d'un cas de dispense : Dans ce cas, vous remplissez et signez la liste d'émargement de l'entreprise en indiquant votre cas de dispense ; vous devrez également faire parvenir à votre entreprise le justificatif nécessaire :

- o Vous êtes en CDD d'une durée inférieure ou égale à 2 mois.

Pas de justificatif à fournir.

- o Vous bénéficiez de la CMUC ou de l'ACS.

Justificatif à fournir : tout document attestant de la décision administrative et de votre prise en charge par un organisme ; à noter que ce cas de dispense ne peut être exercé que jusqu'à la date laquelle vous bénéficiez du dispositif CMUC ou ACS.

- o Vous bénéficiez par ailleurs d'une couverture santé individuelle pour le même type de garanties.

Justificatif à joindre : attestation de couverture ; à noter que ce cas de dispense ne peut être exercé que jusqu'à l'échéance de votre contrat individuel : vous devrez signaler à votre entreprise à quelle date elle devra vous affilier au régime.

- o Vous bénéficiez par ailleurs d'une couverture santé collective (par le biais du conjoint par exemple.

Justificatif à joindre et à renouveler chaque année : tout document attestant de votre couverture santé collective.

RESILIATION COUVERTURE SANTE INDIVIDUELLE

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

Le à

Objet : résiliation couverture santé individuelle
N° contrat santé :
Lettre Recommandée avec Accusé de Réception

Madame, Monsieur,

Par ce courrier, je vous informe de mon souhait de résilier mon contrat de couverture santé individuelle, cité en référence, en date du Ma demande est motivée par l'obligation qui m'est faite d'adhérer à un régime collectif obligatoire souscrit par mon employeur, _____ selon le décret du 9/01/2012 et la circulaire du 25/09/13 (article R.242-1-1 du code de la SS).

Vous remerciant par avance de bien vouloir me confirmer votre accord par retour, me faire parvenir une attestation de fin de garantie et procéder à l'annulation de la télétransmission des décomptes de mon régime de base, ainsi qu'au remboursement des cotisations pour les périodes non dues.

Recevez mes salutations.

Signature

Bulletin d'affiliation Prévoyance-Santé



Afin d'éviter une mise en instance de votre demande d'affiliation l'assureur attire votre attention sur l'importance du présent bulletin qui doit **IMPÉRATIVEMENT** être daté, signé et renseigné de tous les éléments demandés.

Identification de l'affilié(e)

Nom : _____ Prénom(s) : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Téléphone : _____ Email : _____
Numéro d'immatriculation RO ⁽¹⁾ : _____ Numéro organisme affiliation RO ⁽¹⁾ : _____
Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____
Situation : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Pacsé(e) Séparé(e) de corps judiciairement Vivant en concubinage
Fonction : _____ Date d'affiliation : _____ Salarié à employeurs multiples : Oui Non
Catégorie : Cadres Non cadres Autres À préciser : _____
Traitement annuel brut ⁽²⁾ : _____ Taux de temps de travail _____ % si inférieur à 100 %, préciser la raison : personnelle médicale ⁽³⁾
Date de suspension du contrat de travail : _____ Date de retour prévue : _____
Motif : Maternité Arrêt de travail Invalidité Congé parental Congé formation Congé sabbatique Autre : _____

⁽¹⁾ Régime obligatoire de protection sociale ⁽²⁾ Correspondant au temps travaillé ⁽³⁾ Vous devez obligatoirement compléter le questionnaire de santé

Identification de l'entreprise

RAISON SOCIALE (ou cachet) : _____	NUMÉROS DES CONTRATS (GROUPE,INDIVIDUEL,PRÊTS) GARANTISSANT L'AFFILIÉ(E)				
	CONTRAT(S)		SOUS-CONTRAT(S)		
		RÉSERVÉ À LA COMPAGNIE			
		N° DE CONTRAT	N° D'AFFILIATION	EFFET	PTF

Identification du conjoint, partenaire ou concubin et des enfants à charge uniquement si souscription d'un contrat santé

Nom - Prénoms	Date de naissance	Rattach RO		N° immatriculation RO	N° org. affiliation RO
		Père	Mère		
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Affiliation à un contrat Santé et, le cas échéant, de vos ayants droit rattachés au contrat

Joindre un RIB (relevé d'identité bancaire) et obligatoirement la photocopie de votre attestation Vitale et, le cas échéant, celle de vos ayants droit rattachés au contrat.

