



VOS NOUVEAUX RÉGIMES

SANTÉ / PRÉVOYANCE



VIVINTER

UNE MARQUE DU GROUPE SIACI SAINT HONORE



orano



*Cette brochure a pour objet de vous présenter
les principales garanties et leurs services associés
en matière de Frais de Santé et de Prévoyance
à effet du 01/01/2019.*

SOMMAIRE

01 VOS NOUVEAUX RÉGIMES SANTÉ /PRÉVOYANCE ORANO

Les bénéficiaires des régimes frais de santé : une définition contractuelle plus élargie pour les enfants et les ascendants.....	07
--	----

02 FRAIS DE SANTÉ : VOS GARANTIES DU RÉGIME OBLIGATOIRE

Découvrez vos garanties	10
Quelques exemples de remboursement	14
Ce qu'il faut savoir.....	16

03 FRAIS DE SANTÉ : VOTRE SURCOMPLÉMENTAIRE

Votre surcomplémentaire Santé (adhésion facultative)	18
Découvrez les garanties de la surcomplémentaire	19
Quelques exemples de remboursement.....	20

04 VOTRE RÉSEAU SANTÉCLAIR

Votre réseau de soins Santéclair s'améliore	22
Vos avantages Santéclair	23

05 LES SERVICES

Les services	26
Les services Vivinter	27

06 VOS GARANTIES PRÉVOYANCE

Vos garanties prévoyance.....	30
Quelques exemples.....	33
Définitions	35
Exclusions	36



Le 7 septembre 2018, après 8 mois de discussions, la Direction Orano et toutes les Organisations syndicales représentatives des salariés ont signé un accord relatif aux régimes Prévoyance / Frais de santé des salariés du Groupe Orano.

Cet accord propose des prestations de haut niveau pour les salariés et leurs familles tout en conservant certains principes et notamment un régime unique et identique pour tous avec une participation financière en fonction de la rémunération.

Au-delà de ces principes fondamentaux, les nouveaux régimes proposent l'amélioration de garanties sur certains postes en frais de santé et Prévoyance ainsi que de nouveaux outils et services (téléconsultation...).

Il prévoit en outre la possibilité, pour ceux qui le souhaitent, d'adhérer à une surcomplémentaire santé facultative pour être mieux remboursés sur les honoraires des médecins non OPTAM* (médecine de ville – hospitalisation).

Cette plaquette vous permet de retrouver ou découvrir toutes les prestations et services proposés par notre nouveau régime Prévoyance / Frais de santé.



François NOGUÉ

*Directeur Ressources Humaines,
Communication, Immobilier et Environnement de travail*

*Médecins non signataires de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée



1

VOS NOUVEAUX
RÉGIMES SANTÉ /
PRÉVOYANCE ORANO



Votre régime santé obligatoire

VOUS N'AVEZ AUCUNE DÉMARCHE À EFFECTUER

Pour vous et vos bénéficiaires :
Vos nouvelles garanties santé prendront effet au 01/01/2019.

VOTRE AFFILIATION EST AUTOMATIQUE



Votre régime prévoyance obligatoire

VOUS N'AVEZ AUCUNE DÉMARCHE À EFFECTUER

Vos nouvelles garanties prévoyance prendront effet au 01/01/2019.
Vous n'aurez qu'à compléter vos choix d'options et votre désignation de bénéficiaires mi décembre.

VOTRE AFFILIATION EST AUTOMATIQUE



Votre surcomplémentaire santé facultative

C'EST VOUS QUI DÉCIDEZ !

Avant le 16/11/18

MERCI DE COMPLÉTER ET RENVOYER LE COUPON-RÉPONSE JOINT



Les dates à retenir

16/11/18

Date limite pour nous faire part de votre choix (d'adhérer ou non) à la surcomplémentaire facultative.

Mi-décembre

Choix des options prévoyance et des bénéficiaires.

Fin décembre

Réception de votre nouvelle carte de tiers payant 2019.

01/01/19

Entrée en vigueur des nouveaux régimes santé et prévoyance

LES BÉNÉFICIAIRES DES RÉGIMES FRAIS DE SANTÉ :

une définition contractuelle plus élargie pour les enfants et les ascendants

Les bénéficiaires sont l'ensemble des salariés dont le contrat de travail est en vigueur mais aussi leurs ayants droit.

On entend par AYANTS DROIT, les membres de la famille du salarié définis comme suit :

- 1 Le conjoint, le partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou le concubin, bénéficiant du régime général de la Sécurité sociale ou de tout autre régime social de base.**

Le concubin est la personne vivant avec l'assuré(e).

Le bénéfice de la couverture est lié au respect des deux conditions suivantes :

- Etre libre de tout lien matrimonial,
- Produire une déclaration sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de domicile commun.



2 Les enfants et ceux du conjoint, partenaire PACS ou concubin répondant à la définition suivante :

- **Les enfants jusqu'à leur 18^e anniversaire sans condition,**
- **Les enfants majeurs jusqu'à leur 28^e anniversaire :**
 - poursuivant leurs études dans le cycle secondaire ou supérieur, ou dans un établissement permettant leur affiliation au régime des Etudiants de la Sécurité sociale ou de tout autre régime social de base,
 - titulaires d'un contrat de travail destiné à favoriser l'insertion dans la vie professionnelle (contrat d'apprentissage, de professionnalisation, CAE (Contrat d'accompagnement dans l'emploi)...) ou d'un contrat similaire et ayant leur propre numéro d'identification au Régime Général de la Sécurité sociale ou de tout autre régime social de base,
 - en période de service civique,
 - à la recherche d'un premier emploi, inscrits au Pôle Emploi, sous réserve qu'ils n'exercent pas d'activité rémunérée pendant plus de 6 mois,
- **Les enfants handicapés, quel que soit leur âge,** s'ils sont bénéficiaires de l'allocation des adultes handicapés (AAH) ou de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou s'ils sont titulaires d'une carte d'invalidité.



À NOTER

Sont également considérés comme ayants droit les enfants répondant à la définition ci-dessus pour lesquels l'assuré(e) verse une pension alimentaire.

3 Les ascendants (y compris les ascendants autres que les parents) et ceux du conjoint (ou du partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou le concubin) à leur charge fiscale. Le nombre des ascendants est limité à deux.



2

FRAIS DE SANTÉ : VOS GARANTIES DU RÉGIME OBLIGATOIRE

DÉCOUVREZ VOS GARANTIES

Retrouvez vos garanties santé et les améliorations de certains postes clés (consultations, dentaire, optique et médecines douces).

LES GARANTIES	VOS PRESTATIONS EN COMPLÉMENT DE CELLES VERSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE
HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE (Y COMPRIS MATERNITÉ)	
Frais de séjour	100 % FR / 80 % FR EN SECTEUR NON CONVENTIONNÉ
Honoraires - Adhérents à l'OPTAM	100 % FR
Honoraires Non adhérent à l'OPTAM (y compris en secteur non conventionné)	TM + 100 % BR
Forfait journalier	100 % FR
Chambre particulière	3 % PMSS JUSQU'AU 15ÈME JOUR PUIS 3,5 % DU PMSS
Frais d'accompagnant (enfant moins de 16 ans) et maison de parents	2 % PMSS / JOUR
FRAIS MÉDICAUX COURANTS (Y COMPRIS MATERNITÉ)	
Consultations, visites Généralistes - Adhérent à l'OPTAM	150 % BR
Consultations, visites Généralistes - Non adhérent à l'OPTAM	130 % BR (TM + 100 % BR)
Consultations, visites Spécialistes - Adhérent à l'OPTAM	300 % BR
Consultations, visites Spécialistes - Non adhérent à l'OPTAM	130 % BR (TM + 100 % BR)
Actes de spécialités - Adhérent à l'OPTAM	100 % BR
Actes de spécialités - Non adhérent à l'OPTAM	80 % BR
Radiologie - Adhérent à l'OPTAM	120 % BR
Radiologie - Non adhérent à l'OPTAM	100 % BR
Analyses, examens de laboratoire	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
Prothèse médicale non dentaire (hors auditive)	PETIT APPAREILLAGE : 250 % BR GROS APPAREILLAGE : 450 % BR
Semelles orthopédiques	450 % BR
Prothèse auditive	10 FOIS LE RSS

RAPPEL : Le contrat souscrit par votre entreprise respecte les dispositions du décret n°2005-1226 du 29/09/2005 relatives aux contrats responsables. Les prestations sont en conformité avec les exigences posées par l'article L871-1 du code de la Sécurité sociale et les décrets pris pour son application.
Les prestations prévues ci-dessous sont calculées acte par acte et sont, en tout état de cause, limitées à la différence entre les frais exposés et les prestations correspondantes de la Sécurité sociale et de tout autre organisme.

