

Guide Salarié 2026

Santé et Prévoyance

UES COMPASS

Document à conserver



Contactez mon centre de gestion



Mon espace assuré Mercer ma santé :
www.mercermasante.fr, rubrique
« Demandes »



Par téléphone :
du lundi au vendredi de 8h30 à 18h

 **N°Cristal 09 69 32 31 05**
APPEL NON SURTAXE



Par courrier :
MERCER
TSA 51801
28039 CHARTRES CEDEX

Scanner un des
QR codes ci-
contre pour
accéder à
l'application à
télécharger sur
votre smartphone



la qualité
à votre service





Les partenaires sociaux, la commission de suivi des régimes frais de santé et prévoyance, ainsi que la Direction ont le plaisir de vous présenter le nouveau guide salarié Santé et Prévoyance pour l'année 2026.

À compter du **1er janvier 2026**, **MERCER** devient notre nouveau gestionnaire, en remplacement de COLONNA FACILITY.

Les assureurs restent inchangés : **Malakoff Humanis** pour la mutuelle santé et **AXA** pour la prévoyance. Ce changement de gestionnaire n'aura **aucun impact** sur les montants de prise en charge de vos frais de santé.

Mutuelle, Frais de santé

Ce contrat est à l'équilibre voire bénéficiaire depuis plusieurs années

Il restera donc **identique à celui de 2025**, à l'exception d'une augmentation de la cotisation, liée à la revalorisation du **Plafond Mensuel de Sécurité Sociale (PMSS) décidée par le gouvernement**.

Prévoyance : Incapacité de travail (maladie), Invalidité, Décès

Malgré deux hausses successives du taux de cotisation, le contrat présente toujours un **déséquilibre financier important**. Cette situation a conduit la Direction à engager des négociations avec les représentants du personnel afin de revoir :

- Le **niveau de certaines garanties** essentiellement en cas de maladie. Les dispositions sur l'invalidité et le décès demeurant inchangées.
- Les **taux de cotisation** pour les risques Incapacité, Invalidité et Décès.

Un **accord a été trouvé** avec la quasi-totalité des organisations syndicales, qui permettra de **préserver notre régime de prévoyance** pour les années à venir.

Vous pouvez consulter les détails dans **MyCompass** ou auprès de la commission qui reste pleinement engagée pour garantir un **haut niveau de couverture** des frais de santé et d'indemnisation des accidents de la vie, et compte sur la **responsabilité de chacun** pour préserver ces régimes.

Ensemble, nous vous souhaitons une très belle année 2026.



Sommaire

Bienvenue dans votre livret de garanties, conçu pour vous aider à mieux comprendre les régimes de frais de santé et de prévoyance proposés par votre entreprise.

En France, la Sécurité Sociale constitue le volet essentiel de notre protection sociale, mais ses prestations n'ont pas vocation à couvrir l'ensemble des dépenses de santé ou à compenser toute la perte de revenus liée à un arrêt de travail par exemple.

C'est pourquoi votre entreprise dispose des régimes complémentaires, frais de santé et prévoyance, qu'elle a choisi de confier à MERCER à compter du 1er janvier 2026.

MERCER intervient désormais comme votre nouveau gestionnaire, devenant ainsi votre point de contact unique pour toutes les questions liées à la « mutuelle » et la prévoyance.

Afin d'accompagner au mieux ce changement, vous retrouverez l'ensemble des informations essentielles au sein de ce livret : le fonctionnement de vos régimes, leurs conditions, et les services dont vous bénéficiez désormais.

Grâce à cela, devenez de véritables acteurs de votre santé et contribuez à la préservation de vos régimes, pour que la santé ne devienne jamais un luxe.

Ce livret n'a pas de valeur contractuelle ; seules les notices d'information des assureurs sont opposables.

01

Mon contrat frais de santé

P.4

Les bénéficiaires		P.5
Fonctionnement de mon contrat		P.6
Mes garanties frais de santé		P.8
Mes services MERCER 24h/24		P.13
Informations pratiques		P.15

02

Votre régime prévoyance

P.17

Mes garanties prévoyance		P.18
Désignation de bénéficiaire		P.20

03

Annexes

P.21

Votre régime frais de santé



Pourquoi un régime frais de santé ?

Un régime frais de santé, plus communément appelé « mutuelle », permet de compléter les remboursements de la Sécurité Sociale, pour mieux couvrir vos dépenses de santé et diminuer votre reste à charge final.

Les prestations ne peuvent excéder ni les frais engagés, ni les plafonds indiqués dans le tableau des garanties.



Les acteurs de votre régime

Votre assureur



.....

Votre courtier gestionnaire



Quand débute le régime frais de santé ?

Votre adhésion au régime Frais de Santé est **obligatoire** en tant que salarié et **effective au premier jour de votre contrat de travail**.

En complément, vous pouvez choisir **d'affilier les membres de votre famille**, sous réserve d'acquitter une cotisation supplémentaire.



Quand cesse le régime frais de santé ?

Vos garanties cessent, ainsi que pour votre famille si elle est affiliée:

- 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 (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,

A savoir : Pour découvrir les solutions de maintien de la couverture lorsque vous êtes en suspension ou en rupture de votre contrat de travail, rdv à la rubrique « Que faire en cas de fin de contrat ? » en page 7



Les bénéficiaires



Qui peut également bénéficier de ce régime frais de santé ?



Vos enfants

Vos enfants et, 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 :

- Âgés de moins de 18 ans à charge au sens de la Sécurité Sociale,
- Âgés 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.

Quel que soit leur âge et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) à charge au sens de la législation fiscale définie ci-après :

- Pris en compte dans le calcul du quotient familial,
- Ouvrant droit à un abattement au revenu imposable,
- Bénéficiaires d'une pension alimentaire que vous êtes autorisé à déduire de votre revenu imposable.



Votre conjoint

Votre conjoint marié(e), votre partenaire de pacte Civil de Solidarité (PACS), sous réserve de la présentation d'une attestation de PACS datée de moins de 3 mois et délivrée par le Greffe du Tribunal d'Instance ou **votre concubin**, sous réserve de la présentation d'un justificatif de la situation de concubinage.



Autre

Toute personne à votre charge au sens de la législation sociale et fiscale

Comment ajouter les membres de votre famille ?

Votre mutuelle COMPASS vous couvre de manière obligatoire. Sous réserve d'une cotisation supplémentaire prélevée directement sur le salaire, vous pouvez faire bénéficier de votre mutuelle à votre famille.

Pour cela, il suffit de compléter et retourner à MERCER un Bulletin individuel d'affiliation, accompagné des pièces justificatives demandées. Vous pouvez retrouver le Bulletin individuel d'affiliation en annexe (page 22), ainsi que sur votre espace Mycompass et Mercer Ma santé.

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 demande est postérieure à votre affiliation.

Fonctionnement de mon contrat

Votre régime propose 4 niveaux de garanties différents, afin de s'adapter au mieux à vos besoins en matière de remboursements de frais de santé : options A, B, C et D.

L'affiliation à l'option A (régime de base) est obligatoire et sera appliquée par défaut, en l'absence de choix de votre part.

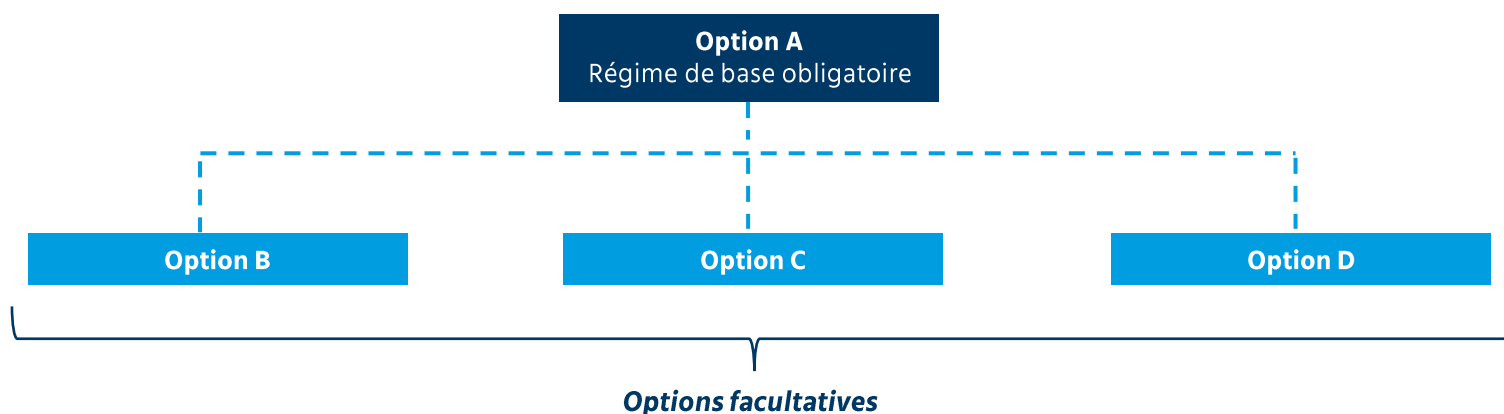
L'affiliation aux options B, C et D est facultative.

Vous pouvez consulter le détail des garanties à la page 8.

Vos ayants droit, s'ils sont affiliés au régime frais de santé, bénéficient obligatoirement du même niveau d'option que vous.

Vous avez oublié le choix de couverture santé que vous avez actuellement ?

Vous avez la possibilité de vérifier votre niveau de couverture sur votre espace personnel Mercer Ma Santé, rubrique Mon Contrat.



