

VOS GARANTIES PREVOYANCE

| Vos garanties | Prestations en % du salaire Tranche A (TA) et Tranche B (TB) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|---|--|---------------|-----------|---|-----------------|-----------|----------|-----------------|-----------|----------|-----------------|-----------|----------|----------------|-----------|----------|
| Décès toutes causes | En cas de décès du salarié, quelle que soit l'ancienneté, Humanis Prévoyance verse au(x) bénéficiaires un capital égal à : 100 % du Salaire de référence TA et TB + 20% par enfant à charge | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Maintien de salaire pour les salariés ayant au moins un an d'ancienneté | <p>• Montant de l'indemnisation sur 12 mois (durée en jours calendaires) :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Ancienneté *</th> <th>90% du Salaire de référence TA⁽¹⁾</th> <th>66,66% du Salaire de référence TA⁽¹⁾</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 an à 10 ans</td> <td>100 jours</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>10 ans à 24 ans</td> <td>100 jours</td> <td>35 jours</td> </tr> <tr> <td>24 ans à 28 ans</td> <td>100 jours</td> <td>45 jours</td> </tr> <tr> <td>28 ans à 33 ans</td> <td>100 jours</td> <td>60 jours</td> </tr> <tr> <td>33 ans et plus</td> <td>100 jours</td> <td>80 jours</td> </tr> </tbody> </table> <p>La durée totale d'indemnisation mentionnée ci-dessus tient compte des indemnités déjà versées au titre du régime durant les 12 mois précédant l'arrêt de travail considéré.</p> <p>• Franchise :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maladie et accident de la vie professionnelle : néant - Autres arrêts (y compris l'accident de trajet) : 7 jours | Ancienneté * | 90% du Salaire de référence TA ⁽¹⁾ | 66,66% du Salaire de référence TA ⁽¹⁾ | 1 an à 10 ans | 100 jours | - | 10 ans à 24 ans | 100 jours | 35 jours | 24 ans à 28 ans | 100 jours | 45 jours | 28 ans à 33 ans | 100 jours | 60 jours | 33 ans et plus | 100 jours | 80 jours |
| Ancienneté * | 90% du Salaire de référence TA ⁽¹⁾ | 66,66% du Salaire de référence TA ⁽¹⁾ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 an à 10 ans | 100 jours | - | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 ans à 24 ans | 100 jours | 35 jours | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 ans à 28 ans | 100 jours | 45 jours | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28 ans à 33 ans | 100 jours | 60 jours | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 33 ans et plus | 100 jours | 80 jours | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Relais du maintien de salaire pour les salariés ayant au moins un an d'ancienneté | Dès le dernier jour d'arrêt de travail ayant donné lieu à indemnisation au titre du maintien de salaire tel que défini ci-dessus, versement d'une indemnité égale à : 15 % du Salaire de référence TA et TB⁽²⁾ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Incapacité et incapacité permanente pour les salariés ayant au moins un an d'ancienneté | <p>• Maladie et accident de la vie privée : 2^{ème} et 3^{ème} catégorie : 10 % du Salaire de référence TA et TB⁽²⁾</p> <p>• Maladie et accident de la vie professionnelle : Taux d'IPP supérieur ou égal à 66,66 % : 10 % du Salaire de référence TA et TB⁽²⁾</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(1) sous déduction des prestations brutes (avant prélèvements sociaux) versées par la Mutualité Sociale Agricole

(2) En sus des prestations versées par la Mutualité Sociale Agricole.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

LISTE DES SALARIES ET ANCIENS SALARIES DE L'ENTREPRISE EN ARRÊT DE TRAVAIL à la date d'effet de l'adhésion

| Nom | Prénom | N° d'assuré social | Date de l'arrêt de travail | Date de mise en invalidité | Date de rupture du contrat de travail | Indemnités journalières ou rentes mensuelles ⁽¹⁾ |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------------|---|
| ↓ | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

(1) Précisez, le cas échéant, la catégorie d'invalidité ou le taux d'incapacité permanente.

INSTITUTION DE PREVOYANCE, MUTUELLE OU TOUT ORGANISME ASSUREUR précédent versant des indemnités journalières ou rentes d'invalidité à ces salariés en arrêt de travail

Nom

Adresse

Code postal Ville Tél.