



**AG2R LA MONDIALE**

Prendre la main  
sur demain

CCN de l'Industrie  
et des services nautiques



FÉDÉRATION  
DES INDUSTRIES  
NAUTIQUES



L'offre frais de santé  
et prévoyance complémentaires  
de vos salariés

# Le régime de prévoyance des non-cadres de votre profession

Une offre référencée par la FIN (Fédération des Industries Nautiques)

Afin d'être en conformité avec vos obligations conventionnelles établies par votre branche professionnelle suite à l'accord du 21 décembre 2021, nous vous présentons l'offre prévoyance AG2R La Mondiale, offre référencée par votre Fédération patronale (FIN).

Nous vous garantissons :

Un régime de base conforme à vos obligations conventionnelles pour une cotisation de 0,70 % T1/T2

Pour information :

<https://www.ag2rlamondiale.fr/conventions-collectives-nationales/ccn-industries-et-services-nautiques>



# Vos obligations conventionnelles

Les niveaux de garanties sur lesquels porte l'engagement de notre organisme sont conformes à l'accord signé par les partenaires sociaux.

## Garanties prévoyance pour le personnel non-cadre de votre entreprise

Garanties	
<b>Capital décès toutes causes (en fonction de la situation familiale à la date du décès du participant)</b>	
Célibataire, veuf, divorcé sans enfant à charge	60 % SR
Marié/pacsé/concubin, sans enfant à charge	100 % SR
Majoration par enfant à charge	+ 25 % SR
<b>Invalidité permanente totale et définitive</b>	
Versement par anticipation	100% du capital décès <sup>(1)</sup>
<b>Décès postérieur ou simultané du conjoint ou partenaire de PACS</b>	
Nouveau capital	100 % du capital décès <sup>(1)</sup>
<b>Rente éducation OCIRP</b>	
Jusqu'au 11 <sup>e</sup> anniversaire inclus	5 % SR
Du 12 <sup>e</sup> anniversaire au 26 <sup>e</sup> anniversaire	8 % SR
Lorsque l'enfant à charge est orphelin des 2 parents, le montant de la rente dont il bénéficie est doublé	
Au profit des enfants reconnus en invalidité équivalente à l'invalidité de 2 <sup>e</sup> ou 3 <sup>e</sup> catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adultes handicapés ou tant qu'ils sont titulaires de la carte mobilité inclusion (CMI) portant la mention « invalidité », la rente versée ci-dessus devient viagère.	
<b>Allocation frais d'obsèques</b>	
Décès du participant <sup>(2)</sup>	100 % du PMSS
<b>Incapacité temporaire de travail : indemnité journalière</b>	
À compter du 91 <sup>e</sup> jour d'arrêt de travail continu	55 % du SR <sup>(3)</sup>
<b>Invalidité permanente : rente annuelle</b>	
1 <sup>e</sup> catégorie	33 % du SR <sup>(3)</sup>
2 <sup>e</sup> catégorie	55 % du SR <sup>(3)</sup>
3 <sup>e</sup> catégorie	55 % du SR <sup>(3)</sup>
<b>Incapacité permanente professionnelle : rente annuelle</b>	
Taux d'incapacité compris entre 33 % et 66 %	55 % du SR <sup>(3)</sup>
Taux d'incapacité supérieur ou égal à 66 %	Voir contrat

SR = Salaire de référence.

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur à la date du décès.

(1) Y compris les majorations éventuelles pour enfant à charge.

(2) La prestation est versée à la personne ayant réglé les frais d'obsèques, sur présentation de facture, dans la limite des frais réellement engagés.

(3) Sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale.

# Un régime frais de santé pour l'ensemble de vos salariés

L'offre AG2R LA MONDIALE, organisme recommandé par les partenaires sociaux de votre branche

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires. Les prestations s'entendent pour le secteur conventionné comme pour le secteur non conventionné.

## Abréviations :

BR = Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de remboursement.