A quel moment puis-je changer mon niveau de couverture ?

Le passage à une option différente doit intervenir à des moments précis :

Conditions

- Le changement d'option à la **hausse est possible à tout moment** et prendra effet le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.
- Le changement d'option à la **baisse** est possible uniquement **tous les deux ans**. Ce changement prendra alors effet au 1^{er} Janvier de l'année suivant la demande.

En pratique: N'oubliez pas ainsi de faire parvenir votre demande au plus tard le 31 décembre.

Cas particuliers

- Par exception, le changement d'option à la **baisse** est autorisé **dans les trois mois** consécutifs aux événements suivants :
 - La date d'effet du contrat
 - La date d'entrée dans la catégorie de personnel assurée
 - Un changement de situation familiale (mariage, divorce, naissance...)
 - Toute modification de la part de l'assureur sur l'une des options choisies.

La modification prendra effet le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.

Comment modifier mon niveau d'option ?

Il suffit de retourner à MERCER un nouveau bulletin individuel d'affiliation, complété et signé. Vous pouvez retrouver le Bulletin individuel d'affiliation en annexe (page 22), ainsi que sur votre espace Mycompass et Mercer Ma santé



Que faire en cas de fin de contrat ?

La portabilité des droits

En cas de rupture du contrat de travail (sauf licenciement pour faute lourde) ouvrant droit à une indemnisation par l'assurance chômage, vous pouvez bénéficier du maintien de vos droits ouverts au régime obligatoire de votre entreprise.

Ce maintien des garanties aura une durée égale à la durée de votre dernier contrat de travail dans la limite de 12 mois sous réserve de transmettre chaque mois, à MERCER, un justificatif de versement des allocations chômage.

Mon contrat de travail est suspendu, puis-je continuer à bénéficier de ma couverture ?

Il existe plusieurs hypothèses de suspension du contrat de travail, qui emportent des conséquences différentes sur la poursuite de votre couverture :



Maintien des garanties en cas de suspension indemnisée du contrat de travail

Le bénéfice du présent régime est maintenu pendant les périodes de suspension du contrat de travail indemnisées notamment liés à

- une maladie, une maternité, ou un accident,
- une période d'activité partielle, ou d'activité partielle de longue durée (c'est-à-dire les périodes pendant lesquelles l'activité est totalement suspendue ou les horaires sont réduits)
- Une période de congé rémunéré par l'employeur (congé de reclassement ou congé de mobilité...)



Maintien des garanties en cas de suspension non-indemnisée du contrat de travail

Dans le cas de suspension du contrat de travail ne donnant lieu à aucune indemnisation versée par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers (congé sans solde, congé sabbatique, congé parental...), la suspension du contrat de travail entraîne la suspension du bénéfice du présent régime pour le salarié concerné.

Je ne suis plus éligible au maintien des garanties COMPASS, comment conserver une couverture frais de santé ?

Lorsque votre portabilité est terminée, ou si vous vous retrouvez en suspension non-indemnisée de votre contrat de travail, vous pouvez contacter notre service particulier afin de réaliser un devis personnalisé :



Par téléphone

01 55 21 01 89



Par mail

particulier@mercier.com



Via notre site Web

www.messolutionsmercier.com

Je pars à la retraite, quelles solutions s'offrent à moi ?

Sous réserve d'une cotisation intégralement à votre charge (plus aucun financement de votre employeur) voici les 3 solutions possibles (détails en page 24) :

Solution n°1 : Maintien dédié aux anciens salariés COMPASS

Solution n°2 : Le maintien des garanties au sens de la loi EVIN

Solution n°3 : Couverture individuelle

A savoir : Pour découvrir les modalités de ces différentes solutions, rendez-vous en annexe.



Mes garanties frais de santé (inchangées)

	Option A Base obligatoire		Option B y compris la base		Option C y compris la base		Option D y compris la base		
Garanties exprimées en complément de la Sécurité sociale	Signataires Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM)	Non signataires DPTM	Signataires DPTM	Non signataires DPTM	Signataires DPTM	Non signataires DPTM	Signataires DPTM	Non signataires DPTM	
	HOSPITALISATION (Chirurgie, Maladie, Maternité)								
	Frais de séjour (limité à 90j / an / bénéf pour les séjours psychiatriques)		100% FR		100% FR		100% FR		
	Honoraires	100% FR	TM + 100% BR	100% FR	TM + 100% BR	100% FR	TM + 100% BR	100% FR	TM + 100% BR
	Forfait journalier hospitalier (sans limitation de durée)	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	
	Lit d'accompagnement (enfant de moins de 12 ans)	3% PMSS / jour		3% PMSS / jour		3% PMSS / jour		3% PMSS / jour	
	Garde malade à domicile remboursé par la S.S.	Néant		100% FR (max 12 jours / an)		100% FR (max 12 jours / an)		100% FR (max 12 jours / an)	
	SOINS COURANTS								
Honoraires médicaux : Généralistes	TM		72,50% BR	52,50% BR	95% BR	75% BR	135% BR	115% BR	
Honoraires médicaux : Spécialistes	TM		75% BR	55% BR	100% BR	80% BR	150% BR	130% BR	
Honoraires médicaux : Petite chirurgie / Actes de Spécialité	TM		50% BR	30% BR	72,50% BR	52,50% BR	135% BR	115% BR	
Honoraires Médicaux : Imagerie Médicale (dont échographie)	TM		50% BR	30% BR	72,50% BR	52,50% BR	135% BR	115% BR	
Actes de laboratoire	TM		50% BR		72,50% BR		135% BR		
Auxiliaires médicaux, Analyses médicales	TM		50% BR		72,50% BR		135% BR		
Transport médical	TM		TM		TM		150% BR		
Médicaments : Pharmacie remboursé par la S.S.	TM		TM		TM		TM		
Médicaments : Homéopathie non remboursé par la S.S. et prescrite par le médecin	20 € / an / bénéficiaire		20 € / an / bénéficiaire		20 € / an / bénéficiaire		20 € / an / bénéficiaire		
Matériel médical : Appareillages, prothèses et accessoires	65% BR		95% BR		95% BR		135% BR		
Matériel médical : Orthopédie	100% BR		125% BR		150% BR		175% BR		
AIDES AUDITIVES									
Limitation : 1 appareil par oreille tous les 4 ans									
Prestations du PANIER 100% SANTE									
Aide auditive	100% PLV - RSS		100% PLV - RSS		100% PLV - RSS		100% PLV - RSS		
Piles et entretien pour prothèse auditive	TM		TM		TM		TM		
Prestations du PANIER LIBRE									
Aide auditive (dans la limite de 1700 € TTC par aide auditive y compris S.S.)	10,804% PMSS / oreille (min TM)		29,465% PMSS / oreille (min TM)		29,465% PMSS / oreille (min TM)		34,376% PMSS / oreille (min TM)		
Accessoires et fournitures (y compris Piles remboursées par la S.S.)	15 € / an / bénéficiaire (min TM)		30 € / an / bénéficiaire (min TM)		45 € / an / bénéficiaire (min TM)		60 € / an / bénéficiaire (min TM)		