LES GARANTIES	VOS PRESTATIONS EN COMPLÉMENT DE CELLES VERSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE
FRAIS DE TRANSPORT	
Pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR
PHARMACIE	
Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale	TICKET MODÉRATEUR
Pilule contraceptive non prise en charge par la Sécurité sociale	FRAIS RÉELS LIMITÉS À 5 % PMSS PAR AN ET PAR BÉNÉFICIAIRE
DENTAIRE	
Soins dentaires	120 % BR
Inlay / Onlay	120 % BR
Parodontologie refusée par la Sécurité sociale	9,06 % PMSS / AN / BÉNÉFICIAIRE
Prothèses dentaires - Inlay core / Onlay core	430 % BR
Implants dentaires (hors nomenclature)	22,65 % PMSS / IMPLANT, MAXI 2 PAR AN + COURONNE SUR IMPLANT CODIFIÉE OU NON : 450 €, MAXI 2 PAR AN
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	400 % BR
OPTIQUE	
Monture	
Verres unifocaux - adulte	VOIR GRILLE OPTIQUE
Verres multifocaux - adulte	
Verres enfant	
Lentilles prises en charge ou non par la Sécurité sociale (y compris jetables)	10 % PMSS / BÉNÉFICIAIRE / AN. AU-DELÀ, TM POUR LES LENTILLES PRISES EN CHARGE
Opération laser des yeux	25 % PMSS / ŒIL
Implants oculaires	25 % PMSS / ŒIL

LES GARANTIES	VOS PRESTATIONS EN COMPLÉMENT DE CELLES VERSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE
CURE THERMALE	
Prises en charge par la Sécurité sociale (pour les enfants de moins de 16 ans)	100 % FR DANS LA LIMITE DE 20 % PMSS
MÉDECINE DOUCE ET PRÉVENTIVE	
Patch et autres traitements anti-tabac	60 % FR LIMITÉS À 4 % PMSS / AN / BÉNÉFICIAIRE
Ostéopathie, thérapie manuelle, chiropractie, étiopathie et acupuncture	75 % FR LIMITÉS À 1,5 % PMSS / SÉANCE ET 12 % PMSS / AN / BÉNÉFICIAIRE
Psychomotricité, psychothérapie, psychologue et ergothérapeute	60 % FR LIMITÉS À 1,5 % PMSS / SÉANCE ET 5 % PMSS / AN / BÉNÉFICIAIRE
Diététiciens	60 % FR LIMITÉS À 1,5 % PMSS / SÉANCE ET 4,5 % PMSS / AN / BÉNÉFICIAIRE
Actes de radiologie non pris en charge par la Sécurité sociale (scanner dentaire, ostéodensitométrie)	60 % FR LIMITÉS À 2 % PMSS / ACTE ET 5 % PMSS / AN / BÉNÉFICIAIRE
Analyses non prises en charge par la Sécurité sociale	60 % FR LIMITÉS À 1 % DU PMSS / ANALYSE ET 5 % PMSS / AN / BÉNÉFICIAIRE
ACTES DE PRÉVENTION (SELON ARRÊTÉ DU 8 JUIN 2006)	
Prévention bucco dentaire : détartrage annuel complet en 2 séances et scellement prophylactique des puits, sillons et fissures	
Vaccinations : hépatite B, diphtérie, tétanos, polyomyélite...	
Dépistage : hépatite B, trouble de l'audition des plus de 50 ans, ostéodensitométrie remboursée pas la Sécurité sociale pour les femmes de plus de 50 ans une fois tous les 6 ans...	TICKET MODÉRATEUR
Premier bilan du langage oral et/ou d'aptitude à l'acquisition de langage écrit chez l'enfant de moins de 14 ans	
En orange : les garanties améliorées	
FR : Frais Réels - BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (2018 : 3 311 €) - TM : Ticket modérateur - RSS : Remboursement Sécurité Sociale - OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée	
NB : au-delà de 2 couronnes sur implant par an, une garantie complémentaire est versée au titre du panier de soins prévu par le contrat responsable : TM + 25% BR	

OPTIQUE

ADULTE

CLASSE VISUELLE	VALEUR DE LA SPHERE	GARANTIE PAR VERRE DANS LE RESEAU SANTECLAIR *	GARANTIE PAR VERRE HORS RESEAU SANTECLAIR
VERRE UNIFOCAL OU MI-DISTANCE			
101 VERRE SIMPLE	DE 0 À 4 ET CYLINDRE \leq 2	100 % DES FRAIS RÉELS	70 €
102 VERRE SIMPLE	DE 0 À 4 ET CYLINDRE $>$ 2 & DE 4,25 À 6 ET CYLINDRE \leq 2	100 % DES FRAIS RÉELS	100 €
103 VERRE COMPLEXE	DE 4,25 À 6 ET CYLINDRE $>$ 2 & DE 6,25 À 8 ET CYLINDRE \leq 2	100 % DES FRAIS RÉELS	130 €
104 VERRE COMPLEXE	DE 6,25 À 8 ET CYLINDRE $>$ 2 & \geq À 8,25, Q.Q.S. LE CYLINDRE	100 % DES FRAIS RÉELS	220 €
VERRE MULTIFOCAL			
111 VERRE COMPLEXE	DE 0 À 4 ET CYLINDRE \leq 2	100 % DES FRAIS RÉELS	170 €
112 VERRE COMPLEXE	DE 0 À 4 ET CYLINDRE $>$ 2 & DE 4,25 À 6 ET CYLINDRE \leq 2	100 % DES FRAIS RÉELS	220 €
113 VERRE COMPLEXE	DE 4,25 À 6 ET CYLINDRE $>$ 2 & DE 6,25 À 8 ET CYLINDRE \leq 2	100 % DES FRAIS RÉELS	260 €
114 VERRE HYPER COMPLEXE	DE 6,25 À 8 ET CYLINDRE $>$ 2 & \geq À 8,25, Q.Q.S. LE CYLINDRE	100 % DES FRAIS RÉELS	300 €
MONTURE			150 €

ENFANT

CLASSE VISUELLE	VALEUR DE LA SPHERE	GARANTIE PAR VERRE DANS LE RESEAU SANTECLAIR *	GARANTIE PAR VERRE HORS RESEAU SANTECLAIR
VERRE UNIFOCAL			
201 VERRE SIMPLE	DE 0 À 4 ET CYLINDRE \leq 2	100 % DES FRAIS RÉELS	60 €
202 VERRE SIMPLE	DE 0 À 4 ET CYLINDRE $>$ 2 & DE 4,25 À 6 ET CYLINDRE \leq 2	100 % DES FRAIS RÉELS	90 €
203 VERRE COMPLEXE	DE 4,25 À 6 ET CYLINDRE $>$ 2 & DE 6,25 À 8 ET CYLINDRE \leq 2	100 % DES FRAIS RÉELS	110 €
204 VERRE COMPLEXE	DE 6,25 À 8 ET CYLINDRE $>$ 2 & \geq À 8,25, Q.Q.S. LE CYLINDRE	100 % DES FRAIS RÉELS	200 €
VERRE MULTIFOCAL			
204 VERRE COMPLEXE	CLASSE DE 1 À 4	100 % DES FRAIS RÉELS	200 €
MONTURE			150 €

* Dans la limite des planchers prévus par la Loi de Sécurisation de l'Emploi (décret du 8 septembre 2014) et des plafonds prévus par le contrat responsable (du 18 novembre 2014), en fonction des corrections visuelles.

