



RÉGIME FRAIS DE SOINS DE SANTÉ ET PRÉVOYANCE

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE
DES MÉTIERS DU COMMERCE DE DÉTAIL
ALIMENTAIRE SPÉCIALISÉ - IDCC 3237

Édition 2026

apgis

L'APGIS

est le partenaire

labellisé

santé et prévoyance

des métiers du

commerce de détail

alimentaire spécialisé



Pourquoi choisir d'adhérer au régime frais de santé et prévoyance labellisé par votre branche professionnelle ?

- **Être en conformité** avec vos **obligations conventionnelles** (CCN 3237) **et réglementaires**, tout en bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux
- **Bénéficier de la mutualisation** et de la **stabilité du régime santé et prévoyance** : pas de sélection médicale, amélioration des garanties, stabilité des taux de cotisation, des tarifs et des frais optimisés
- **Être couvert par un régime haut de gamme** :
 - en frais de santé : implantologie, dépassements d'honoraires couverts, médecines douces, prise en charge de frais de pharmacie non remboursés
 - en prévoyance : une couverture complète pour vos entreprises et vos salariés
- Une **gestion performante, rapide et simplifiée** des remboursements santé et une offre de services accessible à tout moment
- Permettre à votre salarié ou à votre entreprise **de renforcer et/ou d'étendre sa couverture santé**

APGIS, partenaire de votre protection sociale

Depuis plus de 45 ans, l'APGIS, institution de prévoyance, affiliée au groupe COVÉA, est l'assureur complémentaire d'une protection sociale collective, solidaire et innovante, au profit des branches professionnelles, des entreprises et de leurs salariés. Elle accompagne au quotidien près de 40 000 entreprises et 860 000 bénéficiaires.

Exemples de remboursement

SANTÉ

Ces exemples se basent sur les garanties du régime conventionnel de base obligatoire

Soins courants

Consultation d'un médecin spécialiste
avec dépassement d'honoraires libres (non-adhérent à un OPTAM **)

Prix moyen pratiqué *
64,00 euros

Reste à charge
RC : 18,00 euros €

Remboursement RO *
16,10 euros € ***

Remboursement APGIS *
RC : 29,90 euros €

Optique

100 % santé
Équipement optique - Monture + verres unifocaux

Prix limite de vente *
125,00 euros €
(monture à 30 euros €)

Reste à charge
RC : 0 euro

Remboursement RO *
22,50 euros

Remboursement APGIS *
RC : 102,50 euros

Dentaire

100 % santé
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et 1^{res} pré-molaires

Honoraire limite de facturation *
500,00 euros

Reste à charge
RC : 0 euro

Remboursement RO *
72,00 euros

Remboursement APGIS *
RC : 428,00 euros

Panier libre
Équipement optique - Monture + verres unifocaux

Prix moyen pratiqué *
356,00 euros
(monture à 100 euros)

Reste à charge
RC : 86,00 euros
Option 1 : 16,00 euros
Option 2 : 0 euro €

Remboursement RO *
0,09 euro

Remboursement APGIS *
RC : 269,91 €
Option 1 : 339,91 €
Option 2 : 355,91 €

Aides auditives

Panier Maîtrisé
Couronne céramique hors zircone 2^e pré-molaire

Honoraire limite de facturation *
550,00 euros

Reste à charge
RC : 70,00 euros

Remboursement RO *
72,00 euros

Remboursement APGIS *
RC : 408,00 euros

100 % santé
Équipement auditif - Prix par oreille, pour un bénéficiaire de 20 ans ou plus

Prix limite de vente *
950,00 euros

Reste à charge
RC : 0 euro

Remboursement RO *
240,00 euros

Remboursement APGIS *
RC : 710,00 euros

Panier libre
Couronne céramo-métallique sur molaires

Prix moyen *
650,00 euros

Reste à charge
RC : 170,00 euros
Option 1 : 50,00 euros
Option 2 : 0 euro

Remboursement RO *
72,00 euros

Remboursement APGIS *
RC : 408,00 euros
Option 1 : 528,00 euros
Option 2 : 578,00 euros

Panier libre
Équipement auditif - Prix par oreille, pour un bénéficiaire de 20 ans ou plus

Prix moyen *
1 565,00 euros

Reste à charge
RC : 365,00 euros
Option 1 : 65,00 €
Option 2 : 0 euro

Remboursement RO *
240,00 euros

Remboursement APGIS *
RC : 960,00 euros
Option 1 : 1260,00 euros
Option 2 : 1325,00 euros



Les exemples sont réalisés sur la base des tableaux de garanties pour l'année 2026.
* Les tarifs, dépenses, remboursements et restes à charge sont présentés en valeur absolue en euros.
** OPTAM : Option de pratique tarifaire maîtrisée
*** Avant déduction de la participation forfaitaire de 2 euros, non garantie par le régime
RO : Régime Obligatoire (ici, il s'entend comme étant le régime général d'assurance maladie)
RC : Régime Conventionnel