Garanties exprimées en complément de la Sécurité sociale	Option A Base obligatoire		Option B y compris la base		Option C y compris la base		Option D y compris la base	
	Signataires Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM)	Non signataires DPTM	Signataires DPTM	Non signataires DPTM	Signataires DPTM	Non signataires DPTM	Signataires DPTM	Non signataires DPTM
OPTIQUE								
Une paire de lunettes tous les 2 ans pour les adultes sauf changement de correction visuelle et pathologies définies par le législateur et sauf pour les -16 ans								
Prestations du PANIER 100% SANTE								
Monture, Verre & examen visuel	100% PLV - RSS		100% PLV - RSS		100% PLV - RSS		100% PLV - RSS	
Appairage, Suppléments pour verre en cas de pathologie	100% PLV - RSS		100% PLV - RSS		100% PLV - RSS		100% PLV - RSS	
Prestations du PANIER LIBRE								
Adulte								
Monture	49.30€		98.61€		100€ - SS		100€ - SS	
Verre simple	30€		52€		70€		97€	
Verre complexe	82€		133€		172€		252€	
Verre très complexe	85€		135€		174€		288€	
Enfant								
Monture	1.28% PMSS		1.30% PMSS		1.62% PMSS		1.94% PMSS	
Verre simple	30€		52€		70€		97€	
Verre complexe	53€		82€		105€		156€	
Verre très complexe	53€		82€		105€		156€	
Suppléments pour verre en cas de pathologie	min TM		min TM		min TM		min TM	
Lentilles remboursées par la S.S. (y compris jetables)	5% PMSS / an, au-delà min TM		6% PMSS / an, au-delà min TM		7% PMSS / an, au-delà min TM		8% PMSS / an, au-delà min TM	
Lentilles non remboursées par la S.S. (y compris jetables)	4,5% PMSS / an		6% PMSS / an		7% PMSS / an		8% PMSS / an	
Chirurgie réfractive	29,465% PMSS / an / oeil		29,465% PMSS / an / oeil		29,465% PMSS / an / oeil		29,465% PMSS / an / oeil	
DENTAIRE								
Prestations du PANIER 100% SANTE								
Soins et prothèses dentaires	100% HLF - RSS		100% HLF - RSS		100% HLF - RSS		100% HLF - RSS	
Prestations des PANIERS LIBRE & MAITRISE								
Soins dentaires	TM		115% BR		120% BR		120% BR	
Inlays-onlays	TM + 25% BR limité à 100% de l'HLF* - RSS pour le panier maîtrisé		140% BR limité à 100% de l'HLF* - RSS pour le panier maîtrisé		145% BR limité à 100% de l'HLF* - RSS pour le panier maîtrisé		145% BR limité à 100% de l'HLF* - RSS pour le panier maîtrisé	
Prothèses dentaires remboursées par la S.S.	155% BR limité à 100% de l'HLF* - RSS pour le panier maîtrisé		237% BR limité à 100% de l'HLF* - RSS pour le panier maîtrisé		273% BR limité à 100% de l'HLF* - RSS pour le panier maîtrisé		332% BR limité à 100% de l'HLF* - RSS pour le panier maîtrisé	
Inlay core	155% BR limité à 100% de l'HLF* - RSS pour le panier maîtrisé		237% BR limité à 100% de l'HLF* - RSS pour le panier maîtrisé		273% BR limité à 100% de l'HLF* - RSS pour le panier maîtrisé		332% BR limité à 100% de l'HLF* - RSS pour le panier maîtrisé	
Prothèses dentaires non remboursées par la S.S. (base 120 €)	155% BRR / acte		237% BRR / acte		273% BRR / acte		332% BRR / acte	
Orthodontie	125% BR		166% BR		220% BR		332% BR	
Orthodontie non remboursée par la S.S. (base 193,50 €) si enfant > 16 ans	121% BRR		121% BRR		121% BRR		121% BRR	
Parodontologie non remboursée par la S.S	25 € / an		50 € / an		75 € / an		100 € / an	
Implant dentaire (hors couronne) [non remboursé par la S.S.]	200 € / an		300 € / an		400 € / an		500 € / an	
MEDECINE NON CONVENTIONNELLE par un praticien ayant un n°ADELI ou FINESS [non remboursée par la S.S.]								
Ostéopathie, Diététicien, Acupuncteur, Chiropraxie, Etiopathie, 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	
AUTRES SOINS								
Cure Thermale (forfait annuel global comprenant honoraires, forfait de surveillance, transport et hébergement)	7,857% PMSS		9,822% PMSS		9,822% PMSS		9,822% PMSS	
Naissance ou Adoption	7,857% PMSS / enfant		7,857% PMSS / enfant		7,857% PMSS / enfant		7,857% PMSS / enfant	
PREVENTION								
Vaccins prescrits non remboursé par la S.S.	50 € / an / bénéficiaire		50 € / an / bénéficiaire		50 € / an / bénéficiaire		50 € / an / bénéficiaire	
Vaccins remboursés par la S.S.	TM		TM		TM		TM	
Détartrage complet sus et sous gingival (effectué en 2 séances maximum)	TM		TM		TM		TM	
Actes de prévention selon la liste de l'arrêté du 8 juin 2006	TM		TM		TM		TM	
Frais d'obsèques par bénéficiaire (limités au frais réels), Affilié, Conjoint, Concubin, Pacsé, Enfant à charge	50% PMSS		50% PMSS		50% PMSS		50% PMSS	



Ma grille de garanties en optique

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

Comment comprendre ma garantie optique ?

Le montant de remboursement est défini par verre et selon votre niveau de correction visuelle. Les garanties varient ensuite en fonction du niveau d'option souscrit et selon qu'il s'agit d'un adulte ou un enfant.

Pour rappel, les garanties optiques sont limitées par la réglementation à un équipement (verres + monture) tous les deux ans pour les adultes, sauf évolution de la vue et à un an pour les enfants de moins de 16 ans.



Votre nouveau réseau de soins

Un **réseau de soins** regroupe des professionnels de santé, partenaires de confiance, qui permettent de faciliter l'accès aux soins.

Ces réseaux concernent essentiellement des spécialités médicales donnant souvent lieu à des dépassements d'honoraires élevés et des prises en charge très réduites de la part de l'Assurance Maladie.

Un réseau de soins peut aussi parfois vous permettre de bénéficier d'avantages exclusifs.

itelis
EN CONFIANCE POUR MA SANTÉ

Quels sont les avantages d'un réseau de soins ?



Consultez des professionnels de santé de confiance qui acceptent le tiers payant, vous évitant d'avancer les frais médicaux.



Bénéficiez d'avantages uniques grâce à votre contrat Santé : réductions, garanties.... Consultez-les au dos de ce document.



Trouvez les meilleurs professionnels de santé près de chez vous.

Comment accéder au réseau et trouver le bon professionnel de santé ?

Connectez-vous à votre espace personnel **Mercer ma santé**.

1. Sur la page d'accueil, dans l'encart bleu foncé « Vos services inclus au contrat », cliquez sur « **Découvrir** ».
2. Cliquez ensuite sur l'encart correspondant à votre besoin (exemple : « **Obtenir des lunettes et lentilles** »)
3. Puis cliquez sur « **Rechercher un partenaire** ».



Mes exemples de remboursements

			OPTION A BASE		OPTION B		OPTION C		OPTION D	
Exemple	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Rembourse- ment Sécurité Sociale	Rembourse- ment Mercer	Reste à charge	Rembourse- ment Mercer	Reste à charge	Rembourse- ment Mercer	Reste à charge	Rembourse- ment Mercer	Reste à charge
Hospitalisation										
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355.00 €	90.08 €	264.92 €	0.00 €	264.92 €	0.00 €	264.92 €	0.00 €	264.92 €	0.00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431.00 €	90.08 €	135.12 €	205.80 €	340.92 €	0.00 €	135.12 €	205.80 €	135.12 €	205.80 €
Chambre particulière par nuit	70.00 €	0.00 €	70.00 €	0.00 €	70.00 €	0.00 €	70.00 €	0.00 €	70.00 €	0.00 €
Soins courants										
Consultation d'un médecin spécialiste (gynécologue) avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO)	44.00 €	23.90 €	18.10 €	2.00 €	18.10 €	2.00 €	18.10 €	2.00 €	18.10 €	2.00 €
Consultation d'un médecin spécialiste (gynécologue) avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO)	56.00 €	14.10 €	16.10 €	25.80 €	12.65 €	29.25 €	18.40 €	23.50 €	29.90 €	12.00 €
Optique										
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux sphériques de -3 (verres simples)	345.00 €	0.09 €	109.30 €	235.61 €	202.61 €	142.30 €	240.00 €	104.91 €	294.00 €	50.91 €
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres progressifs sphériques de -4 (verres complexes)	600.00 €	0.09 €	213.30 €	386.61 €	364.61 €	235.30 €	444.00 €	155.91 €	599.91 €	0.00 €
Lentilles de contact par an	250.00 €	0.00 €	180.23 €	69.78 €	240.30 €	9.70 €	250.00 €	0.00 €	250.00 €	0.00 €
Dentaire										
Détartrage	28.92 €	17.35 €	11.57 €	0.00 €	11.57 €	0.00 €	11.57 €	0.00 €	11.57 €	0.00 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires	538.70 €	72.00 €	114.00 €	352.70 €	212.40 €	254.30 €	255.60 €	211.10 €	398.40 €	68.30 €
Orthodontie acceptée (enfant)	750.00 €	193.50 €	241.88 €	314.63 €	321.21 €	235.29 €	425.70 €	130.80 €	556.50 €	0.00 €
Implant non remboursé (racine + inlay-core)	1 000.00 €	0.00 €	200.00 €	800.00 €	300.00 €	700.00 €	400.00 €	600.00 €	500.00 €	500.00 €
Médecine douce										
Ostéopathie	75.00 €	0.00 €	75.00 €	0.00 €	60.00 €	0.00 €	60.00 €	0.00 €	75.00 €	0.00 €

Les exemples ci-dessus n'ont qu'une valeur informative et indicative, non contractuelle (seul le devis fait foi).

A savoir : vous disposez d'un simulateur de remboursements, disponible au sein de votre espace Mercer Ma Santé.



Les bons réflexes



- Privilégier les médicaments génériques.



- Ne pas communiquer le niveau de vos garanties à votre dentiste ou votre opticien.



- Pour les soins importants, réaliser 2 devis de professionnels de santé différents.



- Favoriser les remboursements des soins de santé de votre conjoint par sa propre couverture santé.



- Consulter <http://annuaire.sante.ameli.fr> pour s'informer des pratiques de dépassement d'honoraires.



Quel est le montant des cotisations ?

Les cotisations sont exprimées en % du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) au sein du contrat. Pour faciliter la compréhension, elles sont calculées en euros dans le tableau ci-dessous sur la base d'un PMSS estimé* à 4 005 € au 1^{er} janvier 2026.

La participation patronale porte uniquement sur le régime de base obligatoire pour le salarié (option A, isolé). Dès lors, les cotisations dues pour les régimes optionnels facultatifs (OPTIONS B – C – D) sont entièrement à charge du salarié, de même que la cotisation liée à la couverture des ayants-droits.

- 2 bénéficiaires = le salarié + 1 membre de sa famille tel que défini dans la rubrique « **Qui peut également bénéficier de ce régime frais de santé ?** »
- 3 bénéficiaires et + = le salarié + tous les membres de sa famille tels que défini dans la rubrique « **Qui peut également bénéficier de ce régime frais de santé ?** »

Vous retrouverez ci-dessous le détail des taux de cotisations* pour 2026 suivant votre statut (non-cadre / cadre), le nombre de bénéficiaires affiliés au régime et au niveau d'option souscrit.

*Le montant définitif du PMSS pour l'année à venir n'est connu que lors de la parution de l'arrêté officiel, publié fin décembre. Les taux indiqués ci-dessous sont donc communiqués à titre indicatif uniquement, compte tenu de la date de diffusion du présent livret de garanties auprès des salariés.



