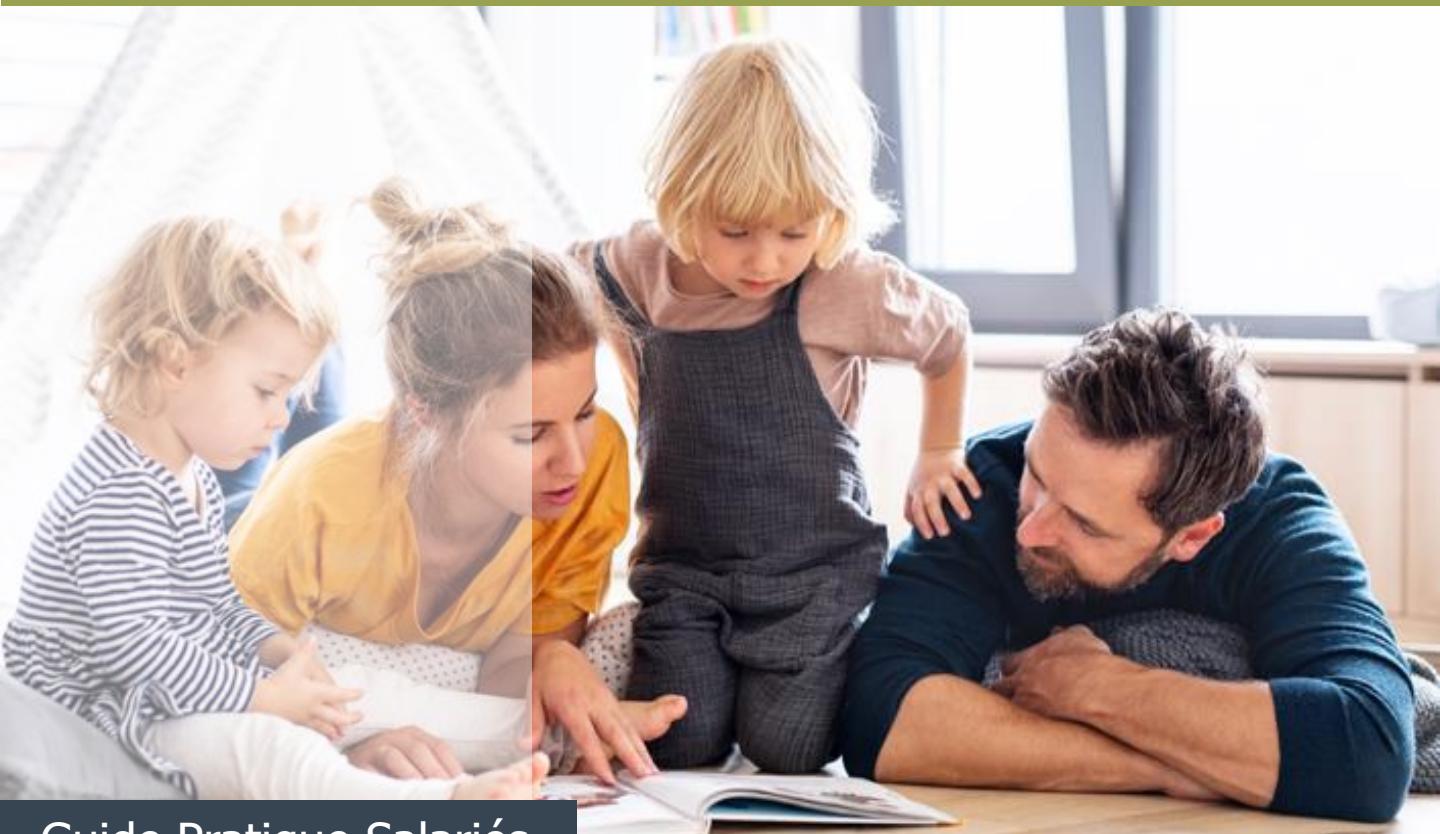


COMPASS GROUP



Guide Pratique Salariés

**FRAIS DE SANTÉ &
PRÉVOYANCE**

JANVIER 2025



S'engager pour mieux vous protéger.

COLONNA

LETTER D'INFORMATION DE LA DIRECTION PEOPLE CULTURE IMPACT ET DE LA COMMISSION FRAIS DE SANTE ET DE PREVOYANCE :



Châtillon, le 24 Janvier 2025

Madame, Monsieur,

Cette année encore, vos représentants au sein de la commission « frais de santé et prévoyance » ont œuvré pour réduire l'impact du désengagement de la sécurité sociale en matière de frais de santé en limitant la hausse à la seule augmentation du PMSS (1,6%) imposée par le Gouvernement, soit bien en deçà des hausses promises par les assureurs.

Ce résultat très positif est à mettre en regard d'un pilotage sérieux de notre contrat d'assurance qui nous permet aujourd'hui de vous proposer une amélioration des garanties sur les frais dentaires : Parodontologie, implants, prothèses et surtout de créer un fonds de solidarité santé accessible à tous. Une information plus détaillée vous parviendra dès lors que les dernières modalités auront été arrêtées.

Coté prévoyance, notre régime reste déficitaire ce qui nous oblige cette année encore à devoir augmenter les cotisations d'une manière modérée.

La Direction et ses Partenaires Sociaux sont fiers de ces avancées sociales très importantes au sein de Compass Group France qui apporteront, aide et soutien aux plus fragiles d'entre nous.

Ensemble, nous vous souhaitons à toutes et tous une bonne et Heureuse année 2025 pleine de sérénité et de santé.

La Direction People Culture Impact

La Commission Frais de santé et de prévoyance

SOMMAIRE

Ce résumé de garanties complète votre guide assuré et présente les garanties du contrat d'assurance frais de santé et prévoyance dont vous bénéficiez en tant que salarié. Il vous accompagne dans la compréhension de vos prestations et de leurs modalités d'application. **Le document n'a pas de valeur contractuelle et ne fait pas office de notice d'information du salarié.**

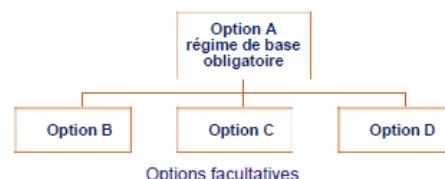




COMMENT FONCTIONNE VOTRE CONTRAT ?



Votre régime est composé de 4 niveaux de garanties : **options A, B, C et D**. L'affiliation à l'option A (régime de base) est obligatoire et automatiquement attribuée à défaut de choix de votre part. L'affiliation aux options B, C et D est facultative.



DÉBUT DES GARANTIES

- Votre régime Frais de Santé prend effet à la date de votre embauche, pour vous-même et les membres de votre famille si vous avez fait le choix de les affilier

CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent pour le salarié et ses ayants droit :

- A la date de votre départ de l'entreprise (sauf en cas de portabilité des droits).
- En cas de suspension de votre contrat de travail dès lors que cette suspension ne donne pas lieu à une indemnisation (maintien total ou partiel du salaire ou Indemnités Journalières de la Sécurité sociale (IJSS)),
- Au jour de votre départ en retraite,
- En cas de décès du participant (sauf dans le cas d'un maintien des garanties en faveur des ayants droit au moment du décès prévus contractuellement),
- A la date de résiliation du contrat collectif,

MAINTIEN DES GARANTIES

PORTEUR : En cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage, les garanties pourront être maintenues sous certaines conditions pour une durée correspondante à votre dernier contrat de travail et dans la limite de 12 mois maximum (sans coût à votre charge). Vous devrez justifier auprès de COLONNA FACILITY de votre prise en charge par France Travail (ouverture de droit à l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi).

LOI EVIN : Le maintien des garanties à titre individuel est accordé aux anciens salariés bénéficiaires du régime, bénéficiant soit :

- d'une rente d'incapacité ou d'invalidité servie par la Sécurité sociale ou d'une pension de retraite versée par la sécurité sociale ou d'un revenu de remplacement allocations chômage (en relais de la portabilité s'ils sont privées d'emploi)

Pour bénéficier de ce maintien de garanties, les salariés devront en faire la demande à Colonna Facility dans les 6 mois qui suivent leur sortie des effectifs ou la fin de leur portabilité.



Votre régime est composé de 4 niveaux de garanties : **options A, B, C et D**. L'affiliation à l'option A (régime de base) est obligatoire et automatiquement attribuée à défaut de choix de votre part. L'affiliation aux options B, C et D est facultative.

COMMENT CHANGER D'OPTION ?



PRISE D'EFFET DES OPTIONS

L'option facultative prend effet pour vous :

- lors de l'embauche. Dans ce cas, les garanties de l'option prennent effet à la date d'effet de l'affiliation.
- au 1^{er} jour du mois civil qui suit la demande



COMMENT CHANGER D'OPTION ?

