

Un offre globale pour préserver votre niveau de vie



Comment bénéficier d'une protection sociale équivalente à celle d'un salarié cadre supérieur ?

Le Plan Gérant Majoritaire offre cette opportunité avec un régime de prévoyance, une complémentaire santé et un contrat de retraite par capitalisation, tout en bénéficiant du cadre avantageux de la loi Madelin.



La prévoyance

Les garanties de prévoyance du Plan Gérant Majoritaire de Generali Vie permettent à l'adhérent de protéger sa famille en cas de décès, de maintenir son revenu en cas d'incapacité de travail et d'invalidité, et de bénéficier de prestations complémentaires pour ses frais de santé. Pour assurer ses revenus et la protection financière de ses proches, l'adhérent définit sa base de garantie qui est exprimée en pourcentage du plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS). Il choisit le niveau entre 0,5 et 4 PASS (par palier de 0,25) dans la limite de 125 % de sa rémunération actuelle (appointement Art. 62 et dividendes).

Capital décès

L'adhérent bénéficie d'une couverture qui lui permet de mettre ses proches à l'abri jusqu'à 75 ans avec un capital doublé en cas d'accident et majoré pour chaque enfant à charge.

Une garantie décès complémentaire peut venir renforcer le montant du capital souscrit en cas de maladie.

Le montant de cette majoration est doublé en cas d'accident. De plus, il a la possibilité d'opter pour le versement en rente viagère de ce capital pour bénéficier de l'avantage fiscal de la loi Madelin.

Rente du conjoint

En cas de décès avant 75 ans, le conjoint survivant perçoit une rente viagère dont le montant est égal à 20 % de la base des garanties.

Rente éducation

En cas de décès avant 65 ans, une rente trimestrielle est versée aux enfants afin de préserver leur avenir.

Le montant annuel de cette rente augmente en fonction de l'âge de l'enfant. Il est exprimé en pourcentage de la base des garanties.

Incapacité/invalidité

Les prestations versées au titre de ce contrat sont des prestations forfaitaires : il n'est pas tenu compte au moment de l'arrêt de travail des prestations versées par le régime obligatoire. En cas d'arrêt de travail, l'adhérent bénéficie de l'exonération du paiement de ses cotisations (hors complémentaire santé), à compter du 91^e jour d'arrêt et pendant toute la durée de versement des prestations.

L'ensemble de ces garanties peut être souscrit jusqu'à 65 ans.

Avec la complémentaire santé, vous bénéficiez, ainsi que votre conjoint et vos enfants à charge, du tiers payant généralisé et de prestations complétant celles des assurances sociales dans la limite des frais réels engagés et à concurrence des plafonds de remboursements définis.

GARANTIES SANTÉ

Les remboursements indiqués ci-dessous incluent les remboursements de la Sécurité sociale en fonction de sa base de remboursement (sauf pour les pourcentages exprimés en PMSS).

Cochez

TARIF : ☐ Isolé ☐ Duo ☐ Famille

Code postal de l'assuré :