LIMITE DE CONSOMMATION :

1 équipement tous les 2 ans pour les adultes, ramené à 1 équipement par an en cas de changement de correction visuelle (accepté par la Sécurité sociale) et 1 équipement par an pour les enfants mineurs.

La période de 2 ans (ou d'1 an) s'apprécie à compter de la date d'achat de l'équipement.

Lorsque la demande de remboursement de l'équipement est faite en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), c'est la date d'acquisition du premier élément qui sera prise en compte.



QUELQUES EXEMPLES DE REM

 MÉDECINE COURANTE	GARANTIES ACTUELLES	CE QUI CHANGE AU 1 ^{ER} JANVIER 2019
Consultations / Visites Spécialistes OPTAM	250 % BR	300 % BR
1 ^{er} cas : montant du remboursement maximum pour un ophthalmologue OPTAM (accès direct)	75 €	90 €
2 ^e cas : montant du remboursement maximum pour un dermatologue OPTAM (sur orientation du médecin traitant pour avis ponctuel)	125 €	150 €
Prothèses médicales : Semelles orthopédiques	250 % BR	450 % BR
Exemple de remboursement maximum (paire d'une taille 38)	72 €	129,87 €

 DENTAIRE	GARANTIES ACTUELLES	CE QUI CHANGE AU 1 ^{ER} JANVIER 2019
Parodontologie refusée par la Sécurité Sociale	NÉANT	9,06 % PMSS / AN / BÉNÉF
Montant de remboursement maximum	0 €	299,98 €
Implant	500 € / IMPLANT (2 / AN)	22,65 % PMSS / IMPLANT (2 / AN)
Montant de remboursement maximum	500 €	749,94 €

BOURSEMENT

 OPTIQUE	GARANTIES ACTUELLES	CE QUI CHANGE AU 1^{ER} JANVIER 2019
Chirurgie réfractive	20 % PMSS / OEIL	25 % PMSS / OEIL
Montant de remboursement maximum	662 €	827,75 €
Implants oculaires	NÉANT	25 % PMSS / OEIL
Montant de remboursement maximum	0 €	827,75 €

 MÉDECINES DOUCES	GARANTIES ACTUELLES	CE QUI CHANGE AU 1^{ER} JANVIER 2019
Ostéopathie, Thérapie manuelle, Chiropractie, Etiopathie, Acupuncture	60 % FR LIMITÉS À 1,5 % PMSS / SÉANCE (MAXI 9 % PMSS / AN / BÉNÉF)	75 % FR LIMITÉS À 1,5 % PMSS / SÉANCE (MAXI 12 % PMSS / AN / BÉNÉF)
Montant de remboursement maximum sur la base d'une dépense de 60 €	36 € limités à 49,67 € / séance (maxi 297,99 € / an)	45 € limités à 49,67 € / séance (maxi 397,32 € / an)



CE QU'IL FAUT SAVOIR...

- **COMME NOUS CHANGEONS D'ASSUREUR, QUI SERA DORÉNAVANT MON INTERLOCUTEUR ?**

Votre interlocuteur ne change pas. Vous devrez toujours vous adresser à VIVINTER.
 Votre espace assuré reste accessible de la même manière (l'identifiant et le mot de passe sont inchangés).

- **SI J'AI DES DÉPENSES DE FRAIS DE SANTÉ QUI N'ONT PAS ENCORE ÉTÉ REMBOURSÉES FIN DÉCEMBRE, QUE VA-T-IL SE PASSER AVEC LE CHANGEMENT D'ASSUREUR ?**

Vos dépenses seront remboursées sur la base des garanties en vigueur au moment des dépenses engagées.
 Le changement d'assureur sera sans impact pour vous. C'est toujours Vivinter qui procédera à vos remboursements.

- **MON ENFANT A COMMENCÉ UN TRAITEMENT ORTHODONTIQUE EN 2018 QUI SE POURSUIVRA EN 2019. COMMENT SERAI-JE REMBOURSÉ ?**

Le montant du remboursement reste inchangé puisque le nouveau régime ne modifie pas la garantie orthodontie.

- **COMMENT SERONT REMBOURSÉES LES DÉPENSES OU SOINS À CHEVAL ENTRE LES 2 ANNÉES ?**

C'est la position de la Sécurité sociale qui sera déterminante pour l'application des garanties.

*Exemple : implants dentaires
 Mon dentiste débute les soins fin décembre 2018 et les termine fin janvier 2019.
 Je vais donc régler le 15 janvier.
 La Sécurité sociale retiendra soit :*
 - la date de début de traitement : décembre 2018 → ce sont les garanties en vigueur en 2018 qui s'appliqueront.
 - la date de paiement des soins : 15 janvier 2019 → ce sont les nouvelles garanties qui seront retenues.

- **J'AI OBTENU EN 2018 UN DEVIS DE VIVINTER POUR DES SOINS QUI VONT DÉBUTER EN 2019 (par exemple implants dentaires / honoraires d'hospitalisation). MES REMBOURSEMENTS SERONT-ILS CONFORMES AU DEVIS ?**

Non, vous devez impérativement demander un nouveau devis en 2019 avant de débiter vos soins pour que l'estimation du remboursement soit calculée sur la base des nouvelles garanties.

Tous les devis établis en 2018 ne sont valables que pour l'année 2018.

Les devis pour des soins de 2019 ne peuvent être réalisés par Vivinter qu'à compter du 1er janvier 2019.

- **JE DOIS CHANGER DE LUNETTES EN 2019. COMMENT OBTENIR UNE PRISE EN CHARGE ?**

Vous pouvez procéder comme habituellement en présentant votre carte de tiers payant à votre opticien. N'oubliez pas de lui remettre votre nouvelle carte 2019 !

- **POURRAI-JE TOUJOURS ME RENDRE CHEZ UN OPTICIEN PARTENAIRE DU RÉSEAU SANTÉCLAIR POUR BÉNÉFICIER D'UNE PRISE EN CHARGE INTÉGRALE DE MES VERRES ?**

Oui, les garanties Monture et Verres restent inchangées et vous continuerez à bénéficier des avantages du réseau Santéclair.



3

FRAIS DE SANTÉ : VOTRE SURCOMPLÉMENTAIRE

ADHÉSION FACULTATIVE

VOTRE SURCOMPLÉMENTAIRE SANTÉ (adhésion facultative)



IMPORTANT

- **Toute affiliation à la surcomplémentaire santé vaut pour 3 ans** (sauf changement de situation familiale). Toute résiliation au bout des 3 ans est définitive.
- **Quel que soit votre choix** d'adhérer ou non à la surcomplémentaire santé, vous devez nous en faire part.

Pour bénéficier d'une meilleure couverture santé, vous pouvez adhérer à une surcomplémentaire facultative. Elle s'applique à vous ainsi qu'à vos ayants droit. Cette surcomplémentaire renforce vos garanties sur des postes clés et onéreux (exemple : honoraires des médecins non adhérents à l'OPTAM tant en médecine de ville qu'en hospitalisation) et vous permet ainsi de réduire votre reste à charge.

LE TAUX DE COTISATION EST FIXÉ À 0,13% DU SALAIRE BRUT.

EXEMPLE À TITRE INDICATIF

Pour un salaire mensuel brut de 2000 euros : la cotisation supplémentaire sera de 2,60 euros par mois pour vous et vos ayants droit.

Les modalités d'adhésion / de résiliation du régime surcomplémentaire facultatif :

L'adhésion au régime surcomplémentaire est possible :

- à l'embauche,
- à chaque 1^{er} janvier,
- à tout moment en cas de changement de situation de famille*

L'adhésion vaut pour 3 ans minimum sauf changement de situation de famille* ou hausse de la cotisation.