- **Pour augmenter ou diminuer vos garanties (passage à une option inférieure ou supérieure).** Il suffit de retourner à COLONNA FACILITY un nouveau bulletin individuel d'affiliation
- Le changement d'option est autorisé dans les trois mois qui suivent :
 - la date d'effet du contrat
 - la date d'entrée dans la catégorie de personnel assurée
 - un changement de situation familiale (mariage, divorce, naissance...)
- **Tout changement d'option prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.**

Il est également possible de modifier son choix vers une option supérieure ou inférieure tous les 2 ans avec prise d'effet au 1^{er} janvier, la demande de modification devant parvenir à COLONNA FACILITY avant le 31 décembre qui précède.

Sous réserve d'une cotisation supplémentaire, vous pouvez faire bénéficier votre famille de votre couverture frais de santé.

Il suffit pour cela de compléter et retourner à COLONNA FACILITY un Bulletin individuel d'affiliation (téléchargeable sur l'intranet COMPASS et disponible sur demande auprès de votre responsable) accompagné des pièces justificatives demandées et téléchargeable sur l'intranet COMPASS. La couverture de la famille prend effet le même jour que vous si la demande est faite conjointement à la vôtre ou au 1^{er} jour du mois suivant la demande, si cette dernière est postérieure.

QUI PEUT ÊTRE COUVERT ?

VOUS, EN TANT QUE SALARIÉ



Comme le prévoit la législation, en tant que salarié, vous êtes automatiquement couvert par la complémentaire santé souscrite par votre employeur. Cette couverture vous protège en cas de dépenses de santé liées, par exemple, à des consultations médicales, hospitalisations, médicaments, soins dentaires, et optiques.

VOTRE CONJOINT



Votre époux ou épouse non-séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrise à l'état civil), ni divorcé(e)

- ou à défaut, votre partenaire lié(e) par un pacte civil de solidarité (PACS)
- ou à défaut, votre concubin(e) au sens de l'article 515-8 du Code civil, sous réserve que l'assuré et son concubin(e) soient libres de tout engagement (mariage ou PACS) et de la production d'un justificatif de situation de concubinage.

VOS ENFANTS



Vos enfants ou ceux de votre conjoint (partenaire de PACS ou concubin, s'ils vivent au foyer ou s'ils sont rattachés fiscalement au foyer, remplissant les conditions suivantes :

- Agés de moins de 18 ans à charge au sens de la Sécurité Sociale

Agés de moins de 26 ans à charge au sens de la législation fiscale, à savoir :

- les enfants pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable.

Les enfants auxquels vous servez une pension alimentaire retenue sur votre avis d'imposition au titre d'enfant à charge déductible du revenu global

RÉSUMÉ DE VOS GARANTIES SANTÉ

NATURE DES FRAIS	Option A (Base obligatoire) prestations en complément de la Sécurité Sociale		Option B Prestations sous déduction de l'Option A		Option C Prestations sous déduction de l'Option A		Option D Prestations sous déduction de l'Option A	
	Responsable		Responsable		Responsable		Responsable	
SOINS COURANTS	DPTAM	hors DPTAM	DPTAM	hors DPTAM	DPTAM	hors DPTAM	DPTAM	hors DPTAM
Honoraires médicaux								
Consultations et visites de généralistes	TM	TM	72,50% BR	52,50% BR	95% BR	75% BR	135% BR	115% BR
Consultations et visites de spécialistes	TM	TM	75% BR	55% BR	100% BR	80% BR	150% BR	130% BR
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux	TM	TM	50% BR	30% BR	72,50% BR	52,50% BR	135% BR	115% BR
Actes d'imagerie médicale, échographie	TM	TM	50% BR	30% BR	72,50% BR	52,50% BR	135% BR	115% BR
Séances d'accompagnement psychologique réalisées par un psychologue remboursées par la SS	TM		TM		TM		TM	
Analyses et examens de laboratoire								
Analyses et examens de biologie médicale	TM		50% BR		72,50% BR		135% BR	
Honoraires paramédicaux								
Auxiliaires médicaux	TM		50% BR		72,50% BR		135% BR	
Matériel médical								
Prothèses (hors dentaires et auditives)	65% BR		95% BR		110% BR		135% BR	
Prothèses orthopédiques	100% BR		125% BR		150% BR		175% BR	
Médicaments								
Médicaments remboursés par la SS	TM		TM		TM		TM	
Homéopathie prescrite non remboursée par la SS	20 € par an / bénéficiaire		20 € par an / bénéficiaire		20 € par an / bénéficiaire		20 € par an / bénéficiaire	
HOSPITALISATION (y compris Maternité)	DPTAM	hors DPTAM	DPTAM	hors DPTAM	DPTAM	hors DPTAM	DPTAM	hors DPTAM
Honoraires								
Honoraires chirurgicaux	100 % FR	100% BR+TM	100 % FR	100% BR+TM	100 % FR	100% BR+TM	100 % FR	100% BR+TM
Forfait journalier hospitalier								
Forfait journalier hospitalier (sans limitation de durée)	100 % FR		100 % FR		100 % FR		100 % FR	
Autres actes								
Frais de séjour	100% FR		100% FR		100% FR		100% FR	
Participation forfaitaire sur les actes techniques	100 % FR		100 % FR		100 % FR		100 % FR	
Chambre particulière	2,4 % PMSS / jour (max 30 jours)		2,4 % PMSS / jour		2,4 % PMSS / jour		2,4 % PMSS / jour	
Frais de lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 12 ans	3 % PMSS / jour		3 % PMSS / jour		3 % PMSS / jour		3 % PMSS / jour	
Transport remboursé par la SS	TM		TM		TM		150% BR	
Garde malade à domicile remboursé par la SS	Néant		100 % FR (max 12 jours par an)		100 % FR (max 12 jours /an)		100 % FR (max 12 jours /an)	

RÉSUMÉ DE VOS GARANTIES SANTÉ

NATURE DES FRAIS	Option A (Base obligatoire) prestations en complément de la Sécurité Sociale	Option B Prestations sous déduction de l'Option A	Option C Prestations sous déduction de l'Option A	Option D Prestations sous déduction de l'Option A
DENTAIRE	sans reste à charge			
Soins et Prothèses "Panier 100% Santé" avec Honoraires Limites de Facturation (HLF) en vigueur à la date des soins				
Soins hors 100% santé				
Soins dentaires	TM	115% BR	120% BR	120% BR
Prothèses hors 100% santé (à honoraires maîtrisés et libres)				
Prothèses remboursées par la SS à honoraires maîtrisés	155% BR	237% BR	273% BR	332% BR
Prothèses remboursées par la SS à honoraires libres	155% BR	237% BR	273% BR	332% BR
Inlay core remboursés pas la SS à honoraires maîtrisés	155% BR	237% BR	273% BR	332% BR
Inlay core remboursés pas la SS à honoraires libres	155% BR	237% BR	273% BR	332% BR
Inlay, onlay remboursés par la SS à honoraires maîtrisés	TM + 25% BR	140% BR	145% BR	145% BR
Inlay, onlay remboursés par la SS à honoraires libres	TM + 25% BR	140% BR	145% BR	145% BR
Prothèses non remboursées par la SS (base 120€)	155 % BRR / acte	237 % BRR / acte	237 % BRR / acte	332 % BRR / acte
Implantologie (non remboursée par la SS)				
Implants dentaires (hors prothèses dentaires)	200 € / an	300 € / an	400 € / an	500 € / an
Orthodontie				
Orthodontie remboursée par la SS	125% BR	166% BR	220% BR	332% BR
Orthodontie non remboursée par la SS (base 193,50€) si enfant > 16 ans	121 % BRR	121 % BRR	121 % BRR	121 % BRR
Parodontologie				
Parodontologie non remboursée par la S.S	25€ / an	50€ / an	75€ / an	100€ / an
OPTIQUE (les garanties sont exprimées sous déduction des remboursements de la Sécurité sociale, hors lentilles et chirurgie réfractive)				
1 équipement (2 verres et 1 monture) tous les 2 ans ramené à 1 an si évolution de la vue ou enfant de moins de 16 ans.				
Pour les enfants de moins de 6 ans, renouvellement possible à l'expiration d'une période de 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture.				
Equipements 100% Santé CLASSE A	sans reste à charge			
Equipements hors 100% Santé CLASSE B				
Monture Adulte	49 €	99 €	100 €	100 €
Monture Enfant	44 €	45 €	56 €	66 €
Verre	Cf grille optique Option A	Cf grille optique Option B	Cf grille optique Option C	Cf grille optique Option D
Lentilles				
Lentilles remboursées par la SS (y compris jetables)	5 % PMSS / an, au-delà min TM	6 % PMSS / an, au-delà min TM	7 % PMSS par an, au-delà min TM	8 % PMSS par an, au-delà min TM
Lentilles non remboursées par la SS (y compris jetables)	4,5 % PMSS / an	6 % PMSS / an	7 % PMSS par an	8 % PMSS par an
Autres actes				
Chirurgie réfractive	29,465 % PMSS / an / œil	29,465 % PMSS / an / œil	29,465 % PMSS / an / œil	29,465 % PMSS / an / œil