Garanties santé

au 1^{er} janvier 2026



NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS					
	RÉGIME CONVENTIONNEL <small>Y COMPRIS LES PRESTATIONS VERSÉES PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE (RO)</small>		OPTION 1 <small>Y COMPRIS LES PRESTATIONS VERSÉES PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE (RO) ET AU TITRE DU RÉGIME CONVENTIONNEL</small>		OPTION 2 <small>Y COMPRIS LES PRESTATIONS VERSÉES PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE (RO) ET AU TITRE DU RÉGIME CONVENTIONNEL</small>	
	Adhérent OPTAM ou OPTAM-ACO <small>(avec dépassement d'honoraires maîtrisés)</small>	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-ACO <small>(avec dépassement d'honoraires libres)</small>	Adhérent OPTAM ou OPTAM-ACO <small>(avec dépassement d'honoraires maîtrisés)</small>	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-ACO <small>(avec dépassement d'honoraires libres)</small>	Adhérent OPTAM ou OPTAM-ACO <small>(avec dépassement d'honoraires maîtrisés)</small>	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-ACO <small>(avec dépassement d'honoraires libres)</small>
HOSPITALISATION (Y COMPRIS MATERNITÉ)						
Forfait journalier hospitalier	100 % des frais réels					
Frais de séjour en établissement conventionné	220 % BR		270 % BR		320 % BR	
Honoraires (consultations et actes)	220 % BR	200 % BR	270 % BR	200 % BR	320 % BR	200 % BR
Chambre particulière non remboursée par le RO	60 euros par jour dans la limite de 60 jours par an et bénéficiaire		80 euros par jour dans la limite de 60 jours par an et bénéficiaire		90 euros par jour dans la limite de 60 jours par an et bénéficiaire	
Frais d'accompagnement d'un bénéficiaire (sur présentation d'un justificatif) non remboursé par le RO	35 euros par jour				40 euros par jour	
SOINS COURANTS (Y COMPRIS MATERNITÉ)						
Honoraires médicaux • Consultations et visites de généraliste	195 % BR	175 % BR	220 % BR	200 % BR	250 % BR	200 % BR
• Consultations et visites de spécialiste	220 % BR	200 % BR	270 % BR	200 % BR	320 % BR	200 % BR
• Actes techniques médicaux	220 % BR	200 % BR	270 % BR	200 % BR	320 % BR	200 % BR
• Actes d'imagerie médicale	170 % BR	150 % BR	170 % BR	150 % BR	170 % BR	150 % BR
Honoraires paramédicaux : • Kinésithérapeute	120 % BR					
• Autres spécialités	100 % BR					
Séances d'accompagnement psychologique remboursées par le RO « MonSoutienPsy »	100 % BR					
Analyse et examens de laboratoire	100 % BR					
Médicaments • Médicaments remboursés par le RO	100 % BR					
Vaccins, traitement nicotinique, contraception et médicaments prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale	120 euros par an et par bénéficiaire		150 euros par an et par bénéficiaire		200 euros par an et par bénéficiaire	
Matériel médical « 100 % Santé »	100 % FR *					
Matériel médical Hors «100 % Santé»	200 % BR + 300 euros par an et par bénéficiaire		200 % BR + 400 euros par an et par bénéficiaire		200 % BR + 500 euros par an et par bénéficiaire	

AUTRES GARANTIES			
Natalité ⁽²⁾ Forfait naissance / adoption	150 euros par naissance ou par adoption	300 euros par naissance ou par adoption	500 euros par naissance ou par adoption
Transport remboursé par la Sécurité sociale	100 % BR		
Cures thermales ⁽²⁾ remboursées par la Sécurité sociale	100 % BR + 100 euros par an et par bénéficiaire	100 % BR + 200 euros par an et par bénéficiaire	100 % BR + 400 euros par an et par bénéficiaire
Médecine douce ⁽²⁾ (acupuncture, chiropractie, ostéopathie, étioopathie, diététique, psychologie, pédicure-podologue)	40 euros par séance dans la limite de 4 séances par an et par bénéficiaire	55 euros par séance dans la limite de 4 séances par an et par bénéficiaire	70 euros par séance dans la limite de 4 séances par an et par bénéficiaire
Prévention / Dépistage <ul style="list-style-type: none">Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L.871-1 du Code de la Sécurité sociale)	100 % BR		
AIDES AUDITIVES			
Renouvellement limité par bénéficiaire à un appareil/oreille tous les 4 ans, à compter de la date d'acquisition de l'appareil. Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours de la période susmentionnée			
Équipement « 100% SANTÉ » * Classe I		100 % FR *	
Équipement Hors « 100 % santé » - Tarif libre* Classe II			
• Bénéficiaire de 20 ans et +	100 % BR + 800 euros par oreille appareillée	100 % BR + 1 100 euros par oreille appareillée	100 % BR + 1 300 euros par oreille appareillée
	Prestation limitée à 1 700 euros y compris le remboursement RO, par oreille et par bénéficiaire		
• Bénéficiaire de moins de 20 ans ou atteint de cécité	100 % BR + 300 euros Prestation limitée à 1 700 euros y compris le remboursement RO, par oreille et par bénéficiaire		
Matériel médical aides auditives : consommables, piles et accessoires	100 % BR		
DENTAIRE			
Soins et prothèses dentaires « 100% SANTÉ » * :		100 % FR *	
Soins Hors « 100 % SANTÉ »*			
• Consultations et soins dentaires	100 % BR		
• Inlays-Onlays Tarif maîtrisé et libre	200 % BR	400 % BR	575 % BR
Prothèses dentaires Hors « 100 % SANTÉ »			
• Prothèses - Tarif maîtrisé et libre	400 % BR	500 % BR	575 % BR
• Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale (sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes)	400 % BRR	500 % BRR	575 % BRR
Orthodontie			
• Remboursée par le RO	250% BR	350 % BR	400 % BR
• Non remboursée par le RO ⁽²⁾ <small>limité à 6 semestres par bénéficiaire pour la contention</small>	250% BRR	400 % BRR	450 % BRR
Autres prestations dentaires non remboursées par le RO			
• Implantologie dentaire ⁽²⁾ (pilier implantaire et l'implant)	800 euros par implant	1 200 euros par implant	1 550 euros par implant
limité à 3 implants par an et par bénéficiaire			
• Parodontologie	150 euros par an et par bénéficiaire	300 euros par an et par bénéficiaire	300 euros par an et par bénéficiaire