CCAM = Classification Commune des Actes Médicaux.

D.P.T.M. = Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir :

- OPTAM = Option pratique tarifaire maîtrisée.

- OPTAM CO = Option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et les obstétriciens.

FR = Frais réels engagés par le bénéficiaire.

HLF = Honoraires Limites de Facturation, fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins.

PLV = Prix Limites de Vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins.

PMSS (Plafond mensuel Sécurité sociale) 2024 = 3 864 €.

RSS = Remboursement Sécurité sociale.

TM = Ticket Modérateur (TM = BR - RSS).

Postes	Niveaux d'indemnisation		
	Base	Option	
<b>Hospitalisation</b>			
<b>Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité</b>			
Frais de séjour	240 % de la BR	+ 40 % de la BR	
Forfait journalier hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur		
Honoraires			
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires	Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	240 % de la BR	+ 40 % de la BR
	Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	130 % de la BR	+ 50 % de la BR
Chambre particulière	1,5 % PMSS par jour limité à 20 jours par année civile	+ 1,40 % PMSS par jour limité à 20 jours par année civile	
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de - 16 ans	Néant	1 % du PMSS par jour limité à 20 jours par année civile	
<b>Transport</b>			
Transport remboursé par la Sécurité sociale	100 % de la BR	+ 30 % de la BR	
<b>Soins courants</b>			
<b>Honoraires médicaux</b>			
Remboursés par la Sécurité sociale			
Généralistes (consultations, visites)	Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	130 % de la BR	+ 70 % de la BR
	Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR	Néant
Spécialistes (consultations, visites)	Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	130 % de la BR	+ 40 % de la BR
	Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR	Néant

Postes		Niveaux d'indemnisation	
		Base	Option
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	130 % de la BR	+ 40 % de la BR
	Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR	Néant
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR	+ 20 % de la BR
	Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR	Néant
Non remboursés par la Sécurité sociale			
Acupuncture, chiropraxie, ostéopathie, diététique, étio-pathie, nutritionniste, psychologie, psychomotricité*		Crédit de 25 € par séance, limité à 4 séances par année civile	+ 5 € par séance, limité à 4 séances par année civile
<b>Honoraires paramédicaux</b>			
Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Sécurité sociale)		100 % de la BR	+ 10 % de la BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>			
Analyses et examens de biologie médicale, remboursés par la Sécurité sociale		100 % de la BR	+ 10 % de la BR
<b>Médicaments</b>			
Remboursés par la Sécurité sociale		100 % de la BR	Néant
Non remboursés par la Sécurité sociale			
Médicaments prescrits		Néant	1 % du PMSS par année civile
<b>Pharmacie (hors médicaments)</b>			
Remboursées par la Sécurité sociale		100 % de la BR	Néant
Non remboursés par la Sécurité sociale			
Pharmacie prescrite		Néant	1 % du PMSS par année civile
<b>Matériel médical</b>			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)		100 % de la BR	+ 10 % de la BR
<b>Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale</b>			
Actes de prévention définis par la réglementation		100 % de la BR	Néant
* Si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS.			
<b>Aides auditives</b>			
<b>Équipements 100 % Santé<sup>(2)</sup></b>			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>e</sup> anniversaire et pour les personnes jusqu'au 20 <sup>e</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>e</sup> après correction) <sup>(3)</sup>		RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV <sup>(3)</sup>	Néant
<b>Équipements libres<sup>(4)</sup></b>			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>e</sup> anniversaire <sup>(3)</sup>		100 % de la BR	+ 10 % de la BR
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 <sup>e</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>e</sup> après correction) <sup>(3)</sup>		100 % de la BR	+ 10 % de la BR
Piles et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale <sup>(1)</sup>		100 % de la BR	Néant

(1) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14/11/2018.

(2) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(3) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(4) Équipement de Classe II tels que définis réglementairement. S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700 € RSS inclus au 01/01/2021).