Taux de cotisation pour les salariés du régime général :

	COTISATION NON-CADRES	COTISATION GLOBALE	COTISATION PATRONALE	COTISATION SALARIALE		COTISATION CADRES	COTISATION GLOBALE	COTISATION PATRONALE	COTISATION SALARIALE
OPTION A	Salarié seul	68,33 €	59,07 €	9,25 €	OPTION A	Salarié seul	90,47 €	59,07 €	31,40 €
	2 Bénéficiaires	108,82 €	59,07 €	49,74 €		2 Bénéficiaires	132,81 €	59,07 €	73,73 €
	3 bénéficiaires et +	116,06 €	59,07 €	56,99 €		3 bénéficiaires et +	143,10 €	59,07 €	84,02 €
OPTION B	Salarié seul	78,46 €	59,07 €	19,38 €	OPTION B	Salarié seul	100,69 €	59,07 €	41,61 €
	2 Bénéficiaires	132,69 €	59,07 €	73,61 €		2 Bénéficiaires	154,31 €	59,07 €	95,24 €
	3 bénéficiaires et +	142,98 €	59,07 €	83,90 €		3 bénéficiaires et +	167,33 €	59,07 €	108,26 €
OPTION C	Salarié seul	83,34 €	59,07 €	24,27 €	OPTION C	Salarié seul	116,55 €	59,07 €	57,47 €
	2 Bénéficiaires	145,58 €	59,07 €	86,51 €		2 Bénéficiaires	164,89 €	59,07 €	105,81 €
	3 bénéficiaires et +	157,52 €	59,07 €	98,44 €		3 bénéficiaires et +	179,26 €	59,07 €	120,19 €
OPTION D	Salarié seul	92,36 €	59,07 €	33,28 €	OPTION D	Salarié seul	123,11 €	59,07 €	64,04 €
	2 Bénéficiaires	166,17 €	59,07 €	107,09 €		2 Bénéficiaires	196,61 €	59,07 €	137,53 €
	3 bénéficiaires et +	180,95 €	59,07 €	121,87 €		3 bénéficiaires et +	211,98 €	59,07 €	152,91 €



Taux de cotisation pour les salariés du régime Alsace Moselle :

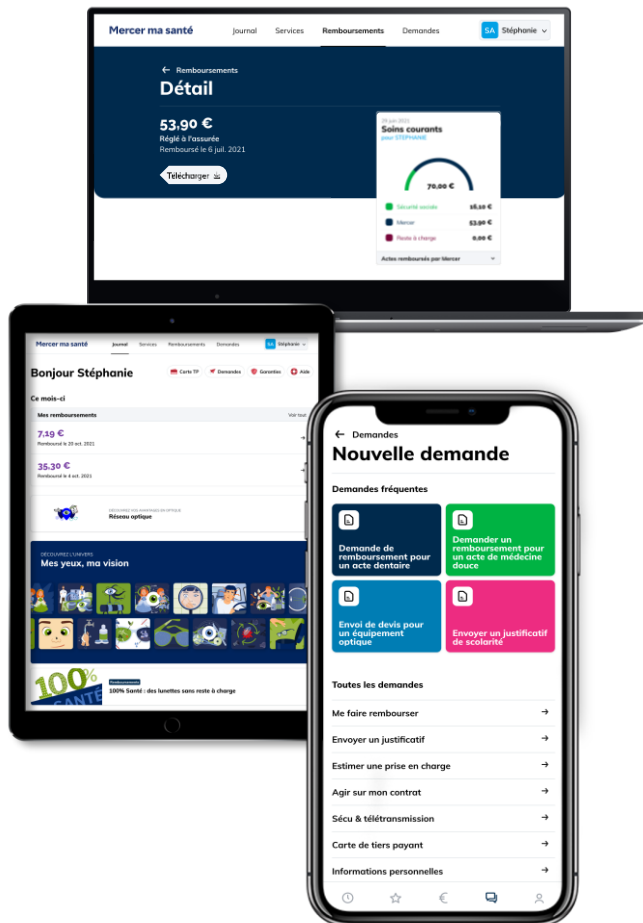
	COTISATION NON-CADRES	COTISATION GLOBALE	COTISATION PATRONALE	COTISATION SALARIALE		COTISATION CADRES	COTISATION GLOBALE	COTISATION PATRONALE	COTISATION SALARIALE
OPTION A	Salarié seul	49,38 €	40,69 €	8,69 €	OPTION A	Salarié seul	76,18 €	59,11 €	17,06 €
	2 Bénéficiaires	63,92 €	40,69 €	23,23 €		2 Bénéficiaires	99,68 €	59,11 €	40,57 €
	3 bénéficiaires et +	67,88 €	40,69 €	27,19 €		3 bénéficiaires et +	105,81 €	59,11 €	46,70 €
OPTION B	Salarié seul	58,75 €	40,69 €	18,06 €	OPTION B	Salarié seul	86,11 €	59,11 €	26,99 €
	2 Bénéficiaires	83,58 €	40,69 €	42,89 €		2 Bénéficiaires	121,07 €	59,11 €	61,96 €
	3 bénéficiaires et +	89,99 €	40,69 €	49,30 €		3 bénéficiaires et +	129,88 €	59,11 €	70,77 €
OPTION C	Salarié seul	65,56 €	40,69 €	24,87 €	OPTION C	Salarié seul	102,17 €	59,11 €	43,05 €
	2 Bénéficiaires	98,08 €	40,69 €	57,39 €		2 Bénéficiaires	151,79 €	59,11 €	92,68 €
	3 bénéficiaires et +	106,33 €	40,69 €	65,64 €		3 bénéficiaires et +	164,49 €	59,11 €	105,37 €
OPTION D	Salarié seul	73,73 €	40,69 €	33,04 €	OPTION D	Salarié seul	108,66 €	59,11 €	49,54 €
	2 Bénéficiaires	117,47 €	40,69 €	76,78 €		2 Bénéficiaires	161,76 €	59,11 €	102,65 €
	3 bénéficiaires et +	128,36 €	40,69 €	87,67 €		3 bénéficiaires et +	173,50 €	59,11 €	114,38 €

Mes services Mercer 24h/24



Mon espace assuré Mercer ma santé

Prendre sa santé en main c'est facile avec **Mercer ma santé** : un espace assuré et une application mobile pour gérer votre santé au quotidien et avoir tous vos services santé à portée de main !



Ma gestion du contrat santé

- Consulter mes remboursements et mes garanties.
- Accéder à ma carte de Tiers Payant et géolocaliser un professionnel de santé.
- Envoyer un devis, une facture ou une demande de prise en charge.
- Suivre en temps réel l'avancement de mes demandes.
- Contacter mon centre de gestion via la messagerie sécurisée.



Mon coaching bien-être personnalisé

- Consulter des conseils utiles sur les thématiques clés : stress, nutrition, sommeil, dépollution de l'habitat, etc.
- Accéder à des contenus de prévention et bénéficiez d'avantages exclusifs négociés avec des entreprises spécialistes du bien-être.



Mes services Santé

- Simuler et estimer mon reste à charge.
- Réaliser une téléconsultation médicale dans la journée.
- Bénéficier d'une assistance en cas d'immobilisation.
- Accéder au réseau ITELIS
- Accéder à des médecins référents en moins de 7 jours pour vos problèmes de santé sérieux.
- Etre guidé en cas d'hospitalisation :
 - ▶ palmarès des établissements ;
 - ▶ analyse tarifaire du dépassement des honoraires.



Comment accéder à mon espace Mercer ma santé ?

1. Téléchargez sur l'Apple Store ou Google Play l'application mobile « **Mercer ma santé** » ou rendez-vous sur www.mercermasante.fr.
2. Cliquez sur « **Première connexion** », puis « Je n'ai pas d'identifiant, ni de mot de passe ».
3. **Sélectionnez la rubrique** correspondante à votre situation, et renseignez vos informations personnelles à l'**identique** de celles qui étaient enregistrées chez Colonna (nom de famille, date de naissance, n° Sécurité sociale à 15 chiffres, code postale)
4. **Un mail vous est ensuite envoyé** accompagné d'un lien vous permettant d'activer votre compte.



Le dépôt de document : simple, pratique et rapide !

Envoyez vos devis, factures et autres justificatifs depuis votre espace personnel ou votre application mobile grâce à la rubrique « **Demandes** ».

Pour bénéficier d'un suivi et d'un traitement optimal et complet, c'est simple et pratique.

1. Depuis votre espace **Mercer ma santé**, rendez-vous dans la rubrique : « **Demandes** ».
2. Sélectionnez le **type de demande**, complétez les informations demandées.
3. Joignez vos documents et validez votre demande.

Scanner un des QR codes ci-contre pour accéder à l'application à télécharger sur votre smartphone

Télécharger sur
l'App Store



DISPONIBLE SUR
Google play



Les services accessibles depuis votre espace Mercer ma santé



**Accédez à un médecin
en 75 secondes, 24/7**

M | Medaviz

Qu'est-ce que c'est ?

- Une consultation médicale avec un médecin* à distance 24h/24, 7j/7.
- **30 spécialités** (Généralistes, gynécologues, pédiatres...).
- Service inclus dans votre contrat = Aucun reste à charge.
- Confidentialité du secret médical garantie
- Un assuré principal a la possibilité de créer 5 comptes.

Comment ça marche ?

- Créez votre compte sur www.medaviz.com/mercier.
- Inscrivez votre code d'activation composé de votre numéro d'adhérent suivi des 4 chiffres de votre année de naissance.
- Accédez à ce service via le site web ou par téléphone au **+33 9 73 03 02 69 depuis la France ou l'étranger**.