OPTIQUE

Les prestations des garanties monture et verres s'entendent y compris les remboursements versés par le RO

Renouvellement limité à un équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition, ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exceptions réglementaires. Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours des périodes susmentionnées

Équipement « 100% SANTÉ »* Classe A Monture, verres, prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres		100 % FR
---	---	----------

Équipement Hors « 100% SANTÉ » - Tarif libre * Classe B

• Monture :	100 euros par monture		
• Verre : Simple	85 euros	120 euros	160 euros
Complexe	Unifocal : 150 euros Multifocal : 170 euros	Unifocal : 200 euros Multifocal : 220 euros	Unifocal : 240 euros Multifocal : 280 euros
Très complexe	265 euros	310 euros	350 euros
• Prestations d'adaptation	100 % BR		

Lentilles correctrices

• Remboursées par le RO (y compris lentilles jetables)	100 % BR + 150 euros par an et par bénéficiaire	100 % BR + 200 euros par an et par bénéficiaire	100 % BR + 250 euros par an et par bénéficiaire
• Non remboursées par le RO (y compris lentilles jetables)	150 euros par an et par bénéficiaire	200 euros par an et par bénéficiaire	250 euros par an et par bénéficiaire

Autres prestations optiques non remboursées par le RO

• Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	600 euros par œil par an et par bénéficiaire	1 000 euros par œil par an et par bénéficiaire	1 300 euros par œil par an et par bénéficiaire
---	---	---	---

ABRÉVIATIONS :

BR : Base de remboursement du régime Obligatoire.
En secteur non conventionné, l'Institution applique le
tarif d'autorité de cet organisme

BRR : Base de remboursement reconstitué d'après la
Base de remboursement qu'aurait retenu le Régime
obligatoire s'il était intervenu

FR : Frais réels

OPTAM : Option pratique tarifaire maîtrisée

OPTAM-ACO : Option pratique tarifaire maîtrisée
Anesthésie, Chirurgie et obstétrique. L'OPTAM et
l'OPTAM-ACO sont des dispositifs de pratiques
tarifaires maîtrisées négociés par l'Assurance
maladie et les syndicats médicaux et auxquels
peuvent adhérer les médecins autorisés à pratiquer
des honoraires différents ou titulaires du droit
permanent à dépassement. Pour savoir si le médecin
adhère à l'OPTAM ou à l'OPTAM-ACO, rendez-vous
sur <http://annuairesante.ameli.fr>

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (pour
2026 égal à 4 005 euros)

RO : Régime Obligatoire de Sécurité sociale dont
dépend le bénéficiaire

(*) Tels que définis par la réglementation. Le « 100 % Santé » permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique, aides auditives et matériel médical (prothèses capillaires et location de courte durée de véhicule pour personnes en situation de handicap). Dans la limite du Prix limite de vente (P.L.V.) ou des Honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement de la Sécurité sociale. Avant l'entrée en vigueur du « 100 % Santé », la prise en charge s'effectuera à hauteur du dispositif « Hors 100 % Santé ».

⁽¹⁾ Selon les stipulations prévues au présent Contrat

⁽²⁾ Voir les précisions sur les Garanties prévues au Contrat

Les présentes Garanties sont prises en charge conformément aux dispositions relatives aux contrats dits « responsables » telles que définies à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et à la couverture minimale prévue à l'article L.911-7 du Code de la Sécurité sociale, ainsi que par leurs décrets d'application.

Dans ce cadre, les remboursements indiqués peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration et couvrent l'intégralité des frais engagés pour les actes inclus dans le panier « 100 % Santé ».

