

Assurance Prévoyance

Document d'information sur le produit d'assurance

Assureur : KLESIA Prévoyance

Produit : PRÉVOYANCE PHARMACIE – NON-CADRE



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions des Conditions générales et Notice d'information. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Une information précontractuelle et contractuelle complète est fournie dans les Conditions générales, la Notice d'information et le tableau des garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'Assurance PRÉVOYANCE PHARMACIE – NON-CADRE est souscrit par l'employeur dans un cadre collectif et obligatoire. Il est destiné à couvrir les salariés en cas d'incapacité de travail, d'invalidité et de décès en complément des prestations de la Sécurité sociale française.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds [et peuvent varier en fonction du niveau de garantie choisi]. Ils ne peuvent être plus élevés que la dépense engagée. Les montants ou forfaits pris en charge figurent dans le tableau des garanties

✓ GARANTIES OBLIGATOIRES

- Décès / Perte totale et irréversible d'autonomie
- Décès accidentel
- Rente éducation en cas de décès
- Double effet (capital en cas de décès du conjoint survivant)
- Frais d'obsèques
- Incapacité de travail
- Invalidité
- Maternité - paternité – adoption – deuil d'un enfant



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les garanties non souscrites
- ✗ L'invalidité si le taux d'incapacité permanente déterminé par la Sécurité sociale est inférieur à 40 %
- ✗ L'incapacité et l'invalidité pendant le délai de franchise (les prestations sont versées en cas d'arrêt de travail continu et total de travail après un délai de 3 jours)



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

▪ Risques Décès et annexes (y compris Rente éducation)

Ne donnent pas lieu aux garanties, les sinistres qui résultent :

- ! Directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique,
- ! Du suicide du Participant survenant au cours de la 1ère année d'affiliation au présent contrat
- ! En cas de guerre, uniquement dans les conditions déterminées par la législation française sur les assurances sur la vie en temps de guerre.

▪ Risques - Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) – Arrêt de travail

Ces garanties ne sont pas couvertes si la réalisation du risque résulte :

- ! Du fait volontaire ou intentionnel du bénéficiaire ou du Participant,
- ! Des risques aériens dans les conditions précisées dans les CG
- ! De la pratique de sports qui ne disposent pas d'une fédération sportive ;
- ! De la pratique d'un sport à titre professionnel ;
- ! De la participation à des compétitions, démonstrations, acrobaties ou tentatives de records pratiquées avec des engins à moteur ;
- ! De guerre civile ou étrangère, d'émeute, de rixe, d'acte de terrorisme dans lesquels le Participant a pris une part active, sauf cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger, à charge pour le bénéficiaire d'en apporter la preuve ;
- ! De la consommation d'alcool constatée par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux légal précisé par le Code de la route,
- ! De l'usage de stupéfiants ou substances médicamenteuses en dehors des limites de prescriptions médicales,
- ! Directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique.



Où suis-je couvert ?

- Les salariés de l'entreprise sont couverts en France et à l'étranger.



Quelles sont mes obligations ?

Lors de l'adhésion

Le présent régime de prévoyance s'applique aux entreprises comprises dans le champ d'application de la Convention Collective Nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 ou ayant un lien direct avec la Branche et appliquent volontairement cette Convention.

L'Entreprise doit adresser à l'Institution :

- un bulletin d'adhésion au régime de prévoyance dûment signé par un représentant habilité ;
- un état du personnel, de la catégorie assurée, indiquant le salaire annuel brut. Les rémunérations déclarées doivent être conformes à celles qui sont retenues chaque année par l'entreprise pour le calcul de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale.
- un état des salariés en Incapacité de travail et en invalidité
- un état des salariés à temps partiel pour cause de maladie.

En cours de contrat

L'Adhérente doit utiliser la Déclaration Sociale Nominative (DSN) pour transmettre mensuellement à l'Institution toutes les informations relatives à l'effectif de la catégorie de salariés assurée, aux mouvements de personnel (embauche, suspension et fin de contrat de travail ...) ainsi que le salaire brut de chaque assuré affilié au contrat, ventilé par tranches soumises à cotisations sociales.

L'Adhérente doit informer l'Institution de toute modification d'adresse, de raison sociale ou de modification de sa situation juridique (fusion, cession, scission...), au plus tard à chaque échéance de cotisations.

Il appartient à l'Entreprise Adhérente :

- de remettre à chaque Participant la notice d'information ;
- de l'informer, le cas échéant, des modifications apportées à ses droits et obligations en cours de contrat.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont calculées et transmises mensuellement via la DSN et réglées au plus tard trimestriellement à terme échu.

L'Institution procède à l'ajustement des cotisations dues sur la base des informations contenues dans la DSN communiquée par l'Adhérente. Cet ajustement donne lieu, soit à remboursement du trop-perçu de cotisations par l'Assureur, soit à paiement d'un complément par l'entreprise adhérente



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet de l'adhésion retenue, après acceptation de l'Institution, est indiquée dans le certificat d'adhésion par l'Institution.

L'adhésion est conclue pour une période allant jusqu'au 31 décembre suivant la date d'effet et se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.



Comment puis-je résilier l'adhésion ?

Vous pouvez résilier votre adhésion au contrat au 31 décembre de chaque année avec un préavis de deux mois, par l'un des moyens suivants :

- Lettre ou tout autre support durable ;
- Déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur ;
- Acte extrajudiciaire ;
- Communication à distance lorsque l'organisme le propose pour la souscription.