RÉSUMÉ DE VOS GARANTIES SANTÉ

NATURE DES FRAIS	Option A (Base obligatoire) prestations en complément de la Sécurité Sociale	Option B Prestations sous déduction de l'Option A	Option C Prestations sous déduction de l'Option A	Option D Prestations sous déduction de l'Option A
AIDES AUDITIVES (Limité à un appareillage par oreille tous les 4 ans)				
Equipements 100% Santé CLASSE I	sans reste à charge			
Equipements hors 100% Santé CLASSE II				
Aides auditives dans la limite de 1700€ TTC par aide auditive y compris SS	10,804 % PMSS /oreille (min TM)	29,465 % PMSS / oreille (min TM)	29,465 % PMSS par oreille (min TM)	34,376 % PMSS par oreille (min TM)
Accessoires et fournitures (y compris Piles remboursées par la SS)	15 € par an / bénéficiaire	30 € par an / bénéficiaire	45 € par an / bénéficiaire	60 € par an / bénéficiaire
AUTRES ACTES				
Cures Thermales				
Cures thermales acceptées par la SS (dont Forfait Voyage et hébergement)	7,857 % PMSS	9,822 % PMSS	9,822 % PMSS	9,822 % PMSS
Maternité				
Allocation naissance ou adoption	7,857 % PMSS / enfant	7,857 % PMSS / enfant	7,857 % PMSS / enfant	7,857 % PMSS / enfant
Médecine douce				
Ostéopathie, Diététicien, Acupuncteur, Chiropraxie, Etiopathie, Homéopathie, Psychomotricité, Pédicure, Psychologue	80 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire	120 € / an / bénéficiaire	140 € / an / bénéficiaire
Podologue	60 € / an / bénéficiaire	60 € / an / bénéficiaire	60 € / an / bénéficiaire	60 € / an / bénéficiaire
Obsèques				
Frais d'obsèques par bénéficiaire (limités au frais réels), Affilié, Conjoint, Concubin, Pacsé, Enfant à charge	50 % PMSS	50 % PMSS	50 % PMSS	50 % PMSS
PREVENTION				
Actes de prévention selon la liste de l'arrêté du 8 juin 2006	TM	TM	TM	TM
Vaccins non remboursés par la SS et prescrits médicalement	50 € / an / bénéficiaire	50 € / an / bénéficiaire	50 € / an / bénéficiaire	50 € / an / bénéficiaire
Vaccins acceptés par la SS	TM	TM	TM	TM
Détartrage complet sus et sous gingival (effectué en 2 séances maximum)	TM	TM	TM	TM
Allocation Obsèques				
Affilié, conjoint, concubin, pacé, enfant à charge, dans la limite des frais réellement engagés	50% PMSS	50% PMSS	50% PMSS	50% PMSS



Les prestations énoncées dans le tableau ci-dessus s'entendent **en complément** des prestations versées par la Sécurité sociale (cela signifie que la garantie n'inclut pas le remboursement de la SS) ou par tout autre organisme et ne peuvent excéder les frais réellement engagés et sous réserve des dispositions prévues aux conditions générales. Elles s'appliquent lorsque le patient respecte le parcours de soins coordonnés. En cas de non-respect du parcours de soins coordonnés, ni les dépassements d'honoraires autorisés, ni la majoration du ticket modérateur ne sont pris en charge. En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité sauf mention particulière au tableau de garanties. Lorsque la Sécurité sociale intervient, le régime prend à minima en charge le Ticket Modérateur conformément à la réglementation

RÉSUMÉ DE VOS GARANTIES SANTÉ – GRILLE OPTIQUE

VERRES CLASSE B	SPH = sphère	Catégorie	OPTION A Base		OPTION B		OPTION C		OPTION D	
	CYL = cylindre		Adulte	Enfant	Adulte	Enfant	Adulte	Enfant	Adulte	Enfant
	S = sphère + cylindre		Par verre		Par verre		Par verre		Par verre	
	NEUTRES		2291480		30 €	30 €	52 €	52 €	70 €	70 €
UNIFOCAUX	SPH de -6,00 à +6,00	Simple	30 €	30 €	52 €	52 €	70 €	70 €	97 €	97 €
	SPH de -6,00 à 0,00 et CYL ≤ +4,00	Simple	30 €	30 €	52 €	52 €	70 €	70 €	97 €	97 €
	SPH > 0 et S ≤ +6,00	Simple	30 €	30 €	52 €	52 €	70 €	70 €	97 €	97 €
	SPH hors zone de -6,00 à 6,00	Complexe	82 €	53 €	133 €	82 €	172 €	105 €	252 €	156 €
	SPH de -6,00 à 0,00 et CYL > +4,00	Complexe	82 €	53 €	133 €	82 €	172 €	105 €	252 €	156 €
	SPH < -6,00 et CYL ≥ +0,25	Complexe	82 €	53 €	133 €	82 €	172 €	105 €	252 €	156 €
	SPH ≥ 0 et S > +6,00	Complexe	82 €	53 €	133 €	82 €	172 €	105 €	252 €	156 €
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	SPH de -4,00 à +4,00	Complexe	82 €	53 €	133 €	82 €	172 €	105 €	252 €	156 €
	SPH de -8,00 à 0,00 et CYL ≤ +4,00	Complexe	82 €	53 €	133 €	82 €	172 €	105 €	252 €	156 €
	SPH > 0 et S ≤ +8,00	Complexe	82 €	53 €	133 €	82 €	172 €	105 €	252 €	156 €
	SPH hors zone de -4,00 à +4,00	Très complexe	85 €	53 €	135 €	82 €	174 €	105 €	288 €	156 €
	SPH de -8,00 à 0,00 et CYL > +4,00	Très complexe	85 €	53 €	135 €	82 €	174 €	105 €	288 €	156 €
	SPH < -8,00 et CYL ≥ +0,25	Très complexe	85 €	53 €	135 €	82 €	174 €	105 €	288 €	156 €
	SPH ≥ 0 et S > +8,00	Très complexe	85 €	53 €	135 €	82 €	174 €	105 €	288 €	156 €

Le poste optique est limité à un équipement (monture + 2 verres) tous les 2 ans sauf évolution de la vue ou enfant de moins de 16 ans (1 an). Pour les enfants de moins de 6 ans, renouvellement possible à l'expiration d'une période de 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture.

Les deux ans sont décomptés à partir de la date d'acquisition de l'équipement (et non en année civile).

COLUNNA FACILITY vous propose de rejoindre le réseau OPTILYS pour une meilleure prise en charge

LE MONTANT DE VOS COTISATIONS

L'OPTION A Salarié seul est à adhésion obligatoire.



Les cotisations sont exprimées en euros sur la base du **PMSS d'un montant égal à 3 925 € à compter du 1^{er} janvier 2025** (*estimation à date*).

Pour rappel, la participation patronale n'est pas exonérée d'impôt sur le revenu et donc intégrée dans le calcul du revenu fiscal.

- 2 bénéficiaires = le salarié + 1 membre de sa famille défini en page 5
- 3 bénéficiaires et + ; = le salarié + tous les membres de sa famille définis en page 5

Les cotisations étant exprimées dans le contrat en % du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale, elles évoluent chaque année en suivant l'indexation du PMSS, et éventuellement en cas d'évolution réglementaire.

Le **salarié en arrêt de travail** pour maladie, accident ou maternité est exonéré de cotisation à l'expiration de la période de maintien de salaire par l'employeur.