Lorsque la prestation est exprimée en euro, en pourcentage du PMSS ou TM, elle s'additionne à celle du Régime obligatoire à l'exclusion des garanties monture et verres.

Les prestations définies au niveau de Garanties « OPTION 1 » et « OPTION 2 », s'entendent y compris les prestations accordées au titre du niveau « GARANTIES CONVENTIONNELLES OBLIGATOIRES ».

Sauf mention expresse, seuls les actes remboursés par le RO sont pris en charge.

Les Garanties exprimées avec une limitation « par an et par bénéficiaire » sont des forfaits annuels, valables du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Dans tous les cas, le total des remboursements du Régime obligatoire, de l'Institution, et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.



Cotisations
Régime
Frais de soins
de santé
au 1^{er} janvier 2026

AU CHOIX
DE L'ENTREPRISE

Formule salarié obligatoire (*)			
	Régime conventionnel	Option 1	Option 2
Régime général	1,49 % PMSS (**) soit 59,67 euros	+ 0,23 % PMSS (**) soit 9,21 euros	+ 0,35 % PMSS (**) soit 14,02 euros
Régime Alsace-Moselle	1 % PMSS (**) soit 40,05 euros		
Enfant (**) facultatif			
	Régime conventionnel	Option 1	Option 2
Régime général	0,89 % PMSS (**) soit 35,64 euros	+ 0,14 % PMSS (**) soit 5,61 euros	+ 0,21 % PMSS (**) soit 8,41 euros
Régime Alsace-Moselle	0,60 % PMSS (**) soit 24,03 euros		
Conjoint facultatif			
	Régime conventionnel	Option 1	Option 2
Régime général	1,86 % PMSS (**) soit 74,49 euros	+ 0,23 % PMSS (**) soit 9,21 euros	+ 0,35 % PMSS (**) soit 14,02 euros
Régime Alsace-Moselle	1,25 % PMSS (**) soit 50,06 euros		
Formule famille unique obligatoire (adhésion facultative des ayants-droit)			
	Régime conventionnel	Option 1	Option 2
Régime général	3,10 % PMSS (**) soit 124,16 euros	+ 0,45 % PMSS (**) soit 18,02 euros	+ 0,65 % PMSS (**) soit 26,03 euros
Régime Alsace-Moselle	2,08 % PMSS (**) soit 83,30 euros		

(**) PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale - Valeur 2026 : 4 005 euros
(***) Gratuité à partir du 3^e enfant à charge.
Ces taux sont applicables jusqu'au 31 décembre 2026, sauf évolutions légales ou réglementaires.



Cotisations Régime Frais de soins de santé au 1^{er} janvier 2026

AU CHOIX DU SALARIÉ (facultatif)

	En complément du régime conventionnel		En complément du régime conventionnel + Option 1 (obligatoire)
	Option 1	Option 2	Option 2
Salarié / conjoint	+ 0,26 % PMSS (**) soit 10,41 euros	+ 0,41 % PMSS (**) soit 16,42 euros	+ 0,15 % PMSS (**) soit 6,0 euros
Enfant	+ 0,15 % PMSS (**) soit 5,89 euros	+ 0,25 % PMSS (**) soit 9,81 euros	+ 0,09 % PMSS (**) soit 3,53 euros

Si Formule Famille unique	+ 0,50 % PMSS (**) soit 20,03 euros	+ 0,77 % PMSS (**) soit 30,84 euros	+ 0,25 % PMSS (**) soit 10,01 euros
------------------------------	---	---	---

(**) PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale - Valeur 2026 : 4 005 euros

Un accompagnement complet : services, actions de solidarité, prévention

Une gestion facilitée de votre adhésion

- **Espace entreprise** : téléchargement des documents contractuels, de gestion et d'information, affiliation ou radiation de votre personnel en ligne et en temps réel ; accès et transmission sécurisés ; accès aux services DSN.
- **Services DSN** : accès à la fiche de paramétrage DSN, consultation des DSN relatives aux cotisations déclarées et aux comptes rendus métiers, contact de l'assistance DSN.

Un soutien en toutes circonstances de vos salariés et de leurs familles

Des services pour faciliter le quotidien

- **Un espace assuré en ligne et une application mobile Apgismobile** : les outils dédiés pour suivre les remboursements, accéder à tout moment à sa carte de tiers payant, effectuer des démarches, etc.
- **Grâce à IDECLAIR**, vos salariés ont accès à un service d'analyse de devis, de tiers payant et de conseil en optique, en dentaire et en audioprothèse. Ils gardent le choix de leur professionnel de santé et la maîtrise de leurs dépenses.
- **FILAPGIS** est une cellule conseil pour prévenir, accompagner et conseiller face aux difficultés de la vie quotidienne (santé, famille, aidant, difficultés financières, décès, etc.).