*Les médecins ne sont pas habilités à délivrer des certificats médicaux et des renouvellements d'ordonnance.



Deuxième Avis

deuxiemeavis.fr

En cas de **maladie grave**, obtenez un **deuxième avis** d'un médecin expert en moins de 7 jours.



Un parcours simple

- 1 Je récupère mon dossier médical
- 2 Je complète un questionnaire personnalisé
- 3 Je choisis mon médecin expert
- 4 J'obtiens mon avis sous forme de compte rendu
- 5 Je partage les résultats avec mon équipe traitante



Mon Assistance

Qu'est-ce que c'est ?

Dès lors que votre vie quotidienne se trouve perturbée, votre contrat santé prévoit un service d'assistance pour vous accompagner et vous aider dans votre rétablissement et vos démarches.

- Prise en charge de vos enfants / parents dépendants.
- Garde de vos animaux de compagnie.
- Aide à domicile, ménage, courses...

Comment ça marche ?

- Appelez au **09 79 99 03 03** (coût d'un appel local) muni de votre n° de convention **75 37 34**.
- Exposez votre situation à un chargé d'assistance.
- Nous trouverons une solution adaptée à vos besoins.



**Votre nouveau réseau
de soins**

itelis

- Des équipements de qualité
- Des **tarifs privilégiés sans avance de frais*** auprès de plus de 13 000 partenaires (opticiens, centre d'audiologie, dentistes, ostéopathes, chiropracteurs, psychologues et diététicien(ne)s)
- Des **avantages inclus** : garantie déchirure pour les lentilles, garantie casse pour les verres et la monture, remplacement de l'implant en cas de rejet, ...



Jusqu'à -40% sur les verres, -25% sur les montures, 10% de remise minimale sur les lentilles, 15% sur le para-optique (lunettes de soleil, produits de lentilles,...).

Pour localiser un partenaire Itelis, connectez-vous sur votre espace Mercer ma santé, rubrique Mes services inclus



**Benefits You, votre
application santé et
bien-être**



- Accéder à des **contenus de prévention** pour appréhender votre santé ou vous guider en cas de besoin
- **Bénéficiez d'avantages exclusifs** négociés avec des **entreprises spécialistes du bien-être** jusqu'à -25% par rapport aux tarifs publics.



Application disponible sur **Android, IOS**
et sur l'espace salarié Mercer Ma Santé

+ via le QR code ci-contre



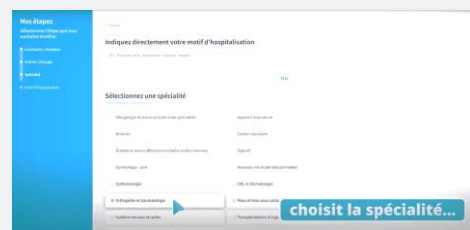
Kalixia Hospit



Un outil unique **d'orientation pour les soins en chirurgie programmée..**



1. Une plateforme d'orientation dans le parcours d'hospitalisation.
2. Un référencement des établissements en chirurgie orthopédique et cardio-vasculaire
3. D'autres spécialités en cours de développement à retrouver sur l'outil
4. Une comparaison des établissements partout en France reposant sur des indicateurs fiables



Informations pratiques



Comment obtenir le remboursement de vos frais de santé ?

Des remboursements rapides et simplifiés : Noemie

La liaison **NOEMIE** permet la transmission informatique et automatique de vos données de soins pour vous et vos bénéficiaires entre votre caisse de Sécurité sociale et Mercer. Pour en bénéficier, envoyez votre attestation de droits Sécurité sociale à jour et celle de vos éventuels bénéficiaires à Mercer.

Sans télétransmission Noemie

Adressez à Mercer les décomptes de Sécurité sociale (ou décomptes téléchargés sur votre espace dédié www.ameli.fr) accompagnés des pièces complémentaires (cf tableau ci-dessous). A noter, ces pièces doivent être adressées au plus tard dans un délai de 2 ans suivant la date de soins.

Les justificatifs demandés par Mercer (en complément de la télétransmission ou du décompte)

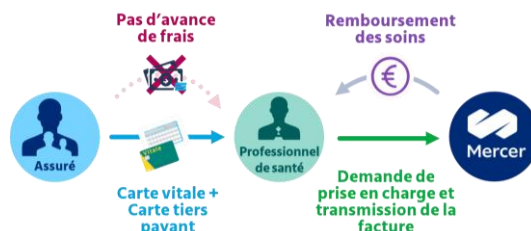
Type d'acte	Justificatif	Comment envoyer
 Équipement optique* sans tiers payant → Verres-monture-lentilles pris en charge par la Sécurité sociale	Copie de la facture acquittée et détaillée (prix, marque et référence des verres), et des lentilles avec cachet de l'opticien et copie de l'ordonnance.	 En ligne www.mercermasante.fr Rubrique : « Demandes »  Via smartphone Mercer ma santé Rubrique : « Demandes »  Par courrier Retrouvez les coordonnées de votre centre de gestion à l'intérieur de ce résumé.
 Dentaire* sans tiers payant → Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale	Copie de la facture acquittée et détaillée (codification des actes et numéros de dents).	
 Actes non remboursés par la Sécurité sociale , selon vos garanties contractuelles → Actes de médecines douces, médecines non conventionnées, vaccins, etc	Copie de la facture acquittée et détaillée (n° ADELI, nom du bénéficiaire, etc).	
 En cas d'honoraires supérieurs à 6 fois la base de remboursement de la Sécurité sociale	Facture acquittée ou avis des sommes à payer et attestation de paiement (hôpital public) ou bordereau de facturation (clinique) en soins externes.	
 Hospitalisation* (hors maternité) Frais de séjour, forfait hospitalier, chambre particulière Honoraires chirurgien, anesthésiste...	Bordereau de facturation de l'établissement (clinique) ou avis des sommes à payer et attestation de paiement (hôpital). Bordereau de facturation et copie de la facture acquittée de l'établissement.	

*Estimez le montant de vos remboursements de vos actes médicaux en nous adressant un devis.



Le Tiers Payant

Tiers Payant « Total » : Dispensez vous de l'avance de frais (Sécurité sociale + part complémentaire) en présentant votre carte vitale et votre carte de tiers payant au professionnel de santé.



Tiers Payant « Partiel » : Vous avez réglé uniquement la part complémentaire ?

- Pour les **actes de « Consultations en cabinet de généralistes/spécialistes, sage-femme, radiologie et kinésithérapie, soins dentaires en cabinet »** : Envoyez un message via votre espace assuré, rubrique « Demandes » → « Autre demande » → « Question suite à un remboursement » en confirmant que vous avez réglé la part complémentaire et en indiquant la date et le type de soin correspondant, le bénéficiaire concerné et que votre Professionnel de santé a pratiqué le Tiers Payant partiel.
- Pour les **autres actes**, il convient d'envoyer la Facture acquittée.

FONDS DE SOLIDARITÉ SANTÉ de COMPASS GROUP FRANCE



Les organisations syndicales et la direction de Compass Group France ont mis en place, par un accord d'entreprise, un fonds de solidarité Santé, afin de renforcer le soutien aux salariés en situation de fragilité.

Les aides mises en place sont soumises à conditions d'éligibilité*.
La gestion de ce fonds est confiée à Malakoff Humanis.

2 domaines d'actions

1/ Je préserve ma santé

- **J'ai des dépenses de santé importantes que mon budget ne peut pas assumer**

Une aide financière égale à 100 % du reste à charge peut être accordée, dans un maximum de **1 500 €***
(sont exclues les thalassothérapies et les cures thermales)

- **Je fais face à des soins de support liés à ma pathologie grave**

Dans le cadre d'une maladie grave, reconnue comme Affection Longue Durée (ALD) par la Sécurité Sociale, de nombreux soins ou accessoires engendrent des dépenses qui restent à votre charge.

Une aide financière liée aux frais réels engagés et dans un maximum de **600 €** par an peut être accordée*

2/ Je suis soutenu à l'occasion de l'hospitalisation d'un proche

Je fais face à des frais d'hébergement, de déplacements, de restauration

Vous devez rester au chevet d'un proche hospitalisé depuis au moins 7 jours, et vous avez des frais d'hébergement : Une aide financière pourra vous être accordée, selon les frais exposés, à compter du premier jour d'hospitalisation du proche*

Cette aide peut être d'un maximum de :
- **50 € par jour** d'hospitalisation du proche si vous devez assumer un hébergement
- **25 € par jour** d'hospitalisation du proche si l'hébergement n'est pas nécessaire.

*** Toutes les aides sont soumises à des conditions d'éligibilité (par exemple, le revenu fiscal de référence, figurant sur votre avis d'imposition, divisé par le nombre de parts fiscales, doit être < 29 500 €) et à la constitution d'un dossier incorporant les justificatifs nécessaires pour valider l'aide financière à accorder.**

Contactez les équipes dédiées au
0 805 500 058**

**** service gratuit + prix d'un appel local**

De 09h à 12h – 14h à 17h (sauf le mardi 09h-12h)

en précisant : FONDS COMPASS

Ou accédez directement au **mail de contact** en flashant ce QR Code



Votre régime prévoyance



Pourquoi un régime prévoyance ?

Les prestations versées par la Sécurité Sociale pour les risques dits « lourds » comme le décès ou l'arrêt de travail ne permettent pas toujours au salarié ou à ses proches de faire face financièrement. Ainsi, le régime prévoyance a pour vocation d'offrir une meilleure couverture aux salariés :

- En cas de décès de l'assuré, le contrat prévoyance prévoit notamment, le versement d'un capital au profit de ses bénéficiaires.
- En cas d'arrêt de travail, le versement d'un revenu de remplacement complétant les indemnités ou rente de la Sécurité Sociale afin de compenser la perte de revenu.