RÉGIME GÉNÉRAL

RÉGIME LOCAL

	COTISATION NON CADRES	COTISATION GLOBALE	COTISATION PATRONALE	COTISATION SALARIALE
OPTION A	SALARIE SEUL	66,96 €	57,89 €	9,07 €
	2 BENEFICIAIRES	106,64 €	57,89 €	48,75 €
	3 BENEFICIAIRES et +	113,75 €	57,89 €	55,85 €

OPTION B	SALARIE SEUL	76,89 €	57,89 €	19,00 €
	2 BENEFICIAIRES	130,04 €	57,89 €	72,14 €
	3 BENEFICIAIRES et +	140,12 €	57,89 €	82,23 €

OPTION C	SALARIE SEUL	8168 €	57,89 €	23,79 €
	2 BENEFICIAIRES	142,67 €	57,89 €	84,78 €
	3 BENEFICIAIRES et +	154,37 €	57,89 €	96,48 €

OPTION D	SALARIE SEUL	90,51 €	57,89 €	32,62 €
	2 BENEFICIAIRES	162,85 €	57,89 €	104,95 €
	3 BENEFICIAIRES et +	177,33 €	57,89 €	119,44 €

	COTISATIONS CADRES	COTISATION GLOBALE	COTISATION PATRONALE	COTISATION SALARIALE
OPTION A	SALARIE SEUL	88,67 €	57,89 €	30,77 €
	2 BENEFICIAIRES	130,15 €	57,89 €	72,26 €
	3 BENEFICIAIRES et +	140,24 €	57,89 €	82,35 €

OPTION B	SALARIE SEUL	98,67 €	57,89 €	40,78 €
	2 BENEFICIAIRES	151,23 €	57,89 €	93,34 €
	3 BENEFICIAIRES et +	163,99 €	57,89 €	106,09 €

OPTION C	SALARIE SEUL	114,22 €	57,89 €	56,32 €
	2 BENEFICIAIRES	161,59 €	57,89 €	103,70 €
	3 BENEFICIAIRES et +	175,68 €	57,89 €	117,79 €

OPTION D	SALARIE SEUL	120,65 €	57,89 €	62,76 €
	2 BENEFICIAIRES	192,68 €	57,89 €	134,78 €
	3 BENEFICIAIRES et +	207,75 €	57,89 €	149,86 €

	COTISATIONS NON CADRES	COTISATION GLOBALE	COTISATION PATRONALE	COTISATION SALARIALE
OPTION A	SALARIE SEUL	48,40 €	39,88 €	8,52 €
	2 BENEFICIAIRES	62,64 €	39,88 €	22,77 €
	3 BENEFICIAIRES et +	66,53 €	39,88 €	26,65 €

OPTION B	SALARIE SEUL	57,58 €	39,88 €	17,70 €
	2 BENEFICIAIRES	81,91 €	39,88 €	42,04 €
	3 BENEFICIAIRES et +	88,19 €	39,88 €	48,32 €

OPTION C	SALARIE SEUL	64,25 €	39,88 €	24,37 €
	2 BENEFICIAIRES	96,12 €	39,88 €	56,25 €
	3 BENEFICIAIRES et +	104,21 €	39,88 €	64,33 €

OPTION D	SALARIE SEUL	72,26 €	39,88 €	32,38 €
	2 BENEFICIAIRES	115,12 €	39,88 €	75,24 €
	3 BENEFICIAIRES et +	125,80 €	39,88 €	85,92 €

	COTISATIONS CADRES	COTISATION GLOBALE	COTISATION PATRONALE	COTISATION SALARIALE
OPTION A	SALARIE SEUL	74,65 €	57,93 €	16,72 €
	2 BENEFICIAIRES	97,69 €	57,93 €	39,76 €
	3 BENEFICIAIRES et +	103,70 €	57,93 €	45,77 €

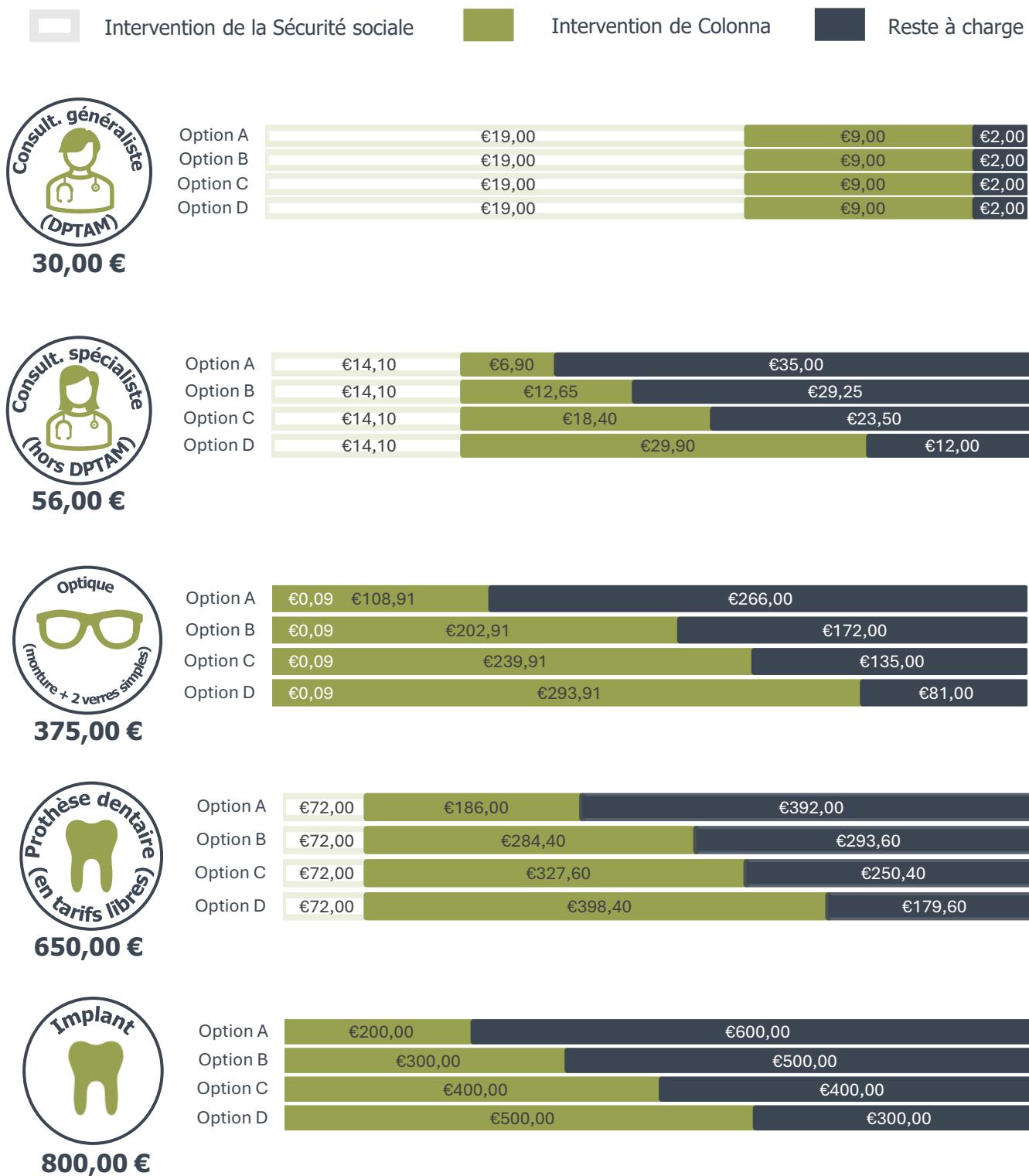
OPTION B	SALARIE SEUL	84,39 €	57,93 €	26,45 €
	2 BENEFICIAIRES	118,65 €	57,93 €	60,72 €
	3 BENEFICIAIRES et +	127,29 €	57,93 €	69,35 €

OPTION C	SALARIE SEUL	100,13 €	57,93 €	42,19 €
	2 BENEFICIAIRES	148,76 €	57,93 €	90,82 €
	3 BENEFICIAIRES et +	161,20 €	57,93 €	103,27 €

OPTION D	SALARIE SEUL	106,49 €	57,93 €	48,55 €
	2 BENEFICIAIRES	158,53 €	57,93 €	100,60 €
	3 BENEFICIAIRES et +	170,03 €	57,93 €	112,10 €

Les exemples de garanties ci-dessous ont pour objectif de faciliter la lecture de vos garanties.

Les exemples cités n'ont aucune valeur contractuelle et ne peuvent donc engager la responsabilité de Colonna. Seule la transmission d'un devis réalisé par nos services peut déterminer le montant exact du remboursement.



*Exemple pour une personne dépendant du régime général.

Exemples calculés à partir des bases et taux de remboursements SS connus au 16/12/2024 – Document non contractuel.



Bénéficiez de soins d'exception à tarifs négociés

Grâce à votre réseau de soins Optylys, bénéficiez de **nombreux avantages auprès des professionnels de santé en optique et en audiologie**.

Accédez à des services de **qualité supérieure avec des tarifs préférentiels** négociés pour vous par votre complémentaire santé Colonna.



Diminution de vos dépenses de santé



Qualité et expertise



Simplicité et rapidité



Réseau de soins très étendu et accessible

Comment en bénéficier ?

1

Localisez votre professionnel de santé partenaire près de chez vous.
Sur **votre espace santé** Rubrique « Mes services »,

Depuis votre **application mobile** Colonna Facility ou **le web** assure.cofacility.fr/ase

2

Présentez votre carte de Tiers Payant et bénéficiez immédiatement des avantages du réseau sans avancer vos frais de santé.

3

Profitez des nombreux avantages sur les équipements optiques (verres, montures, lentilles de contact) et d'audiologie



Grâce à **votre opticien en ligne**, prenez soin de votre santé visuelle

Le geste de prévention le plus efficace pour vos yeux est un **suivi régulier**. C'est pourquoi Colonna met tout en œuvre pour votre **prévention visuelle** et vous offre les services d'un opticien en ligne.



Test de vue offert en téléconsultation



RDV rapide chez un ophtalmologue près de chez vous



Pas de démarche administrative, Pas d'avance de frais



Zéro reste à charge sur vos lunettes

Comment en bénéficier ?