PRÉVOYANCE

Salariés couverts : Prévoyance cadre* et non cadre*

Une couverture décès :

- Pour les salariés non cadres

- un capital décès exprimé en pourcentage du salaire annuel brut et pouvant varier en fonction de la situation de famille du salarié
- une rente éducation et une rente handicap (assurées par l'OCIRP)
- la garantie Double effet
- une majoration en cas d'accident

- Pour les salariés cadres

- un capital décès de 260 % à 435 % du salaire annuel brut (selon l'option choisie)
- une rente éducation et une rente handicap (en fonction de la situation de famille en choisissant l'option qui prévoit ces rentes assurées par l'OCIRP)
- la garantie Double effet
- une majoration en cas d'accident

Une couverture Incapacité et Invalidité

- **en cas d'incapacité de travail temporaire**, le salarié peut bénéficier d'indemnités journalières permettant d'assurer un certain niveau de salaire en cas d'arrêt de travail.

- **en cas d'invalidité** (incapacité permanente totale ou partielle), le salarié peut bénéficier d'une rente d'invalidité pour compenser en partie la perte de revenus.

Ces prestations sont versées dans les conditions prévues au Contrat et sous réserve que le salarié perçoive des indemnités journalières ou une pension d'invalidité versées par la Sécurité sociale.

Entreprise protégée :

Une option garantie maintien de salaire

- Pour assurer vos obligations conventionnelles de maintien de salaire

Une garantie indemnité de départ à la retraite

- Pour couvrir vos obligations conventionnelles de paiement des indemnités de départ volontaire à la retraite (article 25-4 de la convention collective)

* Tel que défini par l'Acte de mise en place.



Un tarif avantageux pour une protection complète

PERSONNEL NON CADRE*	Tranches 1 et 2		
	Employeur	Salarié	Total
RÉGIME CONVENTIONNEL			
Garanties Prévoyance salariés			
Décès / PTIA	0,28 %	-	0,28 %
Rente éducation et handicap	0,07 %	0,04 %	0,11 %
Incapacité temporaire	-	0,20 %	0,20 %
Invalidité - Incapacité permanente	0,21 %	0,19 %	0,40 %
Garanties Employeur			
Indemnité de départ en retraite	0,07 %	-	0,07 %
TOTAL	0,63 %	0,43 %	1,06 %
RÉGIME OPTIONNEL (si souscrit)			
Maintien de salaire	+ 0,56 %	-	+ 0,56 %
RÉGIME CONVENTIONNEL + OPTIONNEL			
TOTAL	1,19 %	0,43 %	1,62 %

PERSONNEL CADRE*	Tranche 1			Tranche 2		
	Employeur	Salarié	Total	Employeur	Salarié	Total
RÉGIME CONVENTIONNEL						
Garanties Prévoyance salariés						
Décès / PTIA	0,71 %	-	0,71 %	-	0,66 %	0,66 %
Rente éducation et handicap	0,05 %	-	0,05 %	-	0,02 %	0,02 %
Incapacité temporaire	0,19 %	-	0,19 %	-	0,21 %	0,21 %
Invalidité - Incapacité permanente	0,40 %	-	0,40 %	-	0,46 %	0,46 %
Garanties Employeur						
Indemnité de départ en retraite	0,07 %	-	0,07 %	0,07 %	-	0,07 %
TOTAL	1,42 %	-	1,42 %	0,07 %	1,35 %	1,42 %
RÉGIME OPTIONNEL (si souscrit)						
Maintien de salaire	+ 0,44 %	-	+ 0,44 %	+ 0,44 %	-	+ 0,44 %
RÉGIME CONVENTIONNEL + RÉGIME OPTIONNEL						
TOTAL	1,86 %	-	1,86 %	0,51 %	1,35 %	1,86 %

- Tranche 1 : fraction du salaire limitée au Plafond annuel de la Sécurité sociale.

- Tranche 2 : fraction du salaire comprise entre une (1) et quatre (4) fois le Plafond annuel de la Sécurité sociale.

PTIA : Perte totale et irréversible d'autonomie

* Tel que défini par l'Acte de mise en place.

Garanties

prévoyance / Cadre*

au 1^{er} janvier 2026

GARANTIES		PRESTATIONS en % du salaire annuel brut - Tranches T1 et T2	
GARANTIES DÉCÈS - PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A) TOUTES CAUSES			
		Option 1	Option 2
Versement d'un capital égal à :			
• Célibataire, veuf, divorcé, séparé de corps judiciairement, sans personne à charge		260 %	260 %
• Marié, Pacsé, concubin, sans personne à charge		350 %	260 %
• Tout participant avec personne(s) à charge		435 %	260 %
GARANTIES DÉCÈS - PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A) PAR ACCIDENT			
Versement d'un capital supplémentaire égal à :		+ 50 % du capital décès toutes causes ⁽¹⁾	
GARANTIE DOUBLE EFFET			
Versement d'un capital égal à :		+ 100 % de celui défini à la Garantie décès toutes causes	
GARANTIES RENTE ÉDUCATION ET RENTE HANDICAP (assurées par l'OCIRP)			
Versement, à chaque enfant à charge, d'une rente temporaire d'éducation annuelle égale à (doublement de la rente si l'enfant est orphelin de père et mère) :			
• Jusqu'à son 16 ^e anniversaire			15 %
• De son 16 ^e à son 18 ^e anniversaire et jusqu'à son 26 ^e anniversaire au plus tard (sous conditions)			20 %

⁽¹⁾ Le capital prévu en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie par accident, n'est plus garanti si le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie survient plus de douze (12) mois après l'accident. Il n'est pas considéré comme consécutif à un accident lorsqu'il survient à la suite d'une intervention chirurgicale.

