

Henner TNS + Santé & Prévoyance

Chaque jour à vos côtés



Les prestations s'entendent remboursements de l'Assurance maladie compris, sauf pour les forfaits exprimés en numéraire ou en pourcentage du PMSS ou indication expresse « Non pris en charge par l'AM ».

Les garanties de base Niveau 1, Niveau 2, Niveau 3 et Niveau 4 sont qualifiées de responsables conformément aux dispositions des articles L. 871-1 et R. 871-1 II du code de la sécurité sociale modifiés par la LFSS pour 2019 et du décret du 11 janvier 2019 visant notamment à garantir un accès sans reste à charge de certains soins ou équipements en optique, dentaire et audiologie. En tout état de cause, le contrat prend en charge le ticket modérateur dans les conditions fixées par l'article R. 871-1 II du code de la Sécurité sociale.

La garantie Option 1 n'est pas responsable au sens des articles susvisés et fera l'objet d'un contrat distinct du régime de base conformément aux dispositions de la Circulaire DSS du 30 janvier 2015.

La garantie Option 1 s'exprime en complément de la garantie de base choisie et est accessible à partir du Niveau 2.

Toutes les prestations respectent les dispositions du contrat solidaire en application de la loi du 13 août 2004 : ainsi sont exclues la participation forfaitaire, les franchises et la majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés.

	Niveau 1 Responsable	Niveau 2 Responsable	Niveau 3 Responsable	Niveau 4 Responsable	Option Non responsable
HOSPITALISATION					
Hospitalisation chirurgicale et médicale (hors centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, établissement ou service psychiatrique, maison de santé)					
Frais de séjour	100 % BR	175 % BR	250 % BR	350 % BR	-
Chambre particulière	30 € / jour	50 € / jour	80 € / jour	100 € / jour	-
Honoraires					
Honoraires du chirurgien, de l'obstétricien et de l'anesthésiste réanimateur	Médecin DPTM : 100 % BR Médecin non DPTM : 100 % BR	Médecin DPTM : 175 % BR Médecin non DPTM : 155 % BR	Médecin DPTM : 250 % BR Médecin non DPTM : 200 % BR	Médecin DPTM : 350 % BR Médecin non DPTM : 200 % BR	Médecin non DPTM : 250 % BR
Forfait sur les actes lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	-
Hospitalisation en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, établissement ou service psychiatrique, maison de santé					
Frais de séjour	100 % BR	175 % BR	250 % BR	350 % BR	-
Chambre particulière - durée limitée ⁽¹⁾ Forfait par année d'affiliation	30 € / jour	50 € / jour	80 € / jour	100 € / jour	-
Forfait journalier hospitalier					
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	-

	Niveau 1 Responsable	Niveau 2 Responsable	Niveau 3 Responsable	Niveau 4 Responsable	Option Non responsable
H HOSPITALISATION					
Autres frais hospitaliers					
Lit d'accompagnant	10 € / jour	20 € / jour	30 € / jour	40 € / jour	-
Frais de télévision pendant 15 jours <i>Par événement</i>	5 € / jour	-			
Frais de transport	100 % BR	175 % BR	250 % BR	350 % BR	-
Maternité					
Honoraires du chirurgien, de l'obstétricien et de l'anesthésiste réanimateur	Médecin DPTM : 100 % BR Médecin non DPTM : 100 % BR	Médecin DPTM : 175 % BR Médecin non DPTM : 155 % BR	Médecin DPTM : 250 % BR Médecin non DPTM : 200 % BR	Médecin DPTM : 350 % BR Médecin non DPTM : 200 % BR	Médecin non DPTM : 250 % BR
Frais de séjour	100 % BR	175 % BR	250 % BR	350 % BR	-
Chambre particulière	30 € / jour	50 € / jour	80 € / jour	100 € / jour	-
U SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux					
Médecin généraliste	Médecin DPTM : 100 % BR Médecin non DPTM : 100 % BR	Médecin DPTM : 175 % BR Médecin non DPTM : 155 % BR	Médecin DPTM : 250 % BR Médecin non DPTM : 200 % BR	Médecin DPTM : 350 % BR Médecin non DPTM : 200 % BR	-
Médecin spécialiste	Médecin DPTM : 100 % BR Médecin non DPTM : 100 % BR	Médecin DPTM : 175 % BR Médecin non DPTM : 155 % BR	Médecin DPTM : 250 % BR Médecin non DPTM : 200 % BR	Médecin DPTAM : 350 % BR Médecin non DPTM : 200 % BR	Médecin non DPTM : 250 % BR
Actes techniques dispensés par le médecin	Médecin DPTM : 100 % BR Médecin non DPTM : 100 % BR	Médecin DPTM : 175 % BR Médecin non DPTM : 155 % BR	Médecin DPTM : 250 % BR Médecin non DPTM : 200 % BR	Médecin DPTM : 350 % BR Médecin non DPTM : 200 % BR	Médecin non DPTM : 250 % BR
Actes de radiologie et échographie	Médecin DPTM : 100 % BR Médecin non DPTM : 100 % BR	Médecin DPTM : 175 % BR Médecin non DPTM : 155 % BR	Médecin DPTM : 250 % BR Médecin non DPTM : 200 % BR	Médecin DPTM : 350 % BR Médecin non DPTM : 200 % BR	-