Postes	Niveaux d'indemnisation	
	Base	Option
<b>Dentaire</b>		
<b>Soins et prothèses 100 % Santé<sup>(1)</sup></b>		
Inlay core	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des HLF	Néant
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
<b>Prothèses</b>		
<b>Panier maîtrisé<sup>(2)</sup></b>		
Inlay, onlay	170 % de la BR dans la limite des HLF <sup>(4)</sup>	+ 100 % de la BR dans la limite des HLF <sup>(4)</sup>
Inlay core	170 % de la BR dans la limite des HLF <sup>(4)</sup>	+ 150 % de la BR dans la limite des HLF <sup>(4)</sup>
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	220 % de la BR dans la limite des HLF <sup>(4)</sup>	+ 100 % de la BR dans la limite des HLF <sup>(4)</sup>
<b>Panier libre<sup>(3)</sup></b>		
Inlay, onlay	170 % de la BR	+ 100 % de la BR
Inlay core	170 % de la BR	+ 150 % de la BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	220 % de la BR	+ 100 % de la BR
<b>Soins</b>		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	170 % de la BR	Néant
<b>Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale</b>		
Orthodontie	225 % de la BR	+ 25 % de la BR
<b>Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale</b>		
Implants dentaires (la garantie implantologie comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier)	Crédit de 5 % PMSS par année civile	+ 7 % PMSS par année civile dans la limite de 3 implants par an
Parodontologie	Crédit de 5 % du PMSS par année civile	Néant
Orthodontie	Néant	150 % de la BR
<p>(1) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % Santé, tels que définis réglementairement.  (2) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.  (3) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.  (4) Le respect de la limite des HLF tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de Base et l'option (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).</p>		
<b>Optique</b>		
<b>Équipements 100 % Santé<sup>(1)</sup></b>		
Équipement de Classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + (monture + 2 verres) <sup>(2)</sup>	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV	Néant
Équipement de Classe A : Enfant de -16 ans (monture + 2 verres) <sup>(2)</sup>	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV	Néant
Prestations d'appairage pour des verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV	Néant
Supplément pour verres avec filtres de Classe A	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV	Néant

Postes	Niveaux d'indemnisation	
	Base	Option
<b>Équipements libres<sup>(3)</sup></b>		
Équipement de Classe B : Adulte et Enfants de 16 ans et + (monture +2 verres) <sup>(2)</sup>	Montants indiqués dans la grille optique ci-après en fonction des types de verres (dont 100 € maximum pour la monture)	+ Montants indiqués dans la grille optique ci-après en fonction des types de verres
Équipement de Classe B : Enfants de -16 ans (monture + 2 verres) <sup>(2)</sup>		
<b>Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de Classe A ou B</b>		
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de Classe A ou B	100 % de la BR dans la limite des PLV	Néant
Supplément pour verres avec filtres de Classe B	100 % de la BR dans la limite des PLV	Néant
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséconiques)	100 % de la BR	Néant
<b>Autres dispositifs médicaux d'optique</b>		
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % de la BR + Crédit de 2 % du PMSS par année civile	+ Crédit de 3 % du PMSS par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	Crédit de 2 % du PMSS par année civile	+ Crédit de 8 % du PMSS par année civile

(1) Équipements de Classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de Classe A, pris en charge dans le cadre du 100 % santé, tels que définis réglementairement.  
Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.  
La prise en charge de l'élément de Classe A de l'équipement est intégrale, après intervention de la Sécurité sociale, dans le respect des PLV. La prise en charge de l'élément de Classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond Classe B du contrat, correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de Classe A pour la monture de Classe B ;
- du coût de la monture de Classe A pour les verres de Classe B.