RENTE HANDICAP

Si l'Option 2 est choisie, en cas de décès ou perte totale et irréversible d'autonomie du Participant, ayant un enfant handicapé tel que défini dans les Conditions générales, versement d'une rente annuelle complémentaire égale à 682 euros par mois (montant pour 2023). Cette rente viagère est revalorisée annuellement par référence à l'évolution du montant de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

GARANTIES EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL (Y COMPRIS LES PRESTATIONS RO)	
• Incapacité temporaire - Versement d'une indemnité journalière, y compris celle servie par le Régime Obligatoire et éventuellement celles versées par l'Entreprise adhérente ou de tout autre revenu de remplacement, égale à :	66,66 %
• Incapacité permanente totale ou partielle - Versement d'une rente, y compris celle servie par le Régime Obligatoire, égale à :	
• 2 ^e ou 3 ^e catégorie d'invalidité	66 %
• 1 ^{ère} catégorie d'invalidité	44 %
• Taux d'incapacité permanente > ou = 66 %	66 %
• Taux d'incapacité permanente > ou = 33 % et < 66 %	3/2 N x 66 %

DÉLAIS DE FRANCHISE APPLICABLE POUR LA GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE

En relais du maintien de salaire, ou à l'issue d'une franchise continue de 180 jours d'arrêt de travail, pour les Participants n'ayant pas l'ancienneté requise d'un (1) an pour bénéficier du maintien de salaire.
En cas d'épuisement des droits au maintien de salaire, l'indemnisation intervient après la période de franchise du Régime Obligatoire.

Il est rappelé que les prestations en cas d'arrêt de travail sont versées dans les limites prévues à l'article 4.4 des conditions générales et à l'article 7.4 de la notice d'information.

Le salaire de référence est ventilé en tranches 1 et 2. Elles sont définies comme suit :

- Tranche 1 : fraction du salaire limitée au Plafond annuel de la Sécurité sociale.
- Tranche 2 : fraction du salaire comprise entre une (1) et quatre (4) fois le Plafond annuel de la Sécurité sociale.

* Tel que défini par l'Acte de mise en place du régime



GARANTIE INDEMNITÉ DE DÉPART A LA RETRAITE	
Versement d'une indemnité à l'entreprise, pour tout Participant justifiant de deux (2) ans au moins d'ancienneté dans l'entreprise, et partant volontairement à la retraite à taux plein (cf Article 7 accord prévoyance du 29 août 2023), égale à :	1/10 de mois par année de présence, sans qu'elle puisse dépasser un maximum de 3 mois de salaire de référence ⁽³⁾

Le salaire de référence à prendre en considération pour le calcul de l'indemnité est :

- soit le 1/12 de la rémunération des douze (12) derniers mois précédant le départ volontaire à la retraite,
- Soit 1/3 des trois (3) derniers mois précédant le départ volontaire à la retraite (dans ce cas, toute prime ou gratification de caractère annuel ou exceptionnel, qui aurait été versée pendant cette période, ne serait prise en compte qu'au prorata temporis).

Le salaire de référence le plus avantageux pour le Participant sera toujours retenu.

Garantie optionnelle Maintien de salaire / Cadre* au 1^{er} janvier 2026 (si souscrite par l'entreprise adhérente)

Après un an d'ancienneté dans l'entreprise, versement à l'entreprise adhérente d'une indemnité journalière, selon l'ancienneté du salarié, y compris les allocations versées par le Régime Obligatoire (RO), égale à :

- En cas d'accident du travail ou maladie professionnelle

Ancienneté du participant	Montant de l'indemnisation ⁽¹⁾ et durée		À compter du
	90 %	66,66 %	
De 0 à 3 ans	pendant 40 jours	pendant 30 jours	1 ^{er} jour
De 3 à 5 ans	pendant 50 jours	pendant 40 jours	
De 5 à 10 ans	pendant 60 jours	pendant 50 jours	
De 10 à 15 ans	pendant 70 jours	pendant 60 jours	
De 15 à 20 ans	pendant 80 jours	pendant 70 jours	
De 20 à 25 ans	pendant 90 jours	pendant 80 jours	
Plus de 25 ans	pendant 100 jours	pendant 90 jours	