1

Prenez rendez-vous en ligne :
Sur **votre espace santé** Rubrique « Mes services », « Prendre soin de sa vue »

Depuis votre **application mobile** Colonna Facility ou **le web** assure.cofacility.fr/ase

2

Choisissez votre créneau et complétez votre profil pour finaliser la prise de rendez-vous. Un mail de confirmation est envoyé, notez le rendez-vous dans votre agenda
Le jour J, vous recevez le lien de la téléconsultation par mail, une heure avant le rendez-vous.

3

Vérifiez votre vue en seulement **20 min de téléconsultation**, suivez son évolution, obtenez un bilan détaillé et découvrez les solutions pour un confort visuel optimal au quotidien.



Grâce à la téléconsultation
Accédez à une santé immédiate et en tous lieux



La téléconsultation : la santé à portée de main, où que vous soyez ! Accédez rapidement à des soins médicaux, en toute sécurité, 24h/24 et 7j/7. Simplifiez vos consultations avec un médecin partenaire depuis votre domicile, sans contrainte de déplacement. Un nouveau mode de soin plus pratique et toujours disponible, pour prendre soin de vous quand vous en avez besoin.



Santé instantanée
Zéro contrainte



Prise en charge immédiate,
sans rendez-vous
où que vous soyez



Zéro avance de
frais



Ordonnance
numérisée

Comment en bénéficier ?

1

**Connectez-vous à
votre espace santé,**
rubrique < Mes services >,

Depuis votre **application
mobile**
Colonna Facility
ou **le web**
assure.cofacility.fr/ase

2

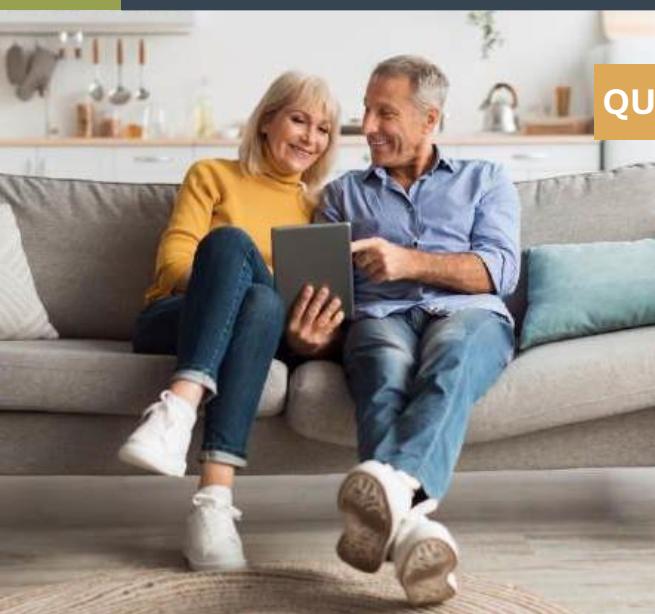
Créez votre compte
en renseignant vos
données personnelles.

3

Consultez un médecin
en ligne en moins de 10
minutes.

Vos **ordonnances** sont
disponibles sur votre
compte.

Et en , bénéficiez de conseils santé.



QU'EST-CE QU'UN RÉGIME DE PRÉVOYANCE ?



Si la protection sociale est obligatoire en France, les prestations offertes par les régimes obligatoires sont très limitées.

La mise en place d'un régime de prévoyance complémentaire permet d'offrir aux salariés une meilleure couverture, en compensant la perte de revenus lors d'un arrêt de travail par un revenu de remplacement et le versement de prestations aux bénéficiaires désignés en cas de décès

DEFINITIONS

L'incapacité temporaire de travail

Est considéré comme incapacité temporaire de travail, le salarié qui se trouve momentanément dans l'impossibilité physique d'exercer son activité professionnelle pour cause de maladie ou accident. Cette impossibilité doit être constatée par un médecin, lequel prescrira un arrêt de travail donnant lieu aux versements des indemnités journalières de la Sécurité Sociale (IJSS).

Les indemnités journalières de la Sécurité Sociale sont servies après 3 jours de franchise et au maximum pendant 3 ans à compter de l'arrêt de travail.

Le montant des Indemnités Journalières de Sécurité Sociale versées est de 50% du salaire journalier de base limité à 1,8 fois le SMIC.

L'invalidité

Est considéré en invalidité le salarié qui se trouve dans l'incapacité d'exercer son activité professionnelle pour cause de maladie ou d'accident non professionnel, laquelle peut être partielle ou totale.

Le montant de la prestation est déterminé en fonction de la catégorie de l'invalidité de l'assuré :

- 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.

Le décès

En cas de décès de l'assuré, le contrat prévoyance prévoit notamment, le versement d'un capital décès au profit de ses bénéficiaires.

REGIME NON-CADRE

PRESTATIONS	MONTANT	
	Option 1	Option 2
CAPITAL DECES & INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE (IAD)		
▪ Célibataire, veuf, divorcé sans personne à charge	140 % TA TB	140% TA TB
▪ Marié, pacsé, concubin sans personne à charge	154 % TA TB	140% TA TB
▪ Avec une personne à charge	200% TA TB	-
▪ Majoration par personne à charge supplémentaire	40% TA TB	-
RENTE EDUCATION		
Versée aux enfants à charge au sens fiscal, au décès du salarié		
▪ jusqu'à 11 ans inclus	6% TA TB	
▪ de 12 à 17 ans inclus		11% TA TB
▪ de 18 à 20 ans inclus (25 ans si poursuite d'études)		16% TA TB
La rente est versée viagèrement aux enfants bénéficiaires des allocations pour personnes handicapées		
CAPITAL DECES / IAD ACCIDENTEL		100% du capital décès de base
PREDECES		
du conjoint, du partenaire de pacs ou concubin de moins de 65 ans		25% TA TB
DOUBLE EFFET		
Lorsque le conjoint, le pacsé ou le concubin, survivant et non remarié ni lié par un PACS, décède simultanément ou dans un délai de 12 mois à compter du décès du salarié alors qu'il lui reste un ou plusieurs enfants du salarié à charge, ces derniers bénéficient du versement d'un capital supplémentaire		100% du capital décès de base
DISPOSITIONS PARTICULIERES		
l'assuré célibataire, veuf, divorcé ou séparé sans personne à charge peut renoncer au capital en cas de décès, et opter en contrepartie pour :		
Versement d'un capital en cas d'invalidité de 2ème catégorie		140% TA TB
et versement d'une indemnité frais d'obsèques (versée à la personne qui a supporté les frais d'obsèques)		150% PMSS
INCAPACITE DE TRAVAIL		
FRANCHISE		
- Personnel ayant plus d'un 1 an d'ancienneté		En relai du maintien de salaire employeur et au plus tôt à compter du 181ème jour discontinu d'arrêt de travail
- Personnel ayant moins d'un 1 an d'ancienneté		180 jours discontinus
- Montant de l'indemnisation		24% TA TB
INVALIDITE DE TRAVAIL		
- 1ère catégorie		16% TA TB
- 2ème et 3ème catégorie		26% TA TB
INCAPACITE PERMANENTE EN CAS D'ACCIDENTS DU TRAVAIL OU MALADIES PROFESSIONNELLES		
- Taux IPP = ou > à 66%		26% TA TB
- Taux IPP au moins = à 33% et < à 66%		26% x (3/2) x N
N = taux d'incapacité permanente déterminé par la Sécurité Sociale		