La résiliation du régime surcomplémentaire est possible :

- chaque 1^{er} janvier à condition d'avoir été affilié au régime surcomplémentaire pendant une durée minimum de 3 ans
- à tout moment en cas de changement de situation de famille*
- en cas de hausse de la cotisation.

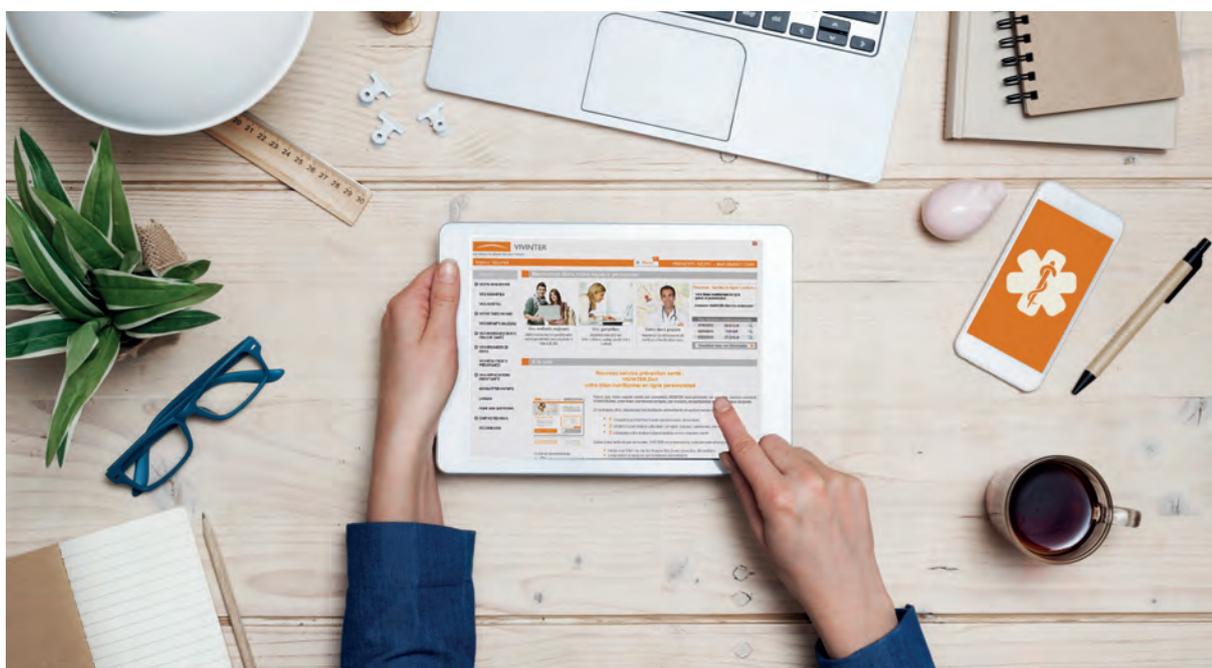
Toute résiliation de la surcomplémentaire facultative est définitive.

* Définition du changement de situation de famille : mariage, pacs, concubinage, naissance, adoption, divorce, dissolution du pacs, fin du concubinage, décès d'un bénéficiaire, perte d'emploi du conjoint/partenaire/pacsé, obligation du conjoint/partenaire/pacsé d'adhérer au régime santé de son employeur....]

DÉCOUVREZ LES GARANTIES DE LA SURCOMPLÉMENTAIRE

LES GARANTIES	VOS PRESTATIONS SOUS DÉDUCTION DU RÉGIME SOCLE OBLIGATOIRE
HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE (y compris Maternité)	
Honoraires - Non adhérent à l'OPTAM (y compris en secteur non conventionné)	100 % FR
FRAIS MÉDICAUX COURANTS (y compris Maternité)	
Consultations, visites Généralistes - Non adhérent à l'OPTAM	150 % BR
Consultations, visites Spécialistes - Non adhérent à l'OPTAM	300 % BR
Actes de spécialités - Non adhérent à l'OPTAM	100 % BR
Radiologie - Non adhérent à l'OPTAM	120 % BR

FR : Frais Réels
BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale
OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée



QUELQUES EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

Ce régime permettra d'être mieux remboursé sur les honoraires de médecins qui ne sont pas adhérents à l'OPTAM.

ACTES PRATIQUES PAR DES MÉDECINS NON ADHÉRENTS À L'OPTAM	RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE PROPOSÉ (*)	QUELQUES EXEMPLES	MONTANT MAXIMUM DU REMBOURSEMENT	
			RÉGIME SOCLE SEUL	RÉGIME SOCLE + SURCOMPLÉMENTAIRE
Honoraires d'hospitalisation	100 % FRAIS RÉELS	CHIRURGIE DE RECONSTRUCTION LIGAMENT CROISÉ DU GENOU (AVEC DÉPASSEMENT D'HONORAIRES DE 850 €)	388,62 €	850 €
Actes de spécialité	100 % BR	SCLÉROTHÉRAPIE D'UNE JAMBE PAR UN ANGIOLOGUE / PHLÉBOLOGUE	28 €	35 €
Consultations / Visites Généralistes	150 % BR	MÉDECIN TRAITANT	29,90 €	34,50 €
Consultations / Visites Spécialistes	300 % BR	OPHTALMOLOGUE	29,90 €	69 €
Radiologie	120 % BR	ÉCHOGRAPHIE DU REIN ET DE LA RÉGION LOMBALE	52,45 €	62,94 €

* Sous déduction des prestations du régime socle



4

VOTRE RÉSEAU

Santéclair

Informations & réseaux de soins

VOTRE RÉSEAU DE SOINS Santéclair S'AMÉLIORE

- **La prise de rendez-vous en ligne** en cas d'hospitalisation, pour une consultation en médecine de ville ou médecine douce et des rendez-vous prioritaires en ophtalmologie
- **L'outil Web d'Informations Hospitalières (OWIH)** pour trouver l'hôpital adapté à vos besoins :
 - **Accès au palmarès des meilleurs établissements** conventionnés spécialisés en chirurgie et obstétrique ainsi qu'en cancérologie
 - **Accès aux indicateurs qualité** pour constituer la note globale de l'établissement
 - **Analyse de devis** en temps réel

OPTIQUE	DENTAIRE	AUDIO	HOSPI	MÉDECINE DE VILLE	MÉDECINE DOUCE
			 NOUVEAU	 NOUVEAU	 NOUVEAU
<ul style="list-style-type: none"> • GÉOLOCALISATION DES PARTENAIRES RÉSEAUX • PRISE DE RDV PRIORITAIRE EN LIGNE (OPHTALMOLOGIE) 	<ul style="list-style-type: none"> • GÉOLOCALISATION DES PARTENAIRES RÉSEAUX • PRISE DE RDV EN LIGNE 	<ul style="list-style-type: none"> • GÉOLOCALISATION DES PARTENAIRES RÉSEAUX 	<ul style="list-style-type: none"> • CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE • GÉOLOCALISATION DES PARTENAIRES RÉSEAUX • PRISE DE RDV PAR TÉLÉPHONE 	<ul style="list-style-type: none"> • GÉOLOCALISATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES • PRISE DE RDV EN LIGNE 	<ul style="list-style-type: none"> • GÉOLOCALISATION DES PARTENAIRES RÉSEAUX • PRISE DE RDV EN LIGNE
					
<ul style="list-style-type: none"> • CONSEIL EN DEVIS • CALCUL DU RESTE À CHARGE 	<ul style="list-style-type: none"> • CONSEIL EN DEVIS • CALCUL DU RESTE À CHARGE 	<ul style="list-style-type: none"> • CONSEIL EN DEVIS • CALCUL DU RESTE À CHARGE 	<ul style="list-style-type: none"> • CONSEIL EN DEVIS • CALCUL DU RESTE À CHARGE 	<ul style="list-style-type: none"> • CONSEILS EN AUTOMÉDICATION 	<ul style="list-style-type: none"> • CONSEIL NUTRITION • COACHING
					