Affiliation obligatoire des ayants droit du salarié

Adulte - Nombre : _____ Enfant - Nombre : _____

Si une/des garanti(e)s optionnelle(s) est/sont prévue(s) au contrat : indiquer votre/vos choix : _____

Affiliation au contrat Prévoyance : attribution du bénéfice du capital décès

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.

Si vous désirez que la prestation garantie ne soit pas attribuée suivant la clause type contractuelle prévue dans la notice d'information, vous devez désigner expressément le(s) bénéficiaire(s) de votre choix en indiquant ci-après leur(s) nom(s), (nom de jeune fille pour les femmes mariées), prénom(s), date(s) et lieu(x) de naissance, après avoir pris connaissance des recommandations figurant, au verso, à la rubrique « Avis à l'affilié ».

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

À défaut : _____

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions relatives à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, ci jointes au verso. Vos données peuvent être utilisées pour vous proposer des offres commerciales du groupe Groupama et de ses partenaires. Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre . Vous souhaitez recevoir ces offres commerciales via votre adresse mail ou par SMS : oui non . Si vous souhaitez vous abonner à notre newsletter, cochez la case ci-contre .

Signature

- Je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de mon affiliation conformément à l'article L.113-8 du Code des assurances.
- Je soussigné certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations servant de base à l'affiliation au(x) contrat(s) dont je prends la responsabilité même si elles sont écrites par une autre personne.
- J'atteste par ailleurs avoir pris connaissance de l'avis à l'affilié figurant au verso.

Fait à _____

Le _____

Signature de l'affilié
précédée de la mention « Lu et approuvé »

--

Avis à l'affilié

Contrat Frais de Santé - Information à l'affilié

Au titre des contrats Frais de santé, les remboursements peuvent être effectués à partir de la télétransmission à Groupama Gan Vie par votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'image de vos décomptes du régime obligatoire de protection sociale. Pour cela, Groupama Gan Vie transmet à votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie, votre identification et celles des membres de votre famille : nom, date de naissance, numéro du régime obligatoire de protection sociale.

Si vous utilisez la carte vitale, vous autorisez le professionnel de santé à adresser un relevé d'information à l'assureur pour permettre la mise en œuvre du versement des prestations. Vous autorisez également l'échange d'informations avec votre régime obligatoire de protection sociale dans la seule fin du traitement des prestations.

Vous pouvez à tout moment, conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous opposer à la communication de ces informations, en écrivant à la Direction Qualité/Réclamations - Gan Assurances - Immeuble Michelet - 4,8 cours Michelet - 92082 La Défense Cedex - Tél. : 01 70 94 21 02 - E-mail : reclamation@gan.fr

Attribution bénéficiaire contractuelle

Prévoyance

Sauf stipulation contraire valable au jour du décès, le capital garanti reviendra au conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps judiciairement, ou au partenaire survivant lié à l'affilié par un pacte civil de solidarité, à défaut aux enfants de l'affilié nés et à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession et à défaut à ses autres héritiers.

Rente de conjoint

Célibataire, veuf, divorcé ou séparé de corps judiciairement, sauf l'affilié lié par un PACS et celui vivant en concubinage : Sauf stipulation contraire valable au jour du décès, le capital garanti (à l'exclusion donc de toute rente de conjoint, de partenaire lié par un PACS ou de concubin) reviendra aux enfants de l'affilié nés et à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession et à défaut à ses autres héritiers.

RECOMMANDATIONS

Votre ou vos contrat(s) prévoi(en)t une clause bénéficiaire type qui permet avec certitude de régler le capital décès pour la plupart des situations familiales les plus courantes.

Si la clause contractuelle n'est pas adaptée à votre situation familiale ou ne correspond pas à votre volonté, vous avez la possibilité de rédiger une désignation bénéficiaire particulière.

Elle doit être rédigée sans ambiguïté ni rature et aussi clairement que possible.

Vous trouverez ci-après quelques conseils non exhaustifs. N'hésitez pas à nous consulter.

Si vous souhaitez désigner :

• VOTRE CONJOINT (la personne à laquelle vous êtes unifié) par le mariage) OU VOTRE PARTENAIRE DE PACS :

Éviter la désignation du conjoint ou partenaire en sa qualité et ses nom et prénom (par exemple indiquer « mon conjoint » ou « mon partenaire de PACS » et non, par exemple : « mon conjoint Anne Dupont », ce mode de désignation étant litigieux en cas de divorce ou de rupture de PACS. Par ailleurs, si vous désignez votre conjoint ou partenaire exclusivement par ses nom et prénom (Ex : « Anne Dupont ») sachez que cette désignation peut persister malgré le divorce ou la rupture du PACS.