REGIME CADRE

PRESTATIONS	MONTANT
CAPITAL DECES & INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE (IAD)	LE CAPITAL NE PEUT ETRE INFÉRIEUR A 300% DU PASS POUR UN SALARIE A TEMPS COMPLET
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Célibataire, veuf, divorcé sans personne à charge ▪ Marié, pacsé, concubin sans personne à charge ▪ Avec une personne à charge ▪ Majoration par personne à charge supplémentaire 	180% SR 180% SR 250% SR 50% SR
CAPITAL DECES / IAD ACCIDENTEL	100% DU CAPITAL PREVU AU TITRE DE LA GARANTIE DECES A L'EXCLUSION DU MINIMUM DE 300% DU PASS
Assuré (toute situation de famille)	100% du capital décès de base + indemnité forfaitaire de 16 000 €
Majoration assuré célibataire, veuf, divorcé, séparé, sans personne à charge et en 2ème catégorie d'invalidité au sens de la Sécurité Sociale	Doublement du capital décès / IAD accidentel
PREDECES	
du conjoint, du partenaire de pacs ou concubin de moins de 65 ans	20% SR
DOUBLE EFFET	
Lorsque le conjoint, le pacsé ou le concubin, survivant et non remarié ni lié par un PACS, décède simultanément ou dans un délai de 12 mois à compter du décès du salarié alors qu'il lui reste un ou plusieurs enfants du salarié à charge, ces derniers bénéficiant du versement d'un capital supplémentaire	100% du capital décès de base
DISPOSITIONS PARTICULIERES	
Assuré célibataire, veuf, divorcé ou séparé sans personne à charge peut renoncer au capital en cas de décès, et opter en contrepartie pour :	
Versement d'un capital en cas d'invalidité de 2ème catégorie	180% SR
et versement d'une indemnité frais d'obsèques (versée à la personne qui a supporté les frais d'obsèques)	200% PMSS
RENTE EDUCATION	
Versée aux enfants à charge au sens fiscal, au décès du salarié	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ jusqu'à 26ème anniversaire (ou viagère aux enfants bénéficiaires des allocations pour personnes handicapées) 	20% TA
Le montant de la rente est doublé lorsque l'enfant est orphelin de ses deux parents à la date du décès de l'assuré	
Lorsque le conjoint, le pacsé ou le concubin de moins de 65 ans, survivant et non remarié ni lié par un PACS décède simultanément ou postérieurement au salarié du fait d'un même évènement, le montant de la rente est doublé	
INFIRMITÉ PERMANENTE ACCIDENTELLE	
<ul style="list-style-type: none"> - Versement d'un capital en cas d'infirmité permanente de l'assuré consécutif à un accident (Cf barèmes du taux d'infirmité dans le contrat) 	Taux d'infirmité x 16 000 €
INCAPACITE DE TRAVAIL	
FRANCHISE	
<ul style="list-style-type: none"> - Personnel ayant plus d'un 1 an d'ancienneté - Personnel ayant moins d'un 1 an d'ancienneté - Montant de l'indemnisation - Majoration lorsque l'assuré a 2 enfants à charge et plus 	En relai du maintien de salaire employeur et au plus tôt à compter du 241ème jour discontinu d'arrêt de travail 240 jours discontinus 80% SR (1) 5% SR (1)
INVALIDITE DE TRAVAIL	
<ul style="list-style-type: none"> - 1ère catégorie - 2ème et 3ème catégorie 	48% SR (1) 80% SR (1)
Si l'assuré a deux enfants à charge et plus	3% SR (1) si 1ère catégorie et 5% SR (1) si 2ème ou 3ème catégorie
INCAPACITE PERMANENTE EN CAS D'ACCIDENTS DU TRAVAIL OU MALADIES PROFESSIONNELLES	
<ul style="list-style-type: none"> - Taux IPP = ou > à 66% - Taux IPP au moins = à 33% et < à 66% 	80% SR (1) 80% x (3/2) x N(1)
N = taux d'incapacité permanente déterminé par la Sécurité Sociale	
<ul style="list-style-type: none"> - Majoration lorsque l'assuré a deux enfants à charge et plus 	5% SR (1)

Salaire de référence (SR) est limité à la TD (supérieure à 8 fois le plafond annuel de la Sécurité Sociale)

(1) Sous déduction des prestations de la SS dans la limite de 100% du salaire net



L'assuré peut, par une désignation particulière, indiquer un ou plusieurs bénéficiaires de son choix. Cette désignation peut être effectuée à l'aide du document « désignation particulière de bénéficiaire(s) » que l'assureur met à disposition à cet effet ou par un acte sous seing privé ou authentique. Il appartient à l'assuré de l'adresser à l'assureur ou de l'informer de l'existence de cette désignation particulière.

L'original de la désignation de bénéficiaires (disponible en annexe de ce document et sur l'intranet COMPASS) dûment complété est à retourner à : UGIPS GESTION – Service Désignations Bénéficiaires AXA – 5 Place du Colonel Fabien – CS 90008 – 75484 PARIS CEDEX 10

Vous bénéficiez d'un contrat prévoyance par le biais de votre employeur contenant des garanties Décès. Pour adhérer, vous n'avez pas de document particulier à remplir. Vous êtes automatiquement couvert dès votre embauche.

Ce contrat prévoit une clause permettant de désigner la (ou les) personne(s) qui recevra(ont) le capital prévu par le contrat, en cas de décès.

De manière générale, la clause-type définit les bénéficiaires en privilégiant le « cercle familial » selon un ordre successoral classique. Ainsi, lors du décès du salarié, le choix des bénéficiaires est fait par défaut.

AXA propose une clause-type qui s'applique à défaut de désignation particulière transmise par le salarié. Les capitaux décès, hors majorations pour enfants ou le cas échéant descendants à charge, sont versés dans l'ordre de priorité suivant :

- au conjoint de l'assuré non séparé de corps judiciairement
- à défaut au partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité, à défaut au concubin tel que défini par le contrat
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés, et s'agissant des enfants du conjoint ou du partenaire lié par un PACS ou du concubin, à ceux ayant ouvert droit à la « majoration par personne à charge »
- à défaut, par parts égales entre eux, aux parents de l'assuré et, en cas de décès de l'un d'eux, au survivant pour la totalité,
- à défaut, aux héritiers de l'assuré

La « majoration par personne à charge » est réservée à la personne y ayant ouvert droit ou à son représentant légal si elle ne dispose pas de la capacité juridique, et s'agissant d'un enfant :

- Au conjoint ou au partenaire lié par un PACS ou au concubin, parent de l'enfant mineur ou majeur incapable s'il en a la garde
- Au représentant légal de chaque enfant mineur, lorsque le conjoint ou le partenaire de PACS ou le concubin, parent de l'enfant, n'en a pas la garde
- A chaque enfant majeur ou mineur émancipé



L'assuré peut, par une désignation particulière, indiquer un ou plusieurs bénéficiaires de son choix. Cette désignation peut être effectuée à l'aide du document « désignation particulière de bénéficiaire(s) » que l'assureur met à disposition à cet effet ou par un acte sous seing privé ou authentique. Il appartient à l'assuré de l'adresser à l'assureur ou de l'informer de l'existence de cette désignation particulière.

L'original de la désignation de bénéficiaires (disponible en annexe de ce document et sur l'intranet COMPASS) dûment complété est à retourner à : UGIPS GESTION – Service Désignations Bénéficiaires AXA – 5 Place du Colonel Fabien – CS 90008 – 75484 PARIS CEDEX 10

La clause type n'est donc pas forcément adaptée aux situations familiales : remariage, couples en instance de divorce, ...

Il est donc nécessaire de procéder régulièrement à l'adaptation de votre clause bénéficiaire en fonction de l'évolution de votre situation de famille.

Vous avez la possibilité de modifier votre clause bénéficiaire à tout moment. Ainsi, si votre situation de famille change, pensez à vérifier que votre désignation de bénéficiaire est toujours à jour.

En effet, ce sont les bénéficiaires désignés dans le document porté à la connaissance qui percevront le capital (indépendamment de votre situation réelle).

Si vous souhaitez modifier la clause, demandez une nouvelle désignation à votre employeur, celle-ci annulera toute désignation antérieure

Attention : la désignation d'un bénéficiaire devient irrévocabile en cas d'acceptation.

L'acceptation est faite par acte authentique ou sous seing privé signé par vous-même et le bénéficiaire, et devra être notifiée à l'assureur pour produire ses effets.

Si vous souhaitez modifier votre désignation alors qu'elle a fait l'objet d'une acceptation, vous devrez obtenir l'accord du ou des bénéficiaire(s) pour le ou les révoquer.



Retrouvez ci-dessous les définitions des principaux termes et abréviations qui vous aideront à comprendre vos garanties.

Régime local : régime Alsace-Moselle

BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

L'Assurance Maladie fixe un tarif de référence pour la facturation des actes de médicaux par les professionnels de santé. Il sert de base pour le calcul des remboursements de l'Assurance Maladie et de la mutuelle. Ces montants correspondent à un pourcentage de ce tarif de référence.

BRRSS : Base de Remboursement Reconstituée de la Sécurité sociale

Conventionné / non conventionné : les frais pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire varient selon que le prestataire des soins (professionnels ou établissements de santé) a passé ou non une convention avec l'Assurance Maladie Obligatoire et se conforme aux conditions et tarifs de facturation prévus par celle-ci.

Dépassement d'honoraires : Il s'agit du montant pouvant être facturé par certains professionnels de santé au-delà du tarif de référence fixé par l'Assurance Maladie.

DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

Forfait : L'indication d'un montant en euros signifie que la complémentaire santé rembourse la somme indiquée, en plus du remboursement éventuel de l'Assurance Maladie. C'est principalement le cas pour les frais optiques car les tarifs de référence de l'Assurance Maladie sont très bas. C'est aussi le cas pour certains actes non remboursés par l'Assurance Maladie.

FPU : Forfait Patient Urgence - facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entrant pas d'hospitalisation

FR : Frais réels

- Il s'agit du montant total facturé par le professionnel de santé.
- L'indication « Frais réels » signifie que la complémentaire santé complète la somme remboursée par l'Assurance Maladie pour atteindre le montant total facturé par le professionnel de santé.