			<ul style="list-style-type: none"> • CLASSEMENT ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS 		

LE +

Prise de rendez-vous en ligne

(et des rendez-vous prioritaires en ophtalmologie)

VOS AVANTAGES Santéclair



- 1 Un réseau de plus de 3 050 opticiens vous garantissant :**
 - **une qualité de service et d'accueil**
 - **des réductions tarifaires privilégiées**
 - le remboursement intégral de vos verres y compris ceux de grandes marques et de dernières générations et les traitements (durcis, teintés, antireflets,...),
 - 15 % sur le prix de votre monture et les autres produits du magasin, des tarifs négociés sur les lentilles.
 - **la dispense d'avance de frais (tiers payant) dans la limite des garanties prévues par votre contrat**

- 2 Un réseau de 45 centres de chirurgie réfractive vous garantissant :**
 - **des réductions tarifaires** : en moyenne 30% inférieurs aux prix du marché
 - **des tarifs négociés selon chaque technique opératoire**, centre par centre
 - le prix de la consultation préopératoire négocié (entre 60 et 100 € selon les centres)
 - les soins postopératoires inclus dans les tarifs négociés
 - la dispense d'avance de frais (tiers payant) y compris dans les hôpitaux publics.

- 3 Un réseau de plus de 3 000 chirurgiens-dentistes, orthodontistes vous garantissant**
 - **des tarifs privilégiés sur :**
 - des actes de prévention (parodontologie) et des actes esthétiques,
 - des prothèses dentaires et l'orthodontie : des tarifs négociés de 15% à 20%.
 - **la dispense d'avance de frais** (tiers payant) dans la limite des garanties prévues par votre contrat

4 Un réseau de 50 implantologues dentaires vous garantissant :
un réseau de qualité (contrôlé par l'équipe dentaire Santéclair : traçabilité, marque d'implants...),
des tarifs préférentiels 50% inférieurs aux prix constatés sur le marché pour des techniques de pointe.

5 Un réseau de 750 audioprothésistes vous garantissant :

- **des réductions tarifaires privilégiées**
 - 40 à 50 % moins cher en moyenne par rapport aux prix du marché sur les prothèses auditives (sur la totalité des produits de grandes marques)
 - une remise de 20 % sur les piles et produits d'hygiène
- **des services personnalisés**
- **au moins 1 mois d'essai de la prothèse en situation de vie courante,**
- **visite de contrôle pour un bilan complet au moins 1 fois par an.**
- **la dispense d'avance de frais** (tiers payant) dans la limite des garanties prévues par votre contrat

6 Un réseau de 330 ostéopathes (dont 55 chiropracteurs) vous garantissant :

Un tarif négocié de la séance (10 à 15 % inférieurs au prix moyen du marché)





5

LES SERVICES

LES SERVICES



TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE

NOUVEAUTÉ

À COMPTER DU 01/01/2019 VOUS AUREZ LA POSSIBILITÉ DE CONSULTER UN MÉDECIN PAR TÉLÉPHONE (COÛT D'UN APPEL LOCAL) OU PAR VIDÉO.

À l'issue de l'entretien, le médecin peut prescrire une ordonnance si besoin et l'adresser à la pharmacie de votre choix.

Le médecin pourra vous conseiller pour toute question de santé et est tenu par le secret médical.

En cas d'urgence, l'appel sera transféré directement au SAMU.

À noter que dans le cadre de la téléconsultation, le médecin ne pourra pas prescrire d'arrêt de travail.



ASSISTANCE

EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU DE MALADIE SOUDAINE ET IMPRÉVISIBLE, vous pouvez solliciter les services d'assistance pour faciliter votre quotidien (aide ménagère, garde d'enfant,...).

Pour la mise en œuvre des services d'assistance, les salariés pourront contacter, à compter du 01/01/2019, la plateforme dédiée.



ACTION SOCIALE

EN CAS DE SITUATION HUMAINE ET FINANCIÈRE DIFFICILE, L'ORGANISME D'ASSURANCE MET À VOTRE DISPOSITION SON SERVICE D'ACTION SOCIALE QUI PEUT VOUS APPORTER UNE AIDE FINANCIÈRE

(aménagement d'un logement / véhicule en cas de handicap, complément de remboursement en cas de reste à charge important sur vos frais médicaux...).



FONDS SOCIAL ORANO

LE FONDS SOCIAL D'ORANO QUI PERMETTAIT D'APPORTER UNE AIDE FINANCIÈRE AUX SALARIÉS

en cas de dépenses médicales avec un important reste à charge, reste quant à lui maintenu !

Le fond social Orano étudie les dossiers de manière anonyme et est composé paritairement de représentants des organisations syndicales et de la Direction.

Les modalités de fonctionnement vous seront communiquées dès que le règlement intérieur du fonds social aura été défini par la Commission Paritaire.



LE TIERS PAYANT

VIVINTER EST L'ORGANISME COMPLÉMENTAIRE QUI GÈRE LES REMBOURSEMENTS DE VOS DÉPENSES DE SANTÉ. VIVINTER VOUS PERMET DE BÉNÉFICIER D'UN RÉSEAU DE TIERS PAYANT.

Le tiers payant est le mécanisme par lequel votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie ou votre assurance complémentaire "règle" à votre place vos dépenses de santé.

Votre carte de tiers payant vous permet d'éviter l'avance de frais auprès des praticiens conventionnés.

Téléchargez votre nouvelle carte de tiers payant à compter du 01/01/2019

Simple et pratique téléchargez et imprimez votre carte tiers payant à tout moment directement depuis votre Espace Assuré, rubrique "Votre tiers payant" sur www.vivinter.fr ou Gardez à porter de main votre carte de tiers payant disponible depuis votre application smartphone



TÉLÉTRANSMISSION NOEMIE

ELLE PERMET L'ÉCHANGE D'INFORMATIONS ENTRE VIVINTER ET L'ASSURANCE MALADIE, AINSI VOS REMBOURSEMENTS SONT AUTOMATIQUES.

VIVINTER procède ensuite aux remboursements par virement sur votre compte bancaire dans un délai de 48h. A chaque remboursement, un nouveau décompte, détaillant les prestations payées, est consultable via l'application mobile VIVINTER, et téléchargeable sur votre Espace Assuré

DENOEMISATION DE VOTRE CONJOINT

Les règles applicables aux conjoints restent inchangées.

Les conjoints ou concubins ou pacsés déjà bénéficiaires d'une mutuelle propre collective et obligatoire ne bénéficient pas de la télétransmission, ni du tiers payant. Ils restent cependant garantis pour les éventuels frais restant à leur charge après intervention de la Sécurité sociale et de leur première mutuelle.

Ils continueront à disposer d'une carte de service Santéclair leur permettant de profiter des avantages du réseau Santéclair (optique - dentaire - audioprothèse).

Les conjoints ou concubins ou pacsés bénéficiant d'une dispense d'adhésion ou non couverts par une complémentaire santé doivent compléter et adresser l'attestation établie à cet effet (disponible auprès de votre service Ressources Humaines) accompagnée des justificatifs demandés.



PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

EN CAS D'HOSPITALISATION PRÉVUE DÉBUT JANVIER 2019, VOUS POUVEZ EFFECTUER UNE DEMANDE PAR TÉLÉPHONE, COURRIER OU DIRECTEMENT EN LIGNE sur www.vivinter.fr, Espace assuré / Vos remboursements frais de santé / Prise en charge hospitalière.

Il conviendra de nous communiquer :

- vos **NOM** et **PRÉNOM**, et votre **n° de Sécurité sociale**,
- les **NOM** et **PRÉNOM** de la personne hospitalisée, en précisant s'il s'agit de l'assuré (vous- même), de votre conjoint ou d'un enfant à charge,
- les **COORDONNÉES** de l'établissement concerné (adresse exacte de l'établissement, le service et numéro de fax, n° de **FINESS**),
- la **DATE** de l'hospitalisation.