• VOTRE CONCUBIN : le nommer expressément par ses nom et prénom, préciser sa date de naissance et son lieu de naissance. Ce mode de désignation implique un suivi de la clause en cas de rupture de la vie commune.

• VOS ENFANTS : Si votre volonté est de protéger tous vos enfants, éviter de les désigner nominativement. Adoptez la formule « Mes enfants nés et à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession. » La mention « représentés » implique que les descendants d'un enfant décédé deviendraient bénéficiaires à sa place (par exemple, les petits-enfants de l'affilié).

• PLUSIEURS BÉNÉFICIAIRES DE RANGS DIFFÉRENTS : les désigner selon le rang souhaité et faire suivre la désignation de premier rang de la mention « à défaut... » et ainsi de suite pour les bénéficiaires subsidiaires.

• PLUSIEURS BÉNÉFICIAIRES DE MÊME RANG : indiquer précisément la répartition en pourcentage ou en parts.

Préciser les modalités des désignations subséquentes* :

- Si bénéficiaires par parts égales : par exemple « par parts égales entre eux et, en cas de décès de l'un ou plusieurs d'entre eux, la totalité de la part ou de leurs parts revenant alors aux survivants et ce par parts égales ».

- Si bénéficiaires par parts inégales : exprimer la part attribuée en pourcentage (ne pas mentionner de montant en euros) et ajouter, par exemple : « en cas de décès de l'un ou plusieurs d'entre eux, la part ou leurs parts seront réparties également aux survivants ».

Toujours vérifier que la somme de toutes les parts soit bien égale à 100%.

* La clause bénéficiaire doit prévoir des bénéficiaires de remplacement, appelés « bénéficiaires subséquents », dans le cas où les bénéficiaires initialement désignés à titre gratuit ne sont plus en vie au moment du règlement des capitaux. Indiquer par exemple, « à défaut, mes héritiers » à la fin de la clause.

Si vous avez choisi une désignation de bénéficiaire particulière, veillez à la réactualiser notamment en cas d'évolution de votre situation familiale (mariage, divorce, PACS, naissance d'enfant, etc.) ou de changement de votre volonté.

Acceptation de l'attribution bénéficiaire

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.

L'attribution faite au profit d'un bénéficiaire déterminé devient irrévocable par l'acceptation de celui-ci dans les conditions ci-dessus.

Informatique et Libertés

Les données personnelles vous concernant sont traitées dans le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la gestion des garanties. Elles sont destinées à l'intermédiaire d'assurance, votre assureur et son distributeur, à ses prestataires ou sous-traitants, réassureurs, ainsi qu'aux organismes professionnels et administratifs dans le cadre d'obligations légales. Elles peuvent être par ailleurs 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, vos données peuvent être transmises à des organismes professionnels de lutte contre la fraude ainsi qu'à des enquêteurs certifiés. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition sans frais, en vous adressant par courrier à la Direction Qualité/Réclamations - Gan Assurances - Immeuble Michelet - 4/8 cours Michelet - 92082 La Défense Cedex.

Groupama Gan Vie – Direction Collectives – Immeuble Michelet – 4-8 cours Michelet – 92082 La Défense Cedex – Tél. : 01 70 94 20 00

Groupama Gan Vie – Direction Collectives – Centre Commercial Grand Maine – 49044 Angers Cedex 01 – Tél. : 02 41 22 50 00

Gan Assurances

Compagnie Française d'Assurances et de Réassurances

Société anonyme au capital de 109 817 739 euros (entièrement versé) – RCS Paris 542 063 797 – APE 6512Z

Siège social : 8-10, rue d'Astorg 75008 Paris – Tél. : 01 70 94 20 00 – www.ganassurances.fr

Gan Assurances distribue les produits de Groupama Gan Vie – Société anonyme au capital de 1 371 100 605 euros

RCS Paris 340 427 616 – APE : 6511Z – Siège social : 8-10, rue d'Astorg 75008 Paris – Tél. : 01 44 56 77 77

Entreprises régies par le Code des assurances et soumises à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 61, rue Taitbout 75009 Paris