Honoraire limite de facturation (HLF) : montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire pour un acte donné.

Participation forfaitaire : Il s'agit du montant restant obligatoirement à la charge de l'assuré. Il ne peut être pris en charge, ni par l'Assurance Maladie, ni par votre complémentaire santé. Son montant a récemment évolué et est fixé, par exemple, à 2 € pour une consultation.

Exemple : le prix de la consultation de votre généraliste est de 30,00 €. Le remboursement total auquel peut prétendre un assuré (Assurance Maladie + complémentaire santé) sera de 28 € (30 € – 2 € de participation forfaitaire).

Le montant cumulé des participations forfaitaires est plafonné à 50 € par an.

PASS : Plafond Annuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour de la prestation (estimé à 47100 € en 2025)

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (en vigueur à la date des soins)

- C'est l'indice de référence utilisé pour calculer l'ensemble des prestations et charges sociales. Il est fixé chaque année au 1^{er} janvier et est susceptible d'évoluer tous les ans. Certaines garanties sont ainsi exprimées en % de cet indice de référence.
- L'indication d'un forfaitaire exprimé en PMSS signifie que la complémentaire santé rembourse, en plus de la prise en charge éventuelle de l'Assurance Maladie, la somme correspondante au pourcentage du PMSS indiqué. Ce montant augmente tous les ans avec la revalorisation au 1^{er} janvier du PMSS.

Prix limite de vente (PLV) : le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. À défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

Salaire de référence (SR) : Plafond Salaire annuel brut des 12 mois civils précédents le décès ou l'arrêt de travail (limité aux tranches A et B)

SS : Sécurité sociale

TA : La tranche A (TA) correspond à la part de salaire mensuel inférieur ou égale au PMSS, soit jusqu'à 3925€ à compter du 1^{er} janvier 2025 (estimation à date)

TB : La tranche B (TB) correspond à la part de salaire mensuel située entre le PMSS et 4 fois le PMSS, soit entre 3925€ et 15 700€ (estimation à date)

TC : La tranche C (TC) correspond à la part de salaire mensuel située entre 4 et 8 fois le PMSS, soit entre 15 700€ et 31 400€ (estimation à date)

TM : Ticket Modérateur

- Le ticket modérateur est la partie des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré une fois que l'Assurance Maladie a remboursé sa part.
- L'indication « 100% TM » signifie que la complémentaire santé complète le montant remboursé par l'Assurance Maladie pour atteindre 100% du tarif de référence pour l'acte concerné.
- C'est le montant minimum pris en charge par les complémentaires santé pour tous les actes donnant lieu à remboursement de l'Assurance Maladie.

100% Santé : dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.



CONTACTEZ VOTRE CENTRE DE RELATION CLIENTS



DEPUIS VOTRE ESPACE SANTÉ
> RUBRIQUE "NOUS
CONTACTER"



- Sur l'appli mobile :
Colonna Facility



- Sur le web :
assure.cofability.fr/ase



sante@cofacility.fr
prevoyance@cofacility.fr



02 54 76 91 01



41207 ROMORANTIN
CEDEX

Une réclamation ?

Notre service réclamation accuse réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant réception et s'engage à apporter une réponse circons-tanciée dans un délai de 2 mois (conformément à la recommandation ACPR 2022-R-01 du 9 mai 2022). Recours à la médiation possible par courrier : Médiateur de la Protection Sociale - CTIP - 10 rue Cambacérès - 75008 PARIS ou en ligne <https://www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>



DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE DÉCÈS MODE D'EMPLOI PRÉVOYANCE

Ce document a été conçu pour faciliter la désignation de vos bénéficiaires du capital en cas de décès (y compris éventuelles majorations pour enfants et personnes à charge).

Il vous appartient de vérifier que cette désignation reste appropriée et dans le cas contraire de nous faire parvenir une nouvelle désignation.

CONSÉQUENCES DE L'ACCEPTATION DU BÉNÉFICIAIRE

Dès lors qu'un bénéficiaire accepte le bénéfice du contrat, sa désignation devient irrévocable (art. L 132-9 du Code des assurances). Le changement du ou des bénéficiaire(s) de cette clause est par conséquent subordonné, sauf exception prévue par la réglementation, à l'accord du ou des bénéficiaire(s) précédemment désigné(s) **ayant accepté le bénéfice de cette clause.**

DÉSIGNATION DU CONJOINT, DU CONCUBIN OU DU PARTENAIRE D'UN PACS

Si vous désignez le bénéficiaire par sa qualité (exemples : « mon conjoint non séparé de droit », « mon concubin » ou « mon partenaire lié par un PACS ») vous devez savoir que celle-ci s'apprécie à la date de transmission des capitaux. Ce sera donc la personne qui pourra justifier cette qualité au moment de votre décès qui bénéficiera du capital (les justificatifs à fournir sont précisés dans la notice d'information remise par votre employeur). En cas de remariage, le capital sera versé au dernier conjoint et en cas de divorce ou de séparation de droit, le capital reviendra au bénéficiaire suivant.

DÉSIGNATION DES ENFANTS

Si vous nommez vos enfants, ou si vous les désignez par la formulation « mes enfants », cela exclura ceux à naître. La formule « mes enfants nés ou à naître par parts égales entre eux », convient si vous souhaitez que le capital soit réparti de façon égale entre les différents enfants. Le décès de l'un d'eux entraîne la redistribution de son capital aux autres proportionnellement à leurs parts respectives.

DÉSIGNATION DES PARENTS

La formule « mes parents par parts égales entre eux », convient si vous souhaitez que le capital soit réparti de façon égale entre vos deux parents. En cas de décès de l'un d'eux, sa part reviendra au survivant. La formule « 51 % à mon père ; 49 % à ma mère », convient si vous souhaitez que le capital soit réparti selon des proportions distinctes (dans la limite de 100 % du capital), entre vos parents. La formule « mon père, à défaut ma mère », convient si vous souhaitez que le capital soit versé en totalité à votre père puis s'il vient à décéder à votre mère.

DÉSIGNATION EN CAS DE BÉNÉFICIAIRES MULTIPLES

Si vous désignez plusieurs bénéficiaires : il convient de préciser le pourcentage de capital dévolu à chaque bénéficiaire (la somme desdits taux doit être égale à 100 %) ou indiquer « par parts égales » ; le décès de l'un d'entre eux entraîne la redistribution de son capital aux autres proportionnellement à leurs parts respectives sauf si vous précisez la mention « vivant ou représenté » après le nom du bénéficiaire ; la désignation de ceux-ci peut se faire en cascade par la formule « à défaut ».

DÉSIGNATION NOMINATIVE

En cas de désignation nominative, **vous devez préciser, pour chaque bénéficiaire, ses nom, nom de naissance, prénom, date et lieu de naissance (en précisant la ville, le département et le pays), adresse postale, e-mail, numéro de téléphone et votre lien de parenté** le cas échéant. Il convient également de préciser soit le degré de priorité de chacun d'eux soit la répartition des parts.

Vous pouvez préciser ces informations sur papier libre, daté et signé, en le joignant au formulaire de désignation.

EXEMPLES DE RÉDACTION

VERSEMENT DE LA MAJORIZATION DU CAPITAL À L'ENFANT OU À LA PERSONNE À CHARGE

«à mes enfants nés ou à naître pour la majoration leur revenant et à Madame ... pour le reliquat. »

VERSEMENT DE L'INTEGRALITÉ DU CAPITAL À LA PREMIÈRE PERSONNE DÉSIGNÉE PUIS SI ELLE VIENT À DÉCÉDER À LA PERSONNE SUIVANTE

«Mon conjoint non séparé de droit ... ; à défaut mon frère ... »

RÉPARTITION ÉGALE DU CAPITAL ENTRE LES DIFFÉRENTS BÉNÉFICIAIRES, ET EN CAS DE DÉCÈS DE L'UN D'ENTRE EUX, REDISTRIBUTION DE SA PART AUX AUTRES

«Madame ; Monsieur ... ; par parts égales entre eux. »

RÉPARTITION INÉGALE DU CAPITAL ENTRE LES BÉNÉFICIAIRES, ET EN CAS DE DÉCÈS DE L'UN D'ENTRE EUX, SANS REDISTRIBUTION DE SA PART AUX AUTRES (ATTENTION, LE MONTANT TOTAL DEVRA ÊTRE DE 100 %)

«X % à Mademoiselle ... vivante ou représentée, Y % à Monsieur ... vivant ou représenté et Z % à Madame ... vivante ou représentée »



DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE DÉCÈS FORMULAIRE PRÉVOYANCE

Raison sociale de l'entreprise :
N° de contrat (présent sur la Notice d'information) :

BON A SAVOIR : vous pouvez effectuer cette désignation directement en ligne sur le site quijeprotege.fr.
Pour toute question, le Service Clients est à votre disposition au 09 69 39 38 36 (appel non surtaxé) du lundi au vendredi de 08h30 à 18h00 ou par e-mail à mesbeneficiaires@quijeprotege.fr.