- En cas de maladie ou d'accident d'origine non professionnelle

Ancienneté du participant	Montant de l'indemnisation ⁽¹⁾ et durée		À compter du
	90 %	66,66 %	
De 1 à 3 ans	pendant 30 jours	pendant 30 jours	8 ^e jour ⁽²⁾
De 3 à 5 ans	pendant 40 jours	pendant 30 jours	8 ^e jour ⁽²⁾
De 5 à 10 ans	pendant 50 jours	pendant 40 jours	6 ^e jour ⁽²⁾
De 10 à 15 ans	pendant 60 jours	pendant 50 jours	3 ^e jour ⁽²⁾
De 15 à 20 ans	pendant 70 jours	pendant 60 jours	3 ^e jour ⁽²⁾
De 20 à 25 ans	pendant 80 jours	pendant 70 jours	3 ^e jour ⁽²⁾
Plus de 25 ans	pendant 90 jours	pendant 90 jours	3 ^e jour ⁽²⁾

⁽¹⁾ Salaire retenu est la moyenne des rémunérations brutes des trois derniers mois, avec prise en compte de 3/12 des gratifications et primes annuelles, qu'aurait perçue le Participant s'il avait continué à travailler et tel que défini au Contrat.

⁽²⁾ En cas d'hospitalisation, l'indemnisation est versée dès le premier jour d'hospitalisation.

L'ancienneté prise en compte pour la détermination du droit à l'indemnisation s'apprécie au 1^{er} jour d'absence.

MATERNITÉ

Les participantes ayant plus d'un an d'ancienneté au jour de l'arrêt de travail pour maternité bénéficient de leur salaire iintégré pendant la durée du congé de maternité, sous déduction des indemnités versées par le Régime Obligatoire.

Garanties prévoyance Non Cadre*

au 1^{er} janvier 2026



GARANTIES		PRESTATIONS
		en % du salaire annuel brut - Tranches T1 et T2**
GARANTIES DÉCÈS - PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A) TOUTES CAUSES		
Versement d'un capital égal à :		
• Célibataire, veuf, divorcé, séparé de corps judiciairement, sans personne à charge		100 %
• Marié, Pacsé, concubin, sans personne à charge		150 %
• Tout participant avec personne(s) à charge		200 %
GARANTIES DÉCÈS - PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A) PAR ACCIDENT		
Versement d'un capital supplémentaire égal à :		+ 50 % du capital décès toutes causes ⁽¹⁾
GARANTIE DOUBLE EFFET		
Versement d'un capital égal à :		+ 100 % de celui défini à la Garantie décès toutes causes
GARANTIES RENTE ÉDUCATION ET RENTE HANDICAP (assuréeS par l'OCIRP)		
Versement, à chaque enfant à charge, d'une rente temporaire d'éducation annuelle égale à (doublement de la rente si l'enfant est orphelin de père et mère) :		
• Jusqu'à son 16 ^e anniversaire		15 %
• De son 16 ^e à son 18 ^e anniversaire et jusqu'à son 26 ^e anniversaire au plus tard (sous conditions)		20 %
⁽¹⁾ Le capital prévu en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie par accident, n'est plus garanti si le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie survient plus de douze (12) mois après l'accident. Il n'est pas considéré comme consécutif à un accident lorsqu'il survient à la suite d'une intervention chirurgicale.		
RENTE HANDICAP		
En cas de décès ou Perte totale et irréversible d'autonomie du Participant, ayant un enfant handicapé tel que défini dans les Conditions générales, versement d'une rente annuelle complémentaire égale à 682 euros par mois (montant pour 2023). Cette rente viagère est revalorisée annuellement par référence à l'évolution du montant de l'allocation aux adultes handicapées (AAH).		
GARANTIES EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL		
• Incapacité temporaire - Versement d'une indemnité journalière, y compris celle servie par le Régime Obligatoire et éventuellement celles versées par l'Entreprise adhérente ou de tout autre revenu de remplacement, égale à :		66,66 %
• Incapacité permanente totale ou partielle - Versement d'une rente, y compris celle servie par le Régime Obligatoire, égale à :		
• 2 ^e ou 3 ^e catégorie d'invalidité		66 %
• 1 ^{ère} catégorie d'invalidité		44 %
• Taux d'incapacité permanente > ou = 66 %		66 %
• Taux d'incapacité permanente > ou = 33 % et < 66 %		3/2 N x 66 %

DÉLAIS DE FRANCHISE APPLICABLE POUR LA GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE

En relais du maintien de salaire, ou à l'issue d'une franchise continue de 180 jours d'arrêt de travail, pour les Participants n'ayant pas l'ancienneté requise d'un (1) an pour bénéficier du maintien de salaire.
En cas d'épuisement des droits au maintien de salaire, l'indemnisation intervient après la période de franchise du Régime Obligatoire.

Il est rappelé que les prestations en cas d'arrêt de travail sont versées dans les limites prévues à l'article 4.4 des conditions générales et à l'article 7.4 de la notice d'information.

* Tel que défini par l'Acte de mise en place du régime
** Le salaire de référence est ventilé en tranches 1 et 2. Elles sont définies comme suit :
- Tranche 1 : fraction du salaire limitée au Plafond annuel de la Sécurité sociale.
- Tranche 2 : fraction du salaire comprise entre une (1) et quatre (4) fois le Plafond annuel de la Sécurité sociale.