Comment fonctionne le régime prévoyance chez COMPASS ?

L'adhésion au régime de prévoyance est obligatoire pour tous les salariés, vous ne pouvez pas vous dispenser.

Le régime de prévoyance est assuré par **AXA**.

Il intervient en complément des prestations versées par la Sécurité Sociale, et couvre l'incapacité, l'invalidité et le décès.

Pour les non-cadres, le régime propose 2 options de garanties décès :

option 1 : versement d'un capital décès aux bénéficiaires de votre choix.

option 2 : versement d'un capital décès minoré aux bénéficiaires de votre choix mais accompagné d'une rente éducation à chacun de vos enfants à charge.

Quand prennent effet mes garanties ?

Les garanties prennent effet le 1^{er} jour de votre embauche.

Comment adhérer au contrat ?

Pour adhérer vous n'avez pas de document particulier à remplir. Dès que vous êtes embauché(e) vous êtes automatiquement couvert(e). Le seul document que vous pouvez éventuellement remplir est la désignation de bénéficiaires en cas de décès.

Qu'est ce qu'une désignation de bénéficiaire(s) ?

La désignation de bénéficiaire(s) en cas de décès est un document que vous pouvez remplir si vous souhaitez adapter les personnes qui recevront le capital en cas de décès par rapport à la clause type prévue au contrat.

Référez vous à la rubrique dédiée à ce sujet aux pages suivantes pour vous accompagner au mieux dans cette démarche.



Garanties prévoyance du personnel non-cadre

	Option 1	Option 2
	Salaire de base (SB) : TA/TB	Salaire de base (SB) : TA/TB
Garanties décès		
Décès et invalidité absolue et définitive (IAD)		
Capital :		
Célibataire, Veuf, Divorcé sans personne à charge	140% SB	140% SB
Marié, PACS (Pacte Civil de Solidarité), Concubinage sans personne à charge	154% SB	140% SB
Assuré avec une personne à charge	200% SB	-
Majoration par personne à charge supplémentaire	40% SB	-
Décès et invalidité absolue et définitive (IAD) accidentel		
Capital :	100% du capital décès de base	
Rente d'éducation		
Versée aux enfants à charge au sens fiscal, au décès du salarié :		
jusqu'à 11 ans inclus	-	6% SB
de 12 à 17 ans inclus	-	11% SB
de 18 à 20 ans inclus (25 ans si poursuite d'études)	-	16% SB
Prédécès		
Prédécès du conjoint, du partenaire de pacs ou concubin de moins de 65 ans	25% SB	
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 particulières		
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% SB	
- et versement d'une indemnité frais d'obsèques (versée à la personne qui a supporté les frais d'obsèques)	150% PMSS	

Garanties incapacité de travail et invalidité

INCAPACITE DE TRAVAIL (Indemnité journalière en complément des prestations de la Sécurité Sociale)

Le total des prestations Sécurité Sociale et Prévoyance ne pourront excéder de 100% du salaire net

Franchise :

Personnel ayant plus d'un 1 an d'ancienneté	En relai du maintien de salaire employeur et au plus tôt à compter du 181 ^{ème} jour discontinu d'arrêt de travail
Personnel ayant moins d'un 1 an d'ancienneté	A compter du 181 ^{ème} jour discontinu
Montant	20% SB

INVALIDITE PERMANENTE (Rente sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale)

Le total des prestations Sécurité Sociale et Prévoyance ne pourront excéder de 100% du salaire net

Invalidité de 1 ^{ère} catégorie	16% SB
Invalidité de 2 ^{ème} catégorie	26% SB
Invalidité de 3 ^{ème} catégorie	26% SB
Invalidité consécutive à un accident du travail ou maladie professionnelle, rente partielle	
- Le taux d'invalidité « N » supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66%	26% SB x (3/2) x N
Invalidité consécutive à un accident du travail ou maladie professionnelle, rente totale	
- Le taux d'invalidité « N » supérieur ou égal à 66%	26% SB

Garanties prévoyance du personnel cadre et agent de maîtrise de niveau 8

Garanties décès

Salaire de base (SB) : TA/TB/TC/TD

Décès et invalidité absolue et définitive (IAD)

Capital :

Célibataire, Veuf, Divorcé sans personne à charge	180% SB
Marié, PACS (Pacte Civil de Solidarité), Concubinage sans personne à charge	180% SB
Avec une personne à charge	250% SB
Majoration par personne à charge supplémentaire	50% SB

Pour le personnel salarié à temps complet, le capital garanti ne peut être inférieure à 300% du PMSS en vigueur au jour du décès.

Versement par anticipation en cas d'IAD

Décès et invalidité absolue et définitive (IAD) accidentel (à l'exclusion du minimum de 300% du PMSS)

Assuré célibataire, veuf, divorcé, séparé, sans personne à charge et en 2ème catégorie d'invalidité au sens de la Sécurité Sociale 100% du capital décès de base + majoration forfaitaire de 16 000 €

Rente d'éducation

Versée aux enfants à charge au sens fiscal, au décès du salarié :

jusqu'au 26ème anniversaire (ou viagèrement aux enfants bénéficiaires des allocations pour personnes handicapées)	20% TA
si orphelin de père et mère	doublément de la rente
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 événement	doublément de la rente

Prédécès

Prédécès du conjoint, du partenaire de pacs ou concubin de moins de 65 ans	20% SB
--	--------

Double effet

En cas de décès du conjoint avant 60 ans, capital versé aux enfants encore à charge par part égales entre eux	100% du capital décès de base
---	-------------------------------

Dispositions particulières

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% SB
- et versement d'une indemnité frais d'obsèques (versée à la personne qui a supporté les frais d'obsèques)	200% PMSS

Infirmité permanente accidentelle

En cas de décès du conjoint ou du partenaire lié par un PACS ou d'un enfant à charge	100% PMSS
<i>Limitation aux frais réellement engagés en cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans</i>	

Garanties incapacité de travail et invalidité

INCAPACITE DE TRAVAIL (Indemnité journalière en complément des prestations de la Sécurité Sociale)

Le total des prestations Sécurité Sociale et Prévoyance ne pourront excéder de 100% du salaire net

Franchise :

Personnel ayant plus d'un 1 an d'ancienneté	En relai du maintien de salaire employeur et au plus tôt à compter du 181 ^{ème} jour discontinu d'arrêt de travail
Personnel ayant moins d'un 1 an d'ancienneté	A compter du 181 ^{ème} jour discontinu
Montant	20% SB

INVALIDITE PERMANENTE (Rente sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale)

Le total des prestations Sécurité Sociale et Prévoyance ne pourront excéder de 100% du salaire net

Invalidité de 1 ^{ère} catégorie	48% SB
Invalidité de 2 ^{ème} catégorie	80% SB
Invalidité de 3 ^{ème} catégorie	80% SB
Majoration lorsque l'assuré a deux enfants à charge et plus :	
Invalidité de 1 ^{ère} catégorie	3% SB
Invalidité de 2 ^{ème} catégorie	5% SB
Invalidité de 3 ^{ème} catégorie	5% SB

Invalidité consécutive à un accident du travail ou maladie professionnelle, rente partielle

- Le taux d'invalidité « N » supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66%	80% SB x (3/2) x N
---	--------------------

Invalidité consécutive à un accident du travail ou maladie professionnelle, rente totale

- Le taux d'invalidité « N » supérieur ou égal à 66%	80% SB
Majoration lorsque l'assuré a deux enfants à charge et plus	5% SB

Désignation de bénéficiaire



Quelques conseils pour compléter votre désignation de bénéficiaire

Vous avez le choix d'opter pour la clause contractuelle type ou pour une clause spécifique adaptée à votre situation personnelle.

Pour rappel, la désignation de bénéficiaire peut viser une personne physique ou morale, y compris une association. Il est cependant interdit de désigner un animal ou un ministre des cultes.

Clause contractuelle type de désignation de bénéficiaire :

Sauf désignation particulière de bénéficiaire, la clause standard du contrat s'appliquera automatiquement.

Le capital est payable (clause du contrat) :

- Au conjoint non séparé judiciairement
- A défaut à son partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS), à défaut son concubin tel que défini par le contrat
- A défaut, par parts égales entre eux, aux enfants de l'assuré 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 »
- A défaut, par parts égales entre eux, aux parents de l'assuré, ou au survivant d'entre eux
- A 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 dans l'hypothèse où le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) décède(nt) avant le Participant, le capital sera, sauf stipulation contraire, attribué dans l'ordre de la clause type défini ci-dessus.

Attention, ce document est très important car il détermine l'ordre des bénéficiaires du capital en cas de décès.

Désignation spécifique de bénéficiaire :



Si vous souhaitez que l'ordre de désignation des bénéficiaires de votre capital décès ou les bénéficiaires eux-mêmes soient différents des dispositions de la clause contractuelle type, vous devez compléter une clause de désignation spécifique et l'adresser par courrier à l'adresse précisée ci-dessous :

**UGIPS GESTION Service Désignations
Bénéficiaires AXA 5 Place du Colonel
Fabien CS90008 75484 PARIS CEDEX 10**

Attention : toute désignation ou modification de bénéficiaire non portée à la connaissance de l'assureur lui est inopposable.



Vous avez également la possibilité de compléter ce document en ligne sur le site d'AXA (<https://quijeprotege.fr>) .