	Niveau 1 Responsable	Niveau 2 Responsable	Niveau 3 Responsable	Niveau 4 Responsable	Option Non responsable
SOINS COURANTS					
Honoraires paramédicaux					
Auxiliaires médicaux	100 % BR	175 % BR	250 % BR	350 % BR	-
Médicaments					
Médicaments et vaccins pris en charge par l'AM	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	-
Pharmacie non remboursée	-	40 € / année d'affiliation	55 € / année d'affiliation	70 € / année d'affiliation	-
Autres soins courants					
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	175 % BR	250 % BR	350 % BR	-
Matériel médical	100 % BR	175 % BR	250 % BR	350 % BR	-
DENTAIRE					
Soins					
Soins conservateurs, chirurgicaux et actes techniques	100 % BR	175 % BR	250 % BR	350 % BR	-
Radiologie dentaire	100 % BR	175 % BR	250 % BR	350 % BR	-
Parodontologie non prise en charge par l'AM	-	125 € / année d'affiliation	200 € / année d'affiliation	275 € / année d'affiliation	-
Prothèses 100% santé*					
Prothèses fixes, amovibles, provisoires, inlays core	100 % HLF - MR	100 % HLF - MR	100 % HLF - MR	100 % HLF - MR	-
Prothèses à tarifs maîtrisés limités à 100 % HLF - MR et à tarifs libres					
Plafond par année d'affiliation de remboursement actes prothétiques remboursés par l'AM hors panier de soins 100% Santé	-	-	-	1 600 €	-
Au-delà du plafond, remboursement du TM					
Prothèses fixes : couronnes et bridges	125 % BR	175 % BR	250 % BR	350 % BR	-
Prothèses amovibles	125 % BR	175 % BR	250 % BR	350 % BR	-
Couronnes provisoires	125 % BR	175 % BR	250 % BR	350 % BR	-
Inlays core	125 % BR	175 % BR	250 % BR	350 % BR	-
Inlays / onlays	100 % BR	175 % BR	250 % BR	350 % BR	-
Prothèses non prises en charge par l'AM	-	125 € / dent	175 € / dent	250 € / dent	-

	Niveau 1 Responsable	Niveau 2 Responsable	Niveau 3 Responsable	Niveau 4 Responsable	Option Non responsable
DENTAIRE					
Implantologie					
Couronne sur implant (acte à tarif libre)	125 % BR	175 % BR	250 % BR	350 % BR	-
Plafond sur l'implantologie <i>non prise en charge par l'AM</i>					
Bilan pré-implantaire Implant intraosseux (racine) Inlay core Bridge sur implant	100 € / implant	200 € / implant	350 € / implant	450 € / implant	-
Plafond sur le dentaire non remboursé (hors orthodontie) par année d'affiliation et par bénéficiaire	400 €	700 €	900 €	1 100 €	-
Orthodontie					
Orthodontie remboursée par l'AM <i>Par semestre de soin</i>	125 % BR	175 % BR	250 % BR	350 % BR	-
Orthodontie non prise en charge par l'AM	-	175 € / année d'affiliation	250 € / année d'affiliation	325 € / année d'affiliation	-
OPTIQUE					
Paire de lunettes					
Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement. À l'exception des cas mentionnés dans la liste visée à l'article L. 165-1 du CSS notamment** pour les enfants de moins de 16 ans et les adultes de 16 ans et plus pour lesquels un renouvellement est prévu chaque année en cas de dégradation des performances oculaires d'au moins 0.5 sur un œil ou 0.25 sur les deux yeux. Pour les assurés presbytes ne pouvant ou ne souhaitant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de près et un équipement pour la vision de loin toutes les périodes de 2 ans.					
Équipements 100% Santé*					
Monture, verres, suppléments et prestation optique	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR	-
Équipements à tarifs libres					
Plafond sur la monture	100 € - MR	100 € - MR	100 € - MR	100 € - MR	-
Un équipement de deux verres simples + monture	100 €	150 €	230 €	290 €	-
Un équipement de verre simple et un verre complexe + monture	175 €	220 €	305 €	385 €	-
Un équipement d'un verre simple et un verre ultra complexe + monture	175 €	235 €	335 €	425 €	-

SANTÉ



	