GARANTIE INDEMNITÉ DE DÉPART A LA RETRAITE

Versement d'une indemnité à l'entreprise, pour tout Participant justifiant de deux (2) ans au moins d'ancienneté dans l'entreprise, et partant volontairement à la retraite à taux plein (cf Article 7 accord prévoyance du 29 août 2023), égale à :

1/10 de mois par année de présence, sans qu'elle puisse dépasser un maximum de 3 mois de salaire de référence ⁽³⁾

Le salaire de référence à prendre en considération pour le calcul de l'indemnité est :
- soit le 1/12 de la rémunération des douze (12) derniers mois précédant le départ volontaire à la retraite,
- Soit 1/3 des trois (3) derniers mois précédant le départ volontaire à la retraite (dans ce cas, toute prime ou gratification de caractère annuel ou exceptionnel, qui aurait été versée pendant cette période, ne serait prise en compte qu'au prorata temporis).
Le salaire de référence le plus avantageux pour le Participant sera toujours retenu.

Garantie optionnelle Maintien de salaire / NonCadre*
au 1^{er} janvier 2026 (si souscrite par l'entreprise adhérente)

Après un an d'ancienneté dans l'entreprise, versement à l'entreprise adhérente d'une indemnité journalière, selon l'ancienneté du salarié, y compris les allocations versées par le Régime Obligatoire (RO), égale à :

• En cas d'accident du travail ou maladie professionnelle

Ancienneté du participant	Montant de l'indemnisation ⁽¹⁾ et durée		À compter du
	90 %	66,66 %	
De 0 à 3 ans	pendant 40 jours	pendant 30 jours	1 ^{er} jour
De 3 à 5 ans	pendant 50 jours	pendant 40 jours	
De 5 à 10 ans	pendant 60 jours	pendant 50 jours	
De 10 à 15 ans	pendant 70 jours	pendant 60 jours	
De 15 à 20 ans	pendant 80 jours	pendant 70 jours	
De 20 à 25 ans	pendant 90 jours	pendant 80 jours	
Plus de 25 ans	pendant 100 jours	pendant 90 jours	

• En cas de maladie ou d'accident d'origine non professionnelle

Ancienneté du participant	Montant de l'indemnisation ⁽¹⁾ et durée		À compter du
	90 %	66,66 %	
De 1 à 3 ans	pendant 30 jours	pendant 30 jours	8 ^e jour ⁽²⁾
De 3 à 5 ans	pendant 40 jours	pendant 30 jours	8 ^e jour ⁽²⁾
De 5 à 10 ans	pendant 50 jours	pendant 40 jours	6 ^e jour ⁽²⁾
De 10 à 15 ans	pendant 60 jours	pendant 50 jours	3 ^e jour ⁽²⁾
De 15 à 20 ans	pendant 70 jours	pendant 60 jours	3 ^e jour ⁽²⁾
De 20 à 25 ans	pendant 80 jours	pendant 70 jours	3 ^e jour ⁽²⁾
Plus de 25 ans	pendant 90 jours	pendant 90 jours	3 ^e jour ⁽²⁾

⁽¹⁾ Salaire retenu est la moyenne des rémunérations brutes des trois derniers mois, avec prise en compte de 3/12 des gratifications et primes annuelles, qu'aurait perçue le Participant s'il avait continué à travailler et tel que défini au Contrat.

⁽²⁾ En cas d'hospitalisation, l'indemnisation est versée dès le premier jour d'hospitalisation.

L'ancienneté prise en compte pour la détermination du droit à l'indemnisation s'apprécie au 1^{er} jour d'absence.

MATERNITÉ

Les participantes ayant plus d'un an d'ancienneté au jour de l'arrêt de travail pour maternité bénéficient de leur salaire intégral pendant la durée du congé de maternité, sous déduction des indemnités versées par le Régime Obligatoire.





apgis

Pour plus d'informations
sur le régime frais de santé et prévoyance
et adhérer,
vous pouvez nous contacter au :
01 49 57 45 11
alimentaire-specialise@apgis.com



Précisions sur le contrat santé - frais médicaux*

« Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties. » Il s'élève à 88,84 % au titre de l'exercice 2024.

« Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des frais de gestion. » Il s'élève à 8,13 % au titre de l'exercice 2024.

« Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles. »

*conformément à l'arrêté du 6 mai 2020

Document non contractuel. Les informations fournies ne sont pas exhaustives.
Pour connaître les conditions et limites du régime de protection sociale, reportez-vous au Contrat.

assuré et géré par

apgis

APGIS - Institution de prévoyance agréée par le
Ministère chargé de la Sécurité sociale sous le n°930,
régie par les articles L931-1 et suivants du Code de la
Sécurité sociale, SIREN N°304 217 904 - Siège social : 12
rue Massue - 94684 VINCENNES cedex
www.apgis.com



FR

BROCHURE