GH

G1

G2

G3

G4

G5

HOSPITALISATION (y compris maternité) ⁽¹⁾						
Secteur conventionné						
Honoraires chirurgicaux (hors chirurgie dentaire) réalisés par des praticiens adhérents au contrat d'accès aux soins	100 % FR	100 % BRSS	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Honoraires chirurgicaux (hors chirurgie dentaire) réalisés par des praticiens non-adhérents au contrat d'accès aux soins	200 % BRSS*	100 % BRSS	200 % BRSS*	200 % BRSS*	200 % BRSS*	200 % BRSS*
Frais de séjour, de salle d'opération	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière (par jour)	8 % PMSS par jour	1,5 % PMSS par jour	4 % PMSS par jour	5 % PMSS par jour	5 % PMSS par jour	5 % PMSS par jour
Secteur non-conventionné						
Honoraires chirurgicaux (hors chirurgie dentaire) réalisés par des praticiens non-adhérents au contrat d'accès aux soins	200 % BRSS*	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS*	200 % BRSS*	200 % BRSS*
Frais de séjour, de salle d'opération	90 % FR	100 % BRSS	150 % BRSS	70 % FR	70 % FR	90 % FR
Chambre particulière (par jour)	5 % PMSS par jour	1,5 % PMSS par jour	4 % PMSS par jour	5 % PMSS par jour	5 % PMSS par jour	5 % PMSS par jour
Maisons de repos et de convalescence	100 % FR	100 % BRSS	250 % BRSS	90 % FR	90 % FR	100 % FR
Durée maximale d'indemnisation	90 j	30 j	30 j	30 j	60 j	90 j
Forfait hospitalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Transport du malade	300 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans)	60 € par jour	20 € par jour	20 € par jour	30 € par jour	30 € par jour	50 € par jour
Hospitalisation à domicile	500 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS
SOINS COURANTS						
Consultations, visites généralistes et spécialistes conventionnés adhérents au contrat d'accès aux soins	100 % BRSS	100 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	100 % FR
Consultations, visites généralistes et spécialistes conventionnés non-adhérents au contrat d'accès aux soins	100 % BRSS	100 % BRSS	180 % BRSS	200 % BRSS*	200 % BRSS*	200 % BRSS*
Consultations, visites généralistes et spécialistes non-conventionnés non-adhérents au contrat d'accès aux soins	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS*	200 % BRSS*	200 % BRSS*
Auxiliaires médicaux conventionnés, analyses	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	400 % BRSS
Radiologie, actes techniques médicaux (réalisés par des praticiens adhérents au contrat d'accès aux soins)	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	400 % BRSS
Radiologie, actes techniques médicaux (réalisés par des praticiens non-adhérents au contrat d'accès aux soins)	100 % BRSS	100 % BRSS	130 % BRSS	180 % BRSS	180 % BRSS	200 % BRSS*
Médecines naturelles : ostéopathie, acupuncture, homéopathie, chiropractie, microkinésithérapie (par an et par bénéficiaire)	Néant	2 % PMSS	4 % PMSS	6 % PMSS	8 % PMSS	10 % PMSS
PHARMACIE						
Médicaments et homéopathies remboursés par la Sécurité sociale	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % FR
Pilules contraceptives, traitements œstroprogestatifs, implants, contraceptifs non-remboursés par la SS (par an et par bénéficiaire)	Néant	Néant	50 €	75 €	75 €	150 €
Sevrage tabagique (par an et par bénéficiaire)	Néant	Néant	60 €	80 €	80 €	100 €
Vaccins refusés par la Sécurité sociale (par an et par bénéficiaire)	Néant	30 €	60 €	80 €	80 €	150 €
OPTIQUE ⁽²⁾						
Verres	100 % BRSS	voir grille optique	voir grille optique	voir grille optique	voir grille optique	voir grille optique
Montures	100 % BRSS	95 €	125 €	150 €	150 €	150 €
Lentilles de contact/lentilles jetables remboursées ou non par la Sécurité sociale (par an et par bénéficiaire)	Néant	4 % PMSS	8 % PMSS	10 % PMSS	11 % PMSS	12 % PMSS
Chirurgie réfractive (par œil)	Néant	Néant	8 % PMSS	12 % PMSS	16 % PMSS	25 % PMSS
DENTAIRE ⁽³⁾						
Soins dentaires (y compris chirurgie dentaire ADC)	100 % BRSS	100 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	500 % BRSS
Prothèses dentaires, inlay-cores remboursés par la Sécurité sociale - Dents visibles	100 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	500 % BRSS
Prothèses dentaires, inlay-cores remboursés par la Sécurité sociale - Dents invisibles	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS
Prothèses dentaires, inlay-cores (hors inlay/onlay) non-remboursés par la Sécurité sociale (par acte)	Néant	Néant	6 % PMSS	11 % PMSS	15 % PMSS	25 % PMSS
Inlay/Onlay : remboursés par la Sécurité sociale	100 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	500 % BRSS
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS
Orthodontie non-remboursée par la Sécurité sociale (par an)	Néant	Néant	6 % PMSS	10 % PMSS	14 % PMSS	24 % PMSS
Parodontologie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BRSS	100 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	500 % BRSS

GARANTIES SANTÉ (SUITE)

DENTAIRE ⁽³⁾						
Parodontologie non-remboursée par la Sécurité sociale (par an et par bénéficiaire)	Néant	Néant	4 % PMSS	6 % PMSS	8 % PMSS	10 % PMSS
Implantologie (prothèse sur implant et chirurgie sur implant) et supports de prothèses remboursés par la Sécurité sociale	100 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	500 % BRSS
Implantologie (prothèse sur implant et chirurgie sur implant) et supports de prothèses non-pris en charge par la Sécurité sociale (par an et par bénéficiaire)	Néant	Néant	8 % PMSS	12 % PMSS	18 % PMSS	30 % PMSS
SPÉCIAL ENFANTS						
Pédiatres adhérents au contrat d'accès aux soins	100 % BRSS	100 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	100 % FR
Pédiatres non-adhérents au contrat d'accès aux soins	100 % BRSS	100 % BRSS	180 % BRSS	200 % BRSS*	200 % BRSS*	200 % BRSS*
Orthophonistes, orthoptistes	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	400 % BRSS
Consultation diagnostic en diététique (par an et par bénéficiaire de moins de 12 ans)	Néant	Néant	60 €	75 €	75 €	150 €
AUTRES PRESTATIONS						
Appareillage d'orthopédie, appareillage, prothèse auditive	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	500 % BRSS
Prothèse capillaire (remboursée par la Sécurité sociale)	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	500 % BRSS
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale (par an et par bénéficiaire)	100 % BRSS	5 % PMSS	10 % PMSS	12,50 % PMSS	15 % PMSS	20 % PMSS
Allocation naissance - adoption	Néant	5 % PMSS	10 % PMSS	15 % PMSS	20 % PMSS	25 % PMSS
SERVICES						
Tiers payant étendu	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Assistance	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
ACTES DE PRÉVENTION (EN APPLICATION DE L'ARTICLE R 871-2 II DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE)						
Les actes de prévention prévus dans la liste fixée par arrêté du 8 juin 2006 sont pris en charge au titre des postes dont ils relèvent et au minimum à 100 % du ticket modérateur.						