Dès réception de ces informations, VIVINTER adresse par fax au centre hospitalier au maximum 10 jours avant la date de l'intervention, l'attestation de prise en charge hospitalière.



MAÎTRISEZ VOTRE BUDGET SANTÉ

LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

La Sécurité sociale fixe une base de remboursement pour chaque acte médical. Lorsque la consultation (ou l'acte médical) est supérieur à ce tarif, on parle de dépassement d'honoraires. Par exemple, la Sécurité sociale fixe le tarif d'une consultation à 23 € chez un spécialiste de secteur 2, le patient doit régler 60 €, la différence de 37 € (= 60 - 23 €) correspond au dépassement d'honoraires qui n'est pas pris en charge par la Sécurité sociale. Pour en savoir plus sur les dépassements d'honoraires des professionnels de santé, renseignez-vous sur le secteur d'appartenance de votre médecin. Les médecins conventionnés du secteur 1 appliquent le tarif de convention fixé par la Sécurité Sociale. Les médecins conventionnés du secteur 2 pratiquent des honoraires libres, ils sont autorisés à appliquer des dépassements d'honoraires avec tact et mesure.

L'OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE : OPTAM/OPTAM-CO

L'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et l'option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO) permettent de réguler les dépassements d'honoraires de certains professionnels de santé. L'OPTAM*est ouverte aux médecins quelle que soit leur spécialité d'exercice et l'OPTAM-CO* aux médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou gynécologie-obstétrique. Une consultation, dans le cadre du parcours de soins, chez un médecin adhérent à l'OPTAM/OPTAM-CO, sera mieux remboursée par la Sécurité sociale grâce à l'alignement des tarifs de remboursement, par rapport à une consultation chez un médecin non-adhérent à l'OPTAM/OPTAM-CO. Rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr> pour trouver les professionnels de santé adhérents. En contrepartie, les médecins à honoraires libres*, adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO, bénéficieront d'une rémunération spécifique calculée par la CNAMTS (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) sur l'activité réalisée à tarif opposable (tarif sans dépassement d'honoraires).

* Seuls les médecins de secteur 2 ou titulaires d'un droit à dépassement permanent, les médecins qui s'installent pour la première fois en libéral et qui ont les titres leur permettant d'exercer en secteur 2, les médecins titulaires des titres requis pour l'exercice en secteur 2 et installés en secteur 1 avant le 1^{er} janvier 2013, peuvent adhérer à l'OPTAM



VOTRE ESPACE ASSURÉ EN LIGNE

GÉRER VOTRE SANTÉ EN QUELQUES CLICS, SUR LE SITE WWW.VIVINTER.FR, VOUS POUVEZ VOUS CONNECTER 24H/24 À VOTRE ESPACE ASSURÉ POUR :

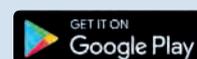
- **Télécharger et imprimer** à tout moment votre carte de tiers payant
- **Suivre en temps réel** vos dossiers et vos remboursements
- **Localiser les professionnels de santé** pratiquant le tiers payant
- **Consulter les formalités** de remboursement
- **Effectuer vos demandes de devis**
- **Demander une prise en charge** hospitalière
- **Modifier vos données** personnelles
- **Poser toutes vos questions** à nos équipes
- **Consulter nos conseils pratiques** et informations médicales
- **et bien plus encore ...**



VOTRE APPLICATION MOBILE

TÉLÉCHARGEZ VOTRE APPLICATION MOBILE VIVINTER ET PROFITEZ DE NOMBREUX SERVICES POUR FACILITER VOTRE QUOTIDIEN ET MIEUX MAÎTRISER VOS DÉPENSES DE SANTÉ.

Retrouvez gratuitement l'application VIVINTER sur :





VOS GARANTIES PRÉVOYANCE

VOS GARANTIES PRÉVOYANCE



Le régime prévoyance actuel (avec 4 options) est inchangé au 01/01/2019 avec toutefois une nouveauté : le décès accidentel est étendu à l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC).

Comme précédemment, l'affiliation au régime prévoyance est obligatoire.

Le contrat prévoyance étant souscrit auprès d'un nouvel organisme d'assurance, vous devrez à nouveau choisir l'une des 4 options et désigner vos bénéficiaires en cas de décès. Une communication spécifique vous sera adressée mi-décembre vous demandant de formuler vos choix en matière d'option et de désignation de bénéficiaires.

DANS CETTE ATTENTE, VOICI QUELQUES PETITS RAPPELS :

• **Quels sont les éléments à prendre en compte pour déterminer le choix le mieux adapté à votre situation personnelle ?**

- votre situation familiale (marié ou pacsé, célibataire, veuf, divorcé, nombre d'enfant(s) à charge)
- votre préférence pour le paiement d'un capital, d'une rente éducation ou d'une rente de conjoint
- votre souhait de privilégier une couverture améliorée en cas d'invalidité absolue et définitive

• **Quelles sont les options à votre disposition ?**

Si vous êtes en situation d'activité et présent au travail, vous avez le choix entre les 4 options proposées. Sont considérés comme en activité et présents au travail, les salariés malades depuis moins de 3 mois en continu et les salariées en congé maternité.

→ **Options 1, 2 et 4 :**

Le choix de l'option peut être effectué, soit par vous-même au moment de l'adhésion ou à tout autre moment, soit par votre (vos) bénéficiaire(s) au moment du sinistre.

→ **Option 3 :**

Le choix de l'option 3 ne peut être effectué que par vous-même, soit au moment de l'adhésion, soit à tout autre moment à condition d'être en activité, présent au travail. En conséquence, ne peuvent choisir cette option : les salariés en arrêt de travail depuis plus de 3 mois en continu et les salariés en Invalidité 1ère catégorie travaillant à temps partiel.

Si vous avez choisi une option, celle-ci ne pourra pas être modifiée par votre (vos) bénéficiaire(s) lors du décès. Si l'option choisie est devenue caduque, l'organisme d'assurance appliquera l'option 1.

• **Que se passe-t-il si vous ne remplissez pas ce formulaire ?**

En cas de sinistre, c'est l'option 1 qui sera appliquée automatiquement.

• **Quand et comment modifier l'option que vous allez choisir ?**

Vous avez la possibilité, à tout moment, de modifier l'option choisie.

VOS GARANTIES PRÉVOYANCE AU 1^{ER} JANVIER 2019

À NOTER

Pour les salariés relevant de la convention collective des transports routiers, le régime prévoyance Orano interviendra sous déduction du régime conventionnel obligatoire du Transport.

Les salariés relevant de la convention collective du Syntec doivent obligatoirement choisir l'option 2 (avec prise en compte des minima syntec s'il y a lieu).

LES GARANTIES	VOS PRESTATIONS				
	OPTION 1 CAPITAL DÉCÈS + DÉCÈS ACCIDENTEL	OPTION 2 CAPITAL DÉCÈS MINORÉ + RENTE EDUCATION + DÉCÈS ACCIDENTEL	OPTION 3 CAPITAL DÉCÈS MINORÉ + CAPITAL I.A.D. MAJORÉ + DÉCÈS ACCIDENTEL	OPTION 4 CAPITAL DÉCÈS MINORÉ + RENTE DE CONJOINT + DÉCÈS ACCIDENTEL	
DÉCÈS / I.A.D. TOUTES CAUSES					
Célibataire, Veuf, Divorcé, Séparé sans personne à charge	250 % T1 T2 DOUBLÉ EN CAS d'I.A.D.	250 % T1 T2	340 % T1 T2	680 % T1 T2	-
Marié ou Pacsé sans personne à charge	400 % T1 T2	250 % T1 T2	340 % T1 T2	680 % T1 T2	200 % T1 T2
Majoration par personne à charge, quelle que soit la situation de famille	80 % T1 T2	50 % T1 T2	-	-	50 % T1 T2
DÉCÈS / I.A.D. ACCIDENTEL* Capital supplémentaire					
Célibataire, Veuf, Divorcé, Séparé sans personne à charge	125 % T1 T2	125 % T1 T2	100 % T1 T2	-	-
Marié ou Pacsé sans personne à charge	200 % T1 T2	125 % T1 T2	100 % T1 T2	-	100 % T1 T2
Majoration par personne à charge, quelle que soit la situation de famille	40 % T1 T2	25 % T1 T2	-	-	25 % T1 T2
INDÉMNITÉ DE SECOURS IMMÉDIAT **					
En cas de décès ou d'IAD	3 FOIS LE DERNIER SALAIRE MENSUEL BRUT T1 T2				
RENTE ÉDUCATION					
- Jusqu'au 11^e anniversaire	-	12 % T1 T2	-	-	-
- De 11 ans au 18^e anniversaire	-	17 % T1 T2	-	-	-
- De 18 ans au 21^e anniversaire ou fin du trimestre des 26 ans - Garantie viagère en cas d'invalidité reconnue par la SS avant le 21^e anniv. les mettant dans l'impossibilité de se livrer à une activité professionnelle	-	25 % T1 T2	-	-	-

NB : Le concubin notoire est assimilé au conjoint pour le calcul des garanties décès, à la condition qu'un enfant soit né de cette union.