JE M'IDENTIFIE

M. Mme
Nom⁽¹⁾ : Prénoms⁽¹⁾ : N° Sécurité sociale (sans la dé) :
Nom de naissance⁽¹⁾ : Date de naissance⁽¹⁾ : / / Ville de naissance⁽¹⁾⁽²⁾ :
Dépt de naissance⁽¹⁾ : Pays de naissance⁽¹⁾ :
Adresse⁽¹⁾ : Code postal⁽¹⁾ : Ville⁽¹⁾ : N° de téléphone :
E-mail⁽¹⁾ :

(1) Mention obligatoire. (2) Merci de préciser l'arrondissement s'il y a lieu.

JE DÉSIGNE LE(S) BÉNÉFICIAIRE(S) DU CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS

J'opte pour l'une des 3 options suivantes (1 seul choix possible) :

- Je souhaite que le capital soit versé selon la clause de désignation suivante :
À mon conjoint non séparé judiciairement, à défaut à la personne qui m'est liée par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), à défaut, par parts égales, à mes enfants vivants ou représentés et à ceux de mon conjoint si j'en ai la charge, à défaut, par parts égales, à mes parents ou au survivant d'entre eux, à défaut à mes héritiers selon la dévolution successorale.
Attention cette clause peut être différente de celle prévue dans la Notice d'information.
- Je souhaite que le capital décès soit versé au(x) bénéficiaire(s) que je désigne ci-après :
En cas de désignation nominative, j'indique les nom, nom de naissance, prénom, date et lieu de naissance (en précisant la ville, le département et le pays), adresse postale, e-mail, numéro de téléphone et le lien de parenté le cas échéant.

Je souhaite que le capital décès soit versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par acte déposé chez le notaire. J'indique ci-après le nom et les coordonnées du notaire qui a enregistré l'acte :
Maître :
Adresse :
Code postal : Ville : N° de téléphone :
E-mail :

JE PRENDS CONNAISSANCE DES OBLIGATIONS LÉGALES

Je reconnaissais avoir pris connaissance des dispositions relatives à l'utilisation de mes données personnelles contenues dans la Notice d'information. Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par e-mail (service.informationclient@axa.fr) ou par courrier (AXA France – Service Information Client – 313 Terrasses de l'Arche – 92727 NANTERRE CEDEX).

JE DATE, SIGNE ET ADRESSE CE BULLETIN À :

<p>UGIPS GESTION Service Désignations Bénéficiaires AXA 5 place du Colonel Fabien CS90008 75484 PARIS CEDEX 10 après copie pour en conserver un exemplaire</p>	<p>Fait à , le / /</p> <p>Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé »:</p>
---	--

● PARTIE A COMPLETER PAR L'ENTREPRISE

Raison Sociale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° Siret

--	--	--	--	--

Statut

<input type="checkbox"/> Cadre	<input type="checkbox"/> Non-Cadre
--------------------------------	------------------------------------

Contrat de travail

<input type="checkbox"/> CDI	<input type="checkbox"/> CDD/Saisonnier
------------------------------	---

Date d'embauche

--	--	--	--	--

Date d'effet du contrat frais de santé*

(*Uniquement si différente de la date d'embauche)

--	--	--	--	--

Date de fin de contrat*

--	--	--	--	--

(*Si CDD ou contrat saisonnier)



PARTIE A COMPLETER PAR L'ASSURE

Civilité Madame Monsieur Sexe Féminin Masculin

Situation Familiale Célibataire Marié(e) Concubin(e) P.A.C.S Veuf(ve) Nombre d'enfant(s) à charge

Nom d'usage

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nom de Naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Prénom

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° Sécurité Sociale

--	--	--	--	--

Date de Naissance

--	--	--	--	--

Lieu de Naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pays de Naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nationalité

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° rue/voie

<input type="checkbox"/> Adresse									
----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Suite

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code Postal

<input type="checkbox"/> Commune									
----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pays de résidence

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° téléphone

<input type="checkbox"/> N° portable									
--------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse e-mail*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*Votre adresse e-mail est indispensable pour l'utilisation de votre espace assuré cofacility.fr

Je refuse la dématérialisation des échanges contractuels
(Je recevrai mes décomptes de remboursements tous les 3 mois)

Je refuse la mise en place de la télétransmission automatique des décomptes «NOÉMIE»
(Je devrai transmettre mes décomptes de sécurité sociale pour bénéficier des remboursements)

CHOIX DE MON OPTION

J'adhère à l'option à compter du :

0	1	<input type="checkbox"/>							
----------	----------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

OPTION A

OPTION B

OPTION C

OPTION D

Régime frais de santé dans le cadre d'un régime collectif assuré par **MALAKOFF HUMANIS**

REGLEMENTATION

Dans le cadre de l'exécution de votre contrat d'assurance (Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée), les données personnelles que COLONNA FACILITY (ci-après « CF ») collecte sont obligatoires et nécessaires à l'exécution de votre contrat. A défaut de fourniture de ces données, CF sera dans l'impossibilité de traiter vos demandes. Les données personnelles que nous collectons permettent la gestion des Prestations Santé, des Sinistres Prévoyance, des recours et contentieux, des réclamations, des demandes d'exercice de vos droits, l'élaboration de statistiques actuarielles. Vos données personnelles sont utilisées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans le cadre des traitements de CF, vos données, y compris les données dites de santé, peuvent être communiquées aux Assureurs, Réassureurs, Organismes Professionnels et sous-traitants habilités, aux sociétés de son groupe et à l'établissement des liaisons informatisées avec votre régime obligatoire d'assurance maladie. Les données personnelles sont conservées le temps de la relation commerciale ou contractuelle, jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux ou de respect d'une obligation réglementaire. Pour exercer vos droits liés aux traitements de vos données personnelles, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données (DPO) par courrier électronique : dpo@colonngroup.fr ou par courrier postal : COLONNA FACILITY - Délégué à la Protection des Données - 41207 ROMORANTIN Cedex. Vous pouvez aussi formuler une réclamation près de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou <http://cnil.fr>.

POUR FINALISER VOTRE DOSSIER, TOURNEZ LA PAGE SVP ➔

PIÈCES À FOURNIR OBLIGATOIREMENT

- Le relevé d'identité bancaire de votre compte ou celui d'un compte joint.
 - La copie recto/verso de votre pièce d'identité en cours de validité.
 - La copie de votre attestation de sécurité sociale de moins de 3 mois.
 - La copie de l'attestation de sécurité sociale de vos ayants droit de moins de 3 mois.
 - Pour les enfants, selon leur qualité : certificat de scolarité, copie du contrat d'apprentissage, copie de l'attestation de sécurité sociale.
 - Pour votre conjoint, concubin, partenaire P.A.C.S, selon votre situation familiale : copie du livret de famille, copie de l'attestation sur l'honneur de vie commune, copie de l'attestation du P.A.C.S.

COMPOSITION FAMILIALE

Lien de parenté	Nom	Prénom	Télétransmission NOEMIE ⁽¹⁾
Conjoint, Concubin, P.A.C.S			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Date de Naissance	Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	
	N° Sécurité Sociale		
1 ^{er} Enfant			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Date de Naissance	Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	
	N° Sécurité Sociale	Rang de naissance	
2 ^{ème} Enfant			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Date de Naissance	Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	
	N° Sécurité Sociale	Rang de naissance	
3 ^{ème} Enfant			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Date de Naissance	Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	
	N° Sécurité Sociale	Rang de naissance	
4 ^{ème} Enfant			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Date de Naissance	Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	
	N° Sécurité Sociale	Rang de naissance	
5 ^{ème} Enfant			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Date de Naissance	Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	
	N° Sécurité Sociale	Rang de naissance	

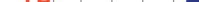
(1) Si je renonce, je dois transmettre mes décomptes originaux pour bénéficier des remboursements.

- ▶ Retrouvez les professionnels de santé partenaires par géolocalisation,
 - ▶ Transmettez vos justificatifs en une photographie et un clic,
 - ▶ Modifiez vos coordonnées (adresse, téléphone, RIB....),
 - ▶ Accédez à vos remboursements et vos garanties,
 - ▶ Téléchargez votre carte de Tiers Payant,
 - ▶ Bénéficiez de la télédéfinition MEDADOM.



L'application mobile **COLONNA FACILITY**

Grâce à votre blog et
votre espace assuré cofacility.fr,
gérez votre complémentaire santé
en toute transparence !

Fait à  20

CACHET DE L'ENTREPRISE

SIGNATURE DE L'ASSURÉ

Nous vous invitons à nous faire parvenir votre dossier complet, accompagné des pièces justificatives, par e-mail ou par courrier :

COLONNA FACILITY - 41207 ROMOBANTIN CEDEX

 sante@cofacility.fr

02 54 76 91 01 (du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00)