(2) Conditions de renouvellement  
La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.
- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique. Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;

- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
  - glaucome ; hypertension intraoculaire isolée ; DMLA et atteintes maculaires évolutives ; rétinopathie diabétique ; opération de la cataracte datant de moins de 1 an ; cataracte évolutive à composante réfractive ; tumeurs oculaires et palpébrales ; antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ; antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ; greffe de cornée datant de moins de 1 an ; kératocône évolutif ; kératopathies évolutives ; dystrophie cornéenne ; amblyopie ; diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
  - diabète ; maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ; hypertension artérielle mal contrôlée ; sida ; affections neurologiques à composante oculaire ; cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
  - corticoïdes ; antipaludéens de synthèse ; tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(3) Équipements de Classe B, tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

La prise en charge de l'élément de Classe A de l'équipement est intégrale, après intervention de la Sécurité sociale, dans le respect des PLV. La prise en charge de l'élément de Classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond Classe B du contrat, correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de Classe A pour la monture de Classe B ;
- du coût de la monture de Classe A pour les verres de Classe B.

## Grille Optique

Les montants indiqués dans la grille optique s'entendent y compris la part Sécurité sociale.

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec / Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Remboursement par équipement (monture + 2 verres)	
			Base	Option
			Adulte et enfant de - 16 ans et 16 ans et +	Adulte et enfant de - 16 ans et 16 ans et +
<b>Unifocaux</b>	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (1)	153 €	+ 255 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	250 €	+ 330 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	153 €	+ 255 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	153 €	+ 255 €
		SPH > 0 et S > + 6	250 €	+ 330 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	250 €	+ 330 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	250 €	+ 330 €
<b>Multifocaux et progressifs</b>	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	250 €	+255 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	250 €	+ 330 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	250 €	+ 330 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	250 €	+ 330 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	250 €	+ 330 €
		SPH > 0 et S > + 8	250 €	+ 330 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	250 €	+ 330 €

(1) Le verre neutre est compris dans cette classe.

Postes	Niveaux d'indemnisation	
	Base	Option
<b>Autres frais</b>		
<b>Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale</b>		
Frais de traitement et honoraires	Néant	100 % du TM
<b>Forfait maternité</b>		
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré	Néant	10 % du PMSS

## Tableau de cotisations santé

Salarié	Base conventionnelle		Option surcomplémentaire	
	Cotisation en % du PMSS	Cotisation en €	Cotisation en % du PMSS	Cotisation en €
Régime général	0,93 % *	35,94 €	0,32 %	12,36 €
Régime Alsace Moselle	0,55 %	21,26 €		

\* Le taux de cotisation s'élève à 0,96 % du PMSS, il est appelé à 0,93 %.

# Un programme de prévention pour prendre soin de votre santé et celles de vos salariés

« **Branchez-vous santé** » est le fruit d'un long travail parcouru par AG2R LA MONDIALE aux côtés des branches professionnelles.

Le programme « **Branchez-vous santé** » a reçu l'Argus d'Or 2020 dans la catégorie « Assurance de personnes santé/prévoyance collective ».



## 4 Actions / Engagements

### Les cancers et la prévention de leur récurrence

#### Permettre un meilleur diagnostic et diminuer le nombre de récurrences

- Prise en charge à 100 % de l'innovation Visible Patient® qui permet d'améliorer le choix thérapeutique grâce à une modélisation en 3D des organes atteints.
- Pris en charge de l'accès au #ParcoursINM après cancer pour lutter contre les récurrences, un accompagnement de 3 à 12 mois pour lutter contre les récurrences.

### Les risques en santé publique En Quête de Vie

#### Améliorer l'état de santé des salariés et chefs d'entreprise des branches

- Participer au changement des comportements vis-à-vis de sa santé.
- Identifier les facteurs de risques et agir le plus tôt possible pour diminuer ou limiter l'apparition de maladies chroniques.
- Identifier les personnes les plus à risques pour leur proposer un accompagnement adapté

### Agir pour la santé bucco-dentaire

#### Améliorer la santé bucco-dentaire

- Promouvoir un parcours de santé bucco-dentaire, celle-ci entretenant un lien étroit avec l'état de santé globale.