I.A.D : Invalidité Absolue et Définitive

* Le décès accidentel est étendu à l'AVC (Accident Vasculaire Cérébral)

** Prestations versées si l'assuré a un conjoint ou au moins un enfant à charge.

T1 (tranche 1) : tranche de salaire inférieure ou égale à 1 plafond de la Sécurité sociale.

T2 (tranche 2) : tranche de salaire comprise entre 1 et 8 plafonds de la Sécurité sociale.

LES GARANTIES	VOS PRESTATIONS			
	OPTION 1 CAPITAL DÉCÈS + DÉCÈS ACCIDENTEL	OPTION 2 CAPITAL DÉCÈS MINORÉ + RENTE EDUCATION + DÉCÈS ACCIDENTEL	OPTION 3 CAPITAL DÉCÈS MINORÉ + CAPITAL I.A.D. MAJORÉ + DÉCÈS ACCIDENTEL	OPTION 4 CAPITAL DÉCÈS MINORÉ + RENTE DE CONJOINT + DÉCÈS ACCIDENTE
RENTE DE CONJOINT				
Rente temporaire (jusqu'à la date de liquidation de la pension de retraite)	-	-	-	15 % T1 T2
PRÉ DÉCÈS CONJOINT/ENFANT À CHARGE (FRAIS D'OBSÈQUES)				
- Décès du conjoint	100 % PMSS			
- Décès d'un enfant à charge	100 % PMSS (LIMITÉ AUX FRAIS RÉELS SI ENFANT DE MOINS DE 12 ANS)			
DOUBLE EFFET				
Décès simultané ou postérieur du conjoint	100 % DU CAPITAL DÉCÈS	100 % DU CAPITAL DÉCÈS + RENTE EDUCATION	100 % DU CAPITAL DÉCÈS	100 % DU CAPITAL DÉCÈS
INFIRMITÉ PAR SUITE D'ACCIDENT				
Infirmité permanente totale	170 % T1 T2	170 % T1 T2	680 % T1 T2	170 % T1 T2
Infirmité permanente partielle	CAPITAL PROPORTIONNEL AVEC FRANCHISE ABSOLUE 10 %			
INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL	Prestations en % de la rémunération brute, sous déduction des prestations Sécurité Sociale			
Franchise	EN COMPLÉMENT ET RELAIS DE LA CCN DE L'ENTREPRISE 90 JOURS D'ARRÊT TOTAL ET CONTINU SI ANCIENNETÉ INSUFFISANTE POUR BÉNÉFICIER DU MAINTIEN CCN			
Prestations	85 % T1 T2			
INVALIDITÉ PERMANENTE				
Prestations en % de la rémunération brute, sous déduction des prestations Sécurité Sociale et du salaire d'activité éventuellement maintenu limitées au salaire net				
- 1 ^{re} catégorie	60 % T1 T2			
- 2 ^e catégorie	85 % T1 T2			
- 3 ^e catégorie	85 % T1 T2			

NB : Le concubin notaire est assimilé au conjoint pour le calcul des garanties décès, à la condition qu'un enfant soit né de cette union.

T1 (Tranche 1) : tranche de salaire inférieure ou égale à 1 plafond de la sécurité sociale

T2 (Tranche 2) : tranche de salaire comprise entre 1 et 8 plafonds de la sécurité sociale

QUELQUES EXEMPLES

VOUS ÊTES MARIÉ AVEC 2 ENFANTS À CHARGE (8 ANS ET 13 ANS)		VOUS AVEZ UN SALAIRE ANNUEL BRUT DE 24 000 €			
		OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 4
Capital Décès par maladie		134 400 €	84 000 €	81 600 €	72 000 €
Capital IAD par maladie		134 400 €	84 000 €	163 200 €	72 000 €
Capital Décès par accident		201 600 €	126 000 €	105 600 €	108 000 €
Capital IAD par accident		201 600 €	126 000 €	187 200 €	108 000 €
Rente éducation					
	rente annuelle (*) pour l'enfant de 8 ans	N/A	2 880 €	N/A	N/A
	rente annuelle (*) pour l'enfant de 13 ans	N/A	4 080 €	N/A	N/A
	Soit un capital constitutif total de rentes (**)	N/A	129 600 €	N/A	N/A
Rente de conjoint					
	rente annuelle	N/A	N/A	N/A	3 600 €
	Soit un capital constitutif total de rentes (***)	N/A	N/A	N/A	61 200 €

VOUS ÊTES MARIÉ AVEC 2 ENFANTS À CHARGE (8 ANS ET 13 ANS)		VOUS AVEZ UN SALAIRE ANNUEL BRUT DE 40 000 €			
		OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 4
Capital Décès par maladie		224 000 €	140 000 €	136 000 €	120 000 €
Capital IAD par maladie		224 000 €	140 000 €	272 000 €	120 000 €
Capital Décès par accident		336 000 €	210 000 €	176 000 €	180 000 €
Capital IAD par accident		336 000 €	210 000 €	312 000 €	180 000 €
Rente éducation					
	rente annuelle (*) pour l'enfant de 8 ans	N/A	4 800 €	N/A	N/A
	rente annuelle (*) pour l'enfant de 13 ans	N/A	6 800 €	N/A	N/A
	Soit un capital constitutif total de rentes (**)	N/A	216 000 €	N/A	N/A
Rente de conjoint					
	rente annuelle	N/A	N/A	N/A	6 000 €
	Soit un capital constitutif total de rentes (***)	N/A	N/A	N/A	102 000 €

VOUS ÊTES MARIÉ AVEC 2 ENFANTS À CHARGE (8 ANS ET 13 ANS)		VOUS AVEZ UN SALAIRE ANNUEL BRUT DE 60 000 €			
		OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 4
Capital Décès par maladie		336 000 €	210 000 €	204 000 €	180 000 €
Capital IAD par maladie		336 000 €	210 000 €	408 000 €	180 000 €
Capital Décès par accident		504 000 €	315 000 €	264 000 €	270 000 €
Capital IAD par accident		504 000 €	315 000 €	468 000 €	270 000 €
Rente éducation					
	rente annuelle (*) pour l'enfant de 8 ans	N/A	7 200 €	N/A	N/A
	rente annuelle (*) pour l'enfant de 13 ans	N/A	10 200 €	N/A	N/A
	Soit un capital constitutif total de rentes (**)	N/A	324 000 €	N/A	N/A
Rente de conjoint					
	rente annuelle	N/A	N/A	N/A	9 000 €
	Soit un capital constitutif total de rentes (***)	N/A	N/A	N/A	153 000 €

N / A : non applicable

(*) Pour rappel, la rente annuelle évolue selon l'âge de l'enfant. Elle est fixée à 12% du salaire T1 T2 jusqu'au 11e anniversaire / 17% de 11 ans au 18e anniversaire / 25% de 18 à 21 ans ou 26 ans si poursuite d'études.