De quoi ai-je besoin pour le faire?

- Un email personnel de type adresse publique (ex : @gmail.com; @orange.fr; @free.fr...)
- Un téléphone mobile, pour recevoir le code de sécurité à usage unique, pour la signature électronique du document.
- Une pièce d'identité dématérialisée pour créer un certificat numérique qui sera valable pendant 5 ans.
- Votre numéro de contrat : Pour les non-cadres : **228421811** / Pour les cadres et AM niveau 8 : **228421810**

Pour tout complément d'information, nous vous invitons à vous rapprocher de vos services RH.

Annexe : Lexique

Santé

- **DPTM** : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée, nouvelle dénomination du CAS : Contrat d'Accès aux Soins (Pour savoir si votre médecin est DPTM rendez-vous sur www.annuairesante.ameli.fr). Le secteur non conventionné est considéré comme du non DPTM.
- **Frais Réels (FR)** : dépenses engagées par l'assuré. Elles figurent sur les feuilles de soins, les décomptes de la Sécurité sociale, les factures...
- **Base de Remboursement Sécurité sociale (BR)** : tarif officiel à partir duquel la Sécurité sociale calcule le montant de ses remboursements conventionnés.
- **Ticket Modérateur (TM)** : différence entre la Base de Remboursement (BR) Sécurité sociale et le remboursement Sécurité sociale (RSS).
- **Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)** : ce montant est fixé par décret réglementairement au 1er janvier de chaque année (estimé à 4 005€ pour 2026 à la date de publication du présent livret).
- **RSS** : Remboursement de la Sécurité sociale
- **PLV** : Prix Limite de Vente
- **HLF** : Honoraires Limites Fixes ou Facturation
- **100% Santé** : Une offre qui vous permet d'accéder à **des lunettes de vue, des aides auditives, des prothèses dentaires** de qualité, prises en charge à 100% par la Sécurité sociale et votre complémentaire santé **sans reste à charge garanti**. Pensez à demander à votre professionnel de santé le devis intégrant l'équipement du 100% santé.



Prévoyance

Accident : toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Capital : prestation versée en une seule fois au bénéficiaire.

Invalidité : elle fait suite à une incapacité de travail après classement de l'assuré par la Sécurité sociale dans l'une des catégories suivantes :

- 1^{ère} catégorie, l'assuré a perdu 2/3 de ses capacités de travail, ou de gain, mais peut néanmoins exercer une activité professionnelle. Ce salarié n'est donc pas inapte au travail, mais il peut être inapte à certains postes,
- 2^{ème} catégorie, l'assuré a perdu 2/3 de ses capacités de travail, ou de gain et ne peut normalement pas exercer un travail quel qu'il soit cependant malgré cette définition, l'assuré peut éventuellement travailler de façon réduite,
- 3^{ème} catégorie, l'assuré est incapable de travailler, il est assisté d'une tierce personne, pour les actes de la vie ordinaire.

Mi-temps thérapeutique : si le salarié passe en état d'incapacité partielle de travail, ouvrant droit au maintien des indemnités journalières de la Sécurité sociale, il continue à percevoir les indemnités journalières, diminuées du salaire perçu.

Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale : valeur servant de base de calcul à la Sécurité sociale.

Plafond Sécurité sociale :

- tranche A : fraction du salaire limitée au plafond annuel de la SS,
- tranche B : fraction du salaire comprise entre 1 et 4 fois le plafond annuel de la SS,
- tranche C : fraction du salaire comprise entre 4 et 8 fois le plafond annuel de la SS.

Prédécès : décès du conjoint avant le décès de l'assuré.

Rechute : tout nouvel arrêt intervenu moins de X mois après la reprise de travail. Le délai de franchise est alors décompté au premier jour d'arrêt initial déduction faite des jours de reprise d'activité.

Rente : prestation versée trimestriellement et revalorisée annuellement.

Rente éducation : la rente d'éducation a pour objet d'assurer le versement d'une rente aux enfants à charge du salarié en cas de décès.

Salaire de base : le salaire brut servant au calcul des prestations est celui ayant servi d'assiette aux cotisations au cours des 12 mois civils ayant précédé le mois du décès ou de l'interruption de travail. Le salaire net correspond au salaire net imposable déclaré à l'administration fiscale déduction faite de la CSG et RDS non déductible.

Annexe

Bulletin Individuel d’Affiliation (BIA)



welcome to brighter

Bulletin d’affiliation frais de santé

Actifs



*Champs obligatoires

☐ Affiliation

Date d’effet* :

☐ Modification :
(plusieurs choix possibles)

☐ Ajout bénéficiaire(s)
☐ Radiation bénéficiaire(s)

☐ Modification de l’option

Société / établissement : COMPASS GROUPE UES

☐ COMPASS GROUPE FRANCE

☐ MEDIANCE

☐ SERVIREST

Collège : ☐ Cadre ☐ Non cadre

L’assuré

Nom* : Prénom* :

Nom de jeune fille : Né(e) le* :

N° Sécurité sociale* : Connexion Noémie* : ☐ Oui ☐ Non

Adresse* :

Code postal* : Ville* : Pays* :

Situation de famille* : ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Célibataire ☐ PACS ☐ Vie maritale

Régime de Sécurité sociale* : ☐ Régime général ou ☐ Régime Alsace / Moselle

Adresse email* :

Votre email est indispensable pour la création de votre espace assuré Mercer ma santé et la réception de vos décomptes de remboursement

Téléphone portable* : Autre téléphone portable :

Votre numéro de téléphone portable est indispensable pour recevoir le code de sécurité et accéder à votre espace assuré Mercer ma santé

Régime de frais de santé (au choix)* : ☐ Option A ☐ Option B ☐ Option C ☐ Option D
(Base obligatoire)

**Toute demande reçue après le 15 du mois prendra effet le 1^{er} du mois qui suit*



Pour simplifier vos démarches, à réception de votre carte de tiers payant, créez votre espace assuré en téléchargeant l’application mobile Mercer ma santé ou sur www.merceramasante.fr et retrouvez 24h/24 tous vos services en ligne : dépôt de devis ou de factures, consultation de vos remboursements, géolocalisation d’un professionnel de santé, accès aux services associés à votre contrat, etc.

Les bénéficiaires

Qualité	N° Sécurité sociale	Nom	Prénom	Date de naissance	Connexion NOEMIE	
Conjoint(e)					☐ Oui	☐ Non
Enfant					☐ Oui	☐ Non
Enfant					☐ Oui	☐ Non
Enfant					☐ Oui	☐ Non
Enfant					☐ Oui	☐ Non
Enfant					☐ Oui	☐ Non

Divers services et couvertures sont susceptibles de vous être proposés par Mercer. Pour plus de précisions, nous vous invitons à vous référer au verso de cette page pour les détails sur les traitements des données ou à parcourir l’ensemble de notre politique de confidentialité, disponible ici (<https://www.mercer.fr/confidentialite.html>). Cochez la case ci-contre si vous ne souhaitez pas recevoir d’information à ce sujet : ☐.

Fait le : à : Signature obligatoire du salarié :

Annexe

Bulletin Individuel d’Affiliation

Pièces justificatives (L’envoi de la carte de tiers payant est soumis à la réception de l’intégralité des justificatifs)

RIB	Effectuer le versement de vos prestations
Attestation de droits Sécurité sociale Téléchargez ce document sur www.ameli.fr ou contactez votre régime obligatoire	Effectuer la connexion NOEMIE ⁽¹⁾ avec la CPAM pour chaque bénéficiaire (1) En acceptant la liaison Informatique (NOEMIE), j'autorise ma Caisse de Sécurité sociale à transmettre à MERCER la copie de mes décomptes ainsi que celle des bénéficiaires du contrat désignés ci-dessus.
Attestation sur l'honneur de concubinage	Justifier de votre situation de concubinage
Justificatif de domicile commun	Justifier de votre situation de concubinage
PACS (Pacte Civil de Solidarité)	Justifier de votre situation de partenaire d'un PACS
Attestation allocation enfant handicapé	
Attestation prouvant le versement de l'allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés.	Justifier le maintien des droits sur le contrat en tant que bénéficiaire
Certificat de scolarité	Justifier la scolarité de votre/vos enfants de plus de 18 ans

Les données personnelles que vous nous communiquez sont traitées et stockées dans les conditions visant à assurer la sécurité de ces informations.

Cette fiche est à retourner impérativement à votre centre de gestion

Législation relative au traitement des données à caractère personnel

Vous reconnaissez avoir été informé(e) que les informations recueillies font l'objet d'un traitement par MERCER (en ce compris ses entités affiliées) destiné :

- à la passation, à la gestion (y compris commerciale) et à l'exécution de votre contrat d'assurances ;
- sur la base de l'intérêt légitime, à des analyses statistiques des données de santé liées à la consommation des biens et services de santé afin d'appréhender les axes de prévention prioritaire ;
- à la mise en œuvre de votre accès à une plateforme dédiée à la gestion de vos avantages sociaux, au bien-être ou à l'amélioration de votre santé.