### Prévenir le burnout chez les chefs d'entreprises de TPE-PME

- Sensibiliser aux signes d'épuisement professionnels chez les dirigeants.
- Accompagner les chefs d'entreprise à faire face aux facteurs pathogènes comme le stress, la fatigue, ou l'isolement et ainsi lutter contre les symptômes de déni de sa propre santé.

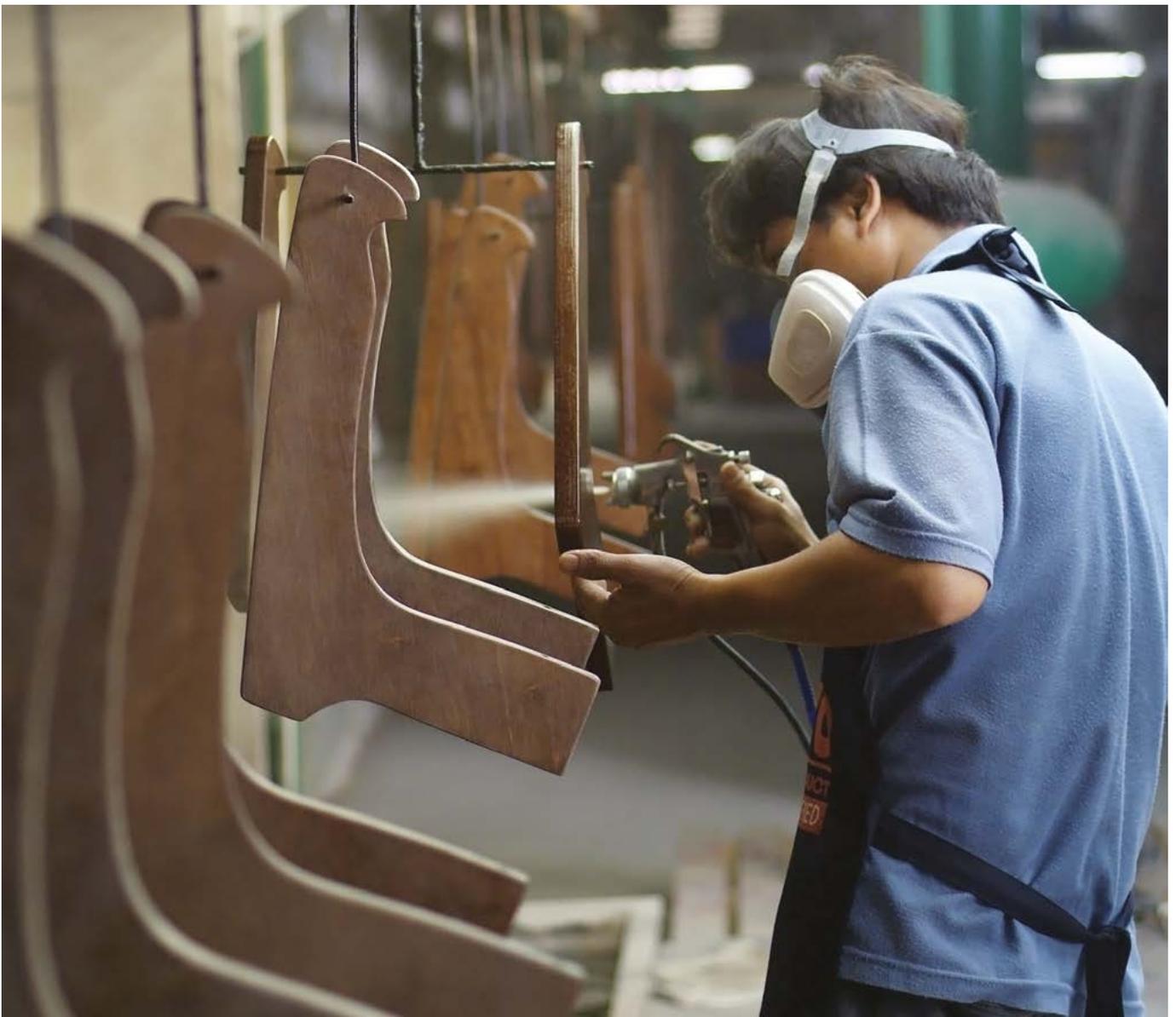
# Valorisez l'image et l'attractivité de votre entreprise