(**) Capital constitutif calculé sur l'hypothèse d'une poursuite d'études jusqu'à l'âge de 23 ans.

(***) Capital constitutif calculé sur l'hypothèse d'un conjoint âgé de 45 ans au moment du décès du salarié et qui liquiderait ses droits à la retraite à 62 ans



DÉFINITIONS

• Personnes à charge :

Sont considérés comme à charge, qu'ils soient légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis, les enfants de l'assuré fiscalement à sa charge (c'est-à-dire pris en compte pour la détermination du quotient familial ou pour lesquels l'assuré verse une pension alimentaire déductible de son revenu global) :

→ lorsqu'ils sont mineurs

→ lorsqu'ils sont majeurs et âgés de moins de 26 ans s'ils remplissent l'une des conditions suivantes :

- être affilié au régime de Sécurité sociale des étudiants ou tout autre régime de base de la Sécurité sociale ;
- être inscrit à Pôle Emploi comme demandeur d'emploi ou effectuant un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré ;
- suivre des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance.

→ quel que soit leur âge, lorsqu'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve, que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21^{ème} anniversaire

les enfants nés moins de 300 jours après le décès de l'assuré sont pris en considération

Les enfants du conjoint de l'assuré ou de son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité, remplissant les conditions visées ci-dessus, sont assimilés aux enfants de l'assuré, lorsqu'ils sont pris en compte pour la détermination du quotient familial du foyer fiscal de l'assuré.

Il est précisé que les conditions pour être considéré comme enfant à charge doivent être remplies au jour du décès de l'assuré.

Sont également considérés comme à charge, les ascendants de l'assuré ou de son conjoint qui sont dans le besoin au sens de l'article 205 du Code civil et pour lesquels l'assuré déduit fiscalement une pension alimentaire de son revenu global.

• Sur quelle base est calculé le capital décès ?

Le capital décès est calculé sur la base du salaire brut du mois qui précède l'arrêt de travail ou le décès multiplié par 12, augmenté des primes et gratifications perçues au cours des 12 mois précédant le sinistre.

Le capital décès n'est soumis à aucun prélèvement et n'est pas imposable.

• Qu'est-ce que l'Invalidité Absolue et Définitive (I.A.D.) ou perte totale et irréversible d'autonomie?

Le salarié est considéré en invalidité absolue et définitive ou (en perte irréversible d'autonomie) lorsqu'il est totalement inapte à la moindre activité professionnelle et est dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.

Il est alors classé en 3^{ème} catégorie d'invalidité par la Sécurité sociale.

Dans ce cas, le capital décès peut être versé par anticipation 12 mois après la décision de classement à la demande de l'assuré. Si vous choisissez l'option 3 (invalidité absolue et

définitive renforcée), le capital décès prévu par cette option est doublé.

NB : les catégories d'invalides

→ 1^{ère} catégorie : invalide capable d'exercer une activité rémunérée,

→ 2^{ème} catégorie : invalide absolument incapable d'exercer une profession quelconque,

→ 3^{ème} catégorie : invalide qui, étant absolument incapable d'exercer une profession quelconque, est en outre dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

• Qu'est-ce que l'Accident ?

On entend par accident toute atteinte corporelle dont est victime un assuré et provenant de l'action soudaine et inattendue d'une cause extérieure ainsi que toutes les manifestations pathologiques qui sont la conséquence directe d'une telle atteinte corporelle (sous réserve des exclusions). Il est précisé que toute atteinte corporelle dont sera victime un assuré dans les conditions susvisées sera présumée résulter d'une cause extérieure à l'assuré, à moins que l'assureur n'établisse une cause interne à l'assuré telle une maladie.

• Double Effet (décès du conjoint simultané ou postérieur à celui de l'assuré)

Après le décès de l'assuré, lorsque son conjoint non remarié ou son partenaire lié par un Pacs décède avant son 60^{ème} anniversaire, et alors que le contrat est toujours en vigueur, les enfants qui, au décès de l'assuré, répondaient à la définition des enfants à charge, et y répondent encore au décès du conjoint reçoivent :

→ un second capital

→ le doublement de la rente éducation prévue contractuellement (option 2)

Les prestations sont également versées lorsque les deux conjoints décèdent d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès.

En cas de décès au cours d'un même événement de l'assuré et d'au moins une des personnes dont l'existence est susceptible d'être prise en compte pour le calcul du capital, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, l'assuré est présumé être décédé le premier.

• Indemnité de Secours Immédiat (versée si vous avez un conjoint ou au moins une personne à charge) :

En cas de décès ou d'IAD d'un assuré ayant un conjoint et/ou une personne à charge, une indemnité est versée aux bénéficiaires suivants :

→ en cas de décès : au conjoint, à défaut au partenaire PACS, à défaut au concubin notoire si un enfant est né de l'union, à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants à charge au sens fiscal, à défaut aux ascendants à charge au sens fiscal.

→ en cas d'Invalidité Absolue et Définitive : à l'assuré qu'il soit en activité ou en arrêt de travail, en même temps que le capital décès versé par anticipation. Ce versement met fin à la garantie en cas de décès.

EXCLUSIONS

• Garantie Décès et Invalidité Absolue et Définitive

Sont exclus de la garantie « Décès et Invalidité Absolue et Définitive » :

- le suicide ou la tentative de suicide de l'assuré au cours de la première année d'assurance. Si l'assuré était précédemment garanti au titre d'un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire au sens de l'article 2 de la loi N° 89-1009 du 31 décembre 1989, sans qu'il y ait eu interruption des garanties, le délai d'un an est supprimé
- le risque de guerre : en cas de guerre étrangère, le risque de Décès et Invalidité Absolue et Définitive ne pourra être couvert que dans les conditions qui seront déterminées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre

• Garantie Incapacité de travail / Invalidité Permanente

Sont exclus de la garantie « Incapacité de travail / Invalidité Permanente » les accidents résultant :

- du fait volontaire ou intentionnel de l'assuré,
- de guerres étrangères
- de la participation active de l'assuré à une guerre passive (où la France ne participerait pas), une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, une émeute, un acte de terrorisme, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel sont garantis

• Garantie Accident

Sont exclus de la garantie « Accident », ceux résultant :

- du fait volontaire ou intentionnel du bénéficiaire ou de l'assuré
- de la tentative de suicide de l'assuré
- de la guerre civile ou étrangère si l'assuré prend une part active
- d'émeutes, de rixes, d'actes de terrorisme dans lesquels l'assuré a pris une part active étant précisé que le cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis
- de la conduite en état d'ivresse lorsque le taux d'alcoolémie est égal ou supérieur à celui légalement admis dans le pays où a lieu l'accident
- de l'usage de drogues, stupéfiants ou substances médicamenteuses au-delà des doses thérapeutiques usuelles ou des limites prescrites médicalement.

VOS CONTACTS VIVINTER

PAR INTERNET :

www.vivinter.fr

PAR TÉLÉPHONE :

01 70 91 39 01

du lundi au vendredi de 8h30 à 18h

PAR COURRIER :

VIVINTER - TSA 70 004
93 414 Saint-Denis Cedex



VIVINTER

UNE MARQUE DU GROUPE SIACI SAINT HONORE



orano

VIVINTER est une marque du groupe SIACI SAINT HONORE SAS - Season, 39 rue Mstislav Rostropovitch 75815 Paris cedex 17 - Tél. +33 (0)1 4420 9999 - Fax +33 (0)1 4420 9500 - www.s2hgroup.com - Courtier d'assurance ou de réassurance, conseiller en investissement financier (CIF), courtier en opérations de banque et en services de paiement - N° d'immatriculation ORIAS 07 000 771 - capital social 61 057 144 Euros - 572 059 939 RCS Paris - APE 6622 Z - N° de TVA Intracommunautaire : FR 54 572 059 939 Pour prendre connaissance de la liste de vos droits issus de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 et du règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016, consulter les mentions légales sur le site <https://www.vivinter.fr/mentions-legales>.