MERCER sera également susceptible de les utiliser dans le cadre d'éventuels contentieux, pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, pour la lutte contre la fraude, ou en vue de se conformer à une réglementation applicable. Les informations vous concernant sont conservées pendant toute la durée du contrat, augmentée de la durée de la prescription légale. Vos données seront transférées à votre assureur, pour réaliser les traitements relatifs à votre souscription dont il est responsable. Pour comprendre comment cet organisme traite vos données, consulter directement sa politique de confidentialité. Vos données pourront être communiquées : aux intermédiaires d'assurance, partenaires ou organismes professionnels habilités ou tout autre gestionnaire ultérieur qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation des opérations destinées à la gestion et à l'exécution de votre contrat d'assurances ;

Vous certifiez avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des renseignements demandés. Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2018, vous bénéficiez du droit d'accès, et de rectification, de limitation, du droit à l'oubli, du droit à la portabilité, du droit d'opposition, du droit de retirer votre consentement lorsque le traitement est réalisé sur la base de votre consentement, ainsi que du droit de définir des directives quant au sort de vos données après votre mort, droits que vous pouvez exercer en vous adressant directement au service du Délégué à la Protection des Données de Mercer : par mail à DPD@mercer.com ou par voie postale à MERCER, Délégué à la Protection des Données - Tour Ariane - 5, Place de la Pyramide - 92800 PUTEAUX.

Vous pouvez enfin adresser une réclamation à la CNIL, 3, place de Fontenoy, TSA 80715- 75334 Paris Cedex 07. Pour plus de précisions, nous vous invitons à parcourir l'ensemble de notre politique de confidentialité, disponible ici (<https://www.mercer.fr/confidentialite.html>).

Coordonnées de votre centre de gestion

MERCER
Prévoyance Santé Retraite
TSA 51801
28030 CHARTRES CEDEX
Affiliationscompass@mercer.com

Mettre en objet de l'email : **COMPASS**

Mercer (France)
au capital de 30 539 670 €
RCS Nanterre B 390 589 455
APE 6622 Z

Siège Social :
Tour Ariane
5, place de la Pyramide
92800 Puteaux
N° ORIAS : 07 001 885

Annexe : Anticipez votre départ en retraite



Le groupe **COMPASS** et Mercer vous accompagnent dans votre départ en retraite.

Trois solutions s'offrent à vous :

- **le maintien de garanties** négocié pour les anciens salariés **COMPASS** ;
- **le maintien de garanties** sous certaines conditions grâce à l'article 4 de la loi Evin ;
- **ou l'une des formules individuelles** proposées par Mes Solutions Mercer.

Solution n°1 : Maintien dédié aux anciens salariés du groupe COMPASS

Le contrat est négocié entre le groupe **COMPASS** et l'assureur.

- Vous bénéficiez de **garanties et tarifs négociés par COMPASS**, pour vous et vos éventuels ayants-droit.
- Toute demande pour ce dispositif doit être adressée à **MERCER** dans les 6 mois suivant votre départ en retraite.
- Vous pourrez toujours résilier votre contrat chaque année en adressant votre demande avant le 31 octobre. Attention, toute sortie est définitive.
- Votre ancien employeur ne participera plus au financement d'une partie de la cotisation comme c'était le cas en tant que salarié. **L'intégralité de la cotisation sera donc à votre charge.**
- La cotisation évoluera chaque année en fonction des résultats du contrat du groupe **COMPASS**, comme c'est le cas pour les actifs.

Solution n°2 : Maintien au sens de la loi Evin

En tant qu'ancien salarié **du groupe COMPASS**, vous bénéficiez de garanties identiques aux actifs et à celles en vigueur au moment de votre départ pour une durée viagère. Cependant, vous n'avez pas la possibilité de maintenir la couverture de vos ayants droits.

- Le contrat est un contrat individuel entre l'organisme assureur et l'ancien salarié.
- La gestion sera opérée directement par **Malakoff Humanis**. Vous pourrez le résilier chaque année en adressant votre demande avant le 31 octobre. Attention, toute sortie est définitive.

Les salariés sortants bénéficient des mêmes garanties santé que le contrat collectif de l'entreprise.

Cependant le montant des cotisations évolue :

- **la 1^{ère} année**, la cotisation reste la même ;
- **la 2^e année**, la cotisation ne peut pas être augmentée de plus de 25 % par rapport au contrat collectif ;
- **la 3^e année**, la cotisation ne peut pas être augmentée de plus de 50 % par rapport au contrat collectif ;
- **la 4^e année**, le montant de la cotisation n'est plus plafonné, la tarification est libre.

Solution n°3 : Couverture individuelle Mes Solutions Mercer

Grâce à notre département **Mes Solutions Mercer**, partenaire au quotidien des particuliers pour des solutions d'assurance adaptées à tous les profils et à tous les budgets, nous pouvons vous proposer une gamme de complémentaires santé sur mesure et des formules adaptées à vos besoins et à ceux de votre famille.

Contactez Mercer pour obtenir un devis sur mesure et conserver Mercer comme gestionnaire de vos remboursements santé.

Notre équipe est à votre entière disposition pour répondre à toutes vos questions



Par téléphone

01 55 21 01 89



Par mail

particulier@mercier.com



Via notre site Web

www.messolutionsmercier.com

Annexe : Votre désignation de bénéficiaire



Assurance et Banque

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.

1. 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/des bénéficiaire(s) de cette clause est par conséquent subordonné, sauf exception prévue par la réglementation, à l'accord du/des bénéficiaire(s) précédemment désigné(s) ayant accepté le bénéfice de cette clause.

2. 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 de 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.

3. 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.

4. 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 2 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.

5. 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 ».

6. 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.

7. EXEMPLES DE RÉDACTION

- **Versement de la majoration 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'intégralité 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 ».



Annexe : Votre désignation de bénéficiaire



DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE DÉCÈS – FORMULAIRE PRÉVOYANCE

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

BON À SAVOIR : vous pouvez effectuer cette désignation directement en ligne sur le site guljeprotege.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 9 h 00 à 18 h 00 ou par e-mail à mesbeneficiaires@guljeprotege.fr.

1. JE M'IDENTIFIE

☐ M. ☐ Mme

Nom⁽¹⁾ : _____ Prénoms⁽¹⁾ : _____

Nom de naissance⁽¹⁾ : _____ N° de Sécurité sociale (sans la clé) : _____

Date de naissance⁽¹⁾ : ____ / ____ / ____ Ville de naissance⁽¹⁾⁽²⁾ : _____

Dépt. de naissance⁽¹⁾ : _____ Pays de naissance⁽¹⁾ : _____

Adresse⁽¹⁾ : _____

Code postal⁽¹⁾ : _____ Ville⁽¹⁾ : _____

E-mail⁽¹⁾ : _____ N° de téléphone : _____

2. 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) désignés 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 : _____

E-mail : _____ Numéro de téléphone : _____

3. JE PRENDS CONNAISSANCE DES OBLIGATIONS LÉGALES

Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions relatives à l'utilisation de mes données personnelles contenues dans la Notice d'Information. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès du 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).

4. JE DATE, SIGNE ET ADRESSE CE BULLETIN À



UGIPS GESTION
Service Désignations Bénéficiaires AXA
5, place du Colonel Fabien
CS90008
75484 Paris Cedex 10

Faire une copie pour en conserver un exemplaire.

Fait à _____

Le ____ / ____ / ____

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

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

Ce document n'est qu'un résumé du contrat d'assurance collective souscrit par votre société et ne peut en aucun cas se substituer à la notice de garanties fournie par l'assureur.

Les dispositions de ce contrat font seules la loi entre les parties. Pour tout complément d'information sur ces garanties, merci de vous référer à la notice de l'assureur.

Mercer, filiale de Marsh McLennan, acteur majeur du conseil en ressources humaines depuis plus de 75 ans, accompagne la transformation des entreprises de toutes tailles pour repenser le monde du travail en modernisant leurs régimes de santé, de prévoyance et de retraite mais aussi en reconsidérant la gestion de leurs talents pour améliorer leur performance et leur bien-être.

Cette transformation passe également par la digitalisation des processus, tant pour les fonctions RH que Finance, que Mercer propose en s'appuyant sur la solution Cloud Workday permettant aux organisations de gagner en agilité et en performance.

Les directions financières peuvent aussi bénéficier des conseils et solutions technologiques sur-mesure de Mercer pour optimiser leurs stratégies d'investissement.

En France, Mercer déploie aussi son expertise auprès des TPE-PME, des travailleurs indépendants et des particuliers (couverture santé et prévoyance, complémentaires santé étudiante, famille ou senior, épargne salariale, multirisque, retraite, mobilité internationale, téléassistance, assureur emprunteur, ...) grâce à son département dédié « Mes Solutions Mercer ».

Aujourd'hui, Mercer compte environ 25 000 collaborateurs – dont plus de 700 en France, répartis sur 12 sites - implantés dans 43 pays, qui aident au quotidien ses clients à construire un avenir plus prometteur dans 130 pays.

Le groupe Marsh McLennan (NYSE : MMC) - spécialiste mondial de la gestion des risques et du courtage d'assurance - s'appuie sur 85 000 collaborateurs et présente un chiffre d'affaires annuel de plus de 20 milliards \$ par l'intermédiaire de ses quatre entités : Mercer, Marsh, Guy Carpenter et Oliver Wyman.

Plus d'informations : www.mercer.fr

Mercer (France) SAS, Société de Courtage en Assurances, dont le siège social est situé Tour Ariane, 5 Place de la Pyramide 92800 Puteaux, immatriculée au RCS de Nanterre n° 390 589 455, enregistrée auprès de l'Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurance (ORIAS) n° 07001885 (www.orias.fr). Service Réclamation Clients : Tour Ariane, 5, place de la Pyramide, 92800 Puteaux. Service de médiation : La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09. ACPR, 4, place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

Si vous souhaitez formuler une réclamation, retrouvez toutes les informations nécessaires sur votre espace assuré, sur notre site <https://www.mercer.fr/reclamations.html> ou sur vos documents contractuels.