## Les avantages pour votre entreprise

- Motivation et fidélisation des salariés : la prévoyance collective est un avantage social important pour les salariés.
- Avantages fiscaux et sociaux : bénéficiez d'exonérations de cotisations sociales dans les limites prévues par la loi. Ces cotisations sont également déductibles du résultat net avant imposition de l'entreprise.
- En tant que Chef d'entreprise, AG2R LA MONDIALE vous accompagne de façon personnalisée pour vous éviter l'épuisement professionnel.

## Les avantages pour vos salariés

- Protection perte de revenus en cas de coups durs.
- Un contrat collectif permet de bénéficier de tarifs attractifs et de garanties plus étendues.
- Maintien de la couverture santé et prévoyance : jusqu'à 12 mois en cas de rupture du contrat de travail conformément à la législation sur la portabilité des droits.
- Accès au programme de prévention BVS de AG2R LA MONDIALE.



# Une gestion optimisée à votre service

**Les nombreuses compétences des équipes AG2R LA MONDIALE, les services numériques prévoyance permettent de vous proposer des prestations et services autour de vos contrats avec un seul objectif : vous satisfaire.**

## **Demandes de prestations en ligne**

Un espace entreprise dédié pour plus d'efficacité et rapidité pour déclarer un sinistre relatif à un salarié.

## **Service Prest' IJ**

Plus de décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale à nous renvoyer. Ils nous sont directement transmis par l'Assurance Maladie. Seule la déclaration «incapacité/arrêt de travail» reste à faire par vos soins.

## **Un service pour vos salariés**

Désignation des bénéficiaires à réaliser en ligne. Pensez à leur communiquer votre numéro de contrat prévoyance.

## **Consultez vos règlements**

Vous pouvez suivre les paiements des indemnités journalières de vos salariés à partir de votre espace client.

## **Une gestion efficace**

La gestion de vos contrats constitue l'une de nos priorités majeures.

Notre organisation autour du client :

- un espace entreprise sécurisé sur le site AG2R LA MONDIALE [www.ag2rlamondiale.fr](http://www.ag2rlamondiale.fr)
- une ligne dédiée pour la gestion 0972 672 222 (n° non surtaxé),



# Pour les professionnels et les entreprises, nous offrons une gamme étendue de solutions en protection sociale.

## Je crée mon entreprise

- Couvrir mes dépenses de santé
- Me protéger en cas d'imprévu
- Être accompagné dans la gestion de mon entreprise
- Épargner pour ma retraite
- Choisir mon statut social
- Optimiser ma rémunération

Nos conseillers sont là pour échanger avec vous, vous écouter et vous accompagner dans vos choix.

[www.ag2ramondiale.fr](http://www.ag2ramondiale.fr)

## Je prépare l'avenir de mon entreprise

- Mieux comprendre ma protection sociale
- Couverture sociale et avantages des salariés
- Permettre à mes salariés d'épargner
- Mieux valoriser mon entreprise
- Protéger la trésorerie de mon entreprise

## Je prépare ma retraite

- Me protéger en cas d'imprévu
- Me constituer un capital Revenu pour la vie
- Conseil carrière et retraite
- Simuler le montant de ma retraite

## Je transmets mon entreprise

- Préparer la transmission de mon entreprise
- Conserver ma protection sociale
- Protéger mon patrimoine privé
- Analyser mes revenus futurs

**AG2R LA MONDIALE**  
14-16 boulevard Malesherbes  
75379 PARIS CEDEX 08

**AG2R Prévoyance** - Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale - Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R - Siège social : 14-16, boulevard Malesherbes 75008 PARIS - SIREN 333 232 270.