GRILLE OPTIQUE

GRILLE OPTIQUE	G1	G2	G2	G4	G5
VERRE SIMPLE FOYER SPHÉRIQUE	En €/par verre				
Sphère de - 6,00 à + 6,00	45 €	60 €	80 €	95 €	125 €
Sphère de - 6,25 à - 10,00 ou de + 6,25 à + 10,00	95 €	155 €	220 €	220 €	250 €
Sphère hors zone -10.00 + 10.00					
VERRE SIMPLE FOYER SPHÉRO CYLINDRIQUE	En €/par verre				
Cylindre inférieur ou égal à + 4,00, sphère de - 6,00 à + 6,00	60 €	80 €	95 €	125 €	155 €
Cylindre inférieur ou égal à + 4,00, sphère hors zone de - 6,00 à + 6,00	125 €	280 €	300 €	300 €	300 €
Cylindre supérieur à + 4,00, sphère de - 6,00 à + 6,00					
Cylindre supérieur à + 4,00, sphère hors zone de - 6,00 à + 6,00					
VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS SPHÉRIQUES	En €/par verre				
Sphère de - 4,00 à + 4,00	80 €	95 €	110 €	140 €	185 €
Sphère hors zone de - 4,00 à + 4,00	185 €	280 €	310 €	310 €	350 €
VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS SPHÉRO CYLINDRIQUES Quelle que soit la puissance du cylindre	En €/par verre				
Sphère de - 8,00 à + 8,00	80 €	110 €	125 €	170 €	220 €
Sphère hors zone de - 8,00 à + 8,00	250 €	350 €	350 €	350 €	350 €

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ : les limites de remboursement s'entendent sous déduction des remboursements de la Sécurité sociale, sauf pour les garanties exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Bénéficiaires : assuré, conjoint, partenaire de PACS, concubin notoire et enfants à charge.

BRSS : base de remboursement de la Sécurité sociale. En secteur non-conventionné, la base de remboursement est celle appliquée en secteur non-conventionné par la Sécurité sociale.

FR : frais réels, correspondant à la dépense de santé réellement engagée par l'assuré.

PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale.

* Conformément à la réglementation sur les contrats responsables, pendant

la période transitoire 2015-2016, la garantie sera de 225 % BRSS.

⁽¹⁾ Dans le cadre d'une hospitalisation, les suppléments tels que taxes, droits d'entrée, suppléments alimentaires, boissons, chauffage, éclairage, blanchissage, garde, téléphone, télévision et pourboires ne sont jamais remboursés par la Compagnie. Les séjours en sanatorium ou en préventorium ou dans des établissements tels que aérîum, maison de repos, maison d'enfants à caractère sanitaire, agréés par la Sécurité sociale sont compris dans la garantie. En cas de maternité, les frais pris en charge par cette garantie sont ceux imputables aux frais d'hospitalisation liés à l'accouchement dans la limite des frais réels.

⁽²⁾ Le remboursement des frais d'optique est limité à un équipement composé de deux verres et d'une monture tous les deux ans par bénéficiaire à compter de la date d'adhésion au contrat sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue où l'équipement

pourra être remboursé par période d'un an, dans cette dernière hypothèse une ordonnance sera exigée.

⁽³⁾ Les remboursements dentaires, sauf soins et implants, sont limités à 11 % du PASS par année d'adhésion. En cas d'appareil dentaire comprenant des dents visibles et non-visibles le remboursement sera effectué sur la base des dents visibles. Les actes dentaires correspondant à des actes hors nomenclature ne sont pas remboursés par la Compagnie.

Toutes les prestations exprimées « par an » s'entendent par année d'adhésion, sauf pour l'équipement d'optique médicale composé de deux verres et une monture.

La participation (ticket modérateur) aux tarifs pris en charge par l'assurance maladie de l'ensemble des dépenses de santé est couverte intégralement (sauf pour les frais de cure thermique, les médicaments dont le service médical a été classé faible ou modéré et l'homéopathie).

LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DE GENERALI VOUS DONNE ACCÈS À DE NOMBREUX SERVICES :

- Sur présentation de la carte de tiers payant étendu, l'adhérent est dispensé d'avance de frais (dans la limite des garanties de son contrat) chez près de 170 000 professionnels de santé dont près de 10 000 opticiens indépendants ou franchisés, du réseau Carte Blanche.
- Grâce à la télétransmission, ses remboursements sont effectués sous 48 h à compter de la réception des informations par son centre de gestion.
- Il bénéficie d'un accompagnement au quotidien en cas de maladie ou d'hospitalisation avec Europ Assistance (garde d'enfant, soutien scolaire...).
- Avec la protection juridique médicale, un expert juridique est à sa disposition en cas de litige suite à une intervention médicale ou un remboursement de soin.





La retraite

Avec la retraite du Plan Gérant Majoritaire, l'adhérent se constitue un revenu qui viendra compléter la pension versée par son régime obligatoire. Il pourra ainsi conserver, pendant sa retraite, son niveau de vie.

L'adhérent connaît le montant de sa future retraite dès la signature du contrat

Dans un contexte de baisse régulière des pensions de retraite des régimes obligatoires, il connaît avec certitude le montant⁽¹⁾ minimum de la rente qui lui sera versée. Cette rente est revalorisée chaque année avec un taux identique pour les cotisants et les retraités.

L'adhérent constitue sa retraite en fonction de ses exigences et de sa situation

Il peut effectuer ses versements sur La Retraite en euros pour profiter de la sécurité de ce fonds. Il peut également investir sur les marchés financiers grâce à un large choix d'unité de compte.

⁽¹⁾ Montant garanti sous réserve du paiement des cotisations.

Ses cotisations sont prises en charge en cas de coup dur

En cas d'incapacité temporaire et totale de travail d'une durée supérieure à 90 jours ou en cas d'invalidité supérieure à 66 %, Generali prend en charge, après une franchise de 90 jours, les versements programmés jusqu'à la reprise d'activité professionnelle ou le départ à la retraite de l'adhérent. Son épargne retraite continue donc de se constituer. En cas de décès, selon l'option choisie, une rente sera versée au(x) bénéficiaire(s) désigné(s). Elle pourra être viagère et, à minima, versée pendant 10 ans.

Pour une retraite sereine...

À son départ à la retraite, l'adhérent perçoit une rente mensuelle qui vient s'ajouter aux pensions de retraite versées par les caisses de retraite obligatoires et complémentaires. Cette rente sera versée tout au long de sa vie.

L'investissement sur les supports en unités de compte supporte un risque de perte en capital puisque leur valeur est sujette à fluctuation à la hausse comme à la baisse dépendant notamment de l'évolution des marchés financiers. L'assureur s'engage sur le nombre d'unités de compte et non sur leur valeur qu'il ne garantit pas. Les performances passées ne préjugent pas des performances futures et ne sont pas constantes dans le temps.



Un cadre fiscal avantageux

Avec le Plan Gérant Majoritaire de Generali, l'adhérent bénéficie du cadre fiscal avantageux de la loi Madelin (Article 154 bis du Code général des impôts).

Il peut, sous réserve de certaines dispositions légales⁽²⁾, déduire ses cotisations prévoyance (hors garantie décès en capital) de son bénéfice imposable dans une limite maximale prévue par l'administration fiscale (7 % du plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS) + 3,75 % de son bénéfice imposable), le total ne devant pas dépasser 3 % de 8 PASS.

Dans les mêmes conditions⁽²⁾, il peut déduire ses cotisations au titre du contrat La Retraite de son revenu (dans la limite égale au plus élevé des deux montants suivants) :

- 10 % du plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS) ;
- ou 10 % de la fraction du bénéfice imposable retenu dans la limite de 8 PASS auxquels s'ajoutent 15 % supplémentaires sur la fraction de ce bénéfice comprise entre 1 et 8 PASS.



⁽²⁾ L'adhérent doit impérativement être à jour du paiement des cotisations aux régimes vieillesse et maladie obligatoires.

Document non-contractuel à caractère publicitaire. Les garanties peuvent donner lieu à exclusions ou limitations.

Pour connaître le détail et l'étendue des garanties, reportez vous aux conditions générales et particulières du contrat.

La souscription d'un contrat ou de certaines garanties demeure soumise aux règles d'acceptation des risques de l'assureur.

Generali Vie

Société anonyme au capital de 332 321 184 euros
Entreprise régie par le Code des assurances - 602 062 481 RCS Paris
Siège social : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris

Société appartenant au Groupe Generali immatriculé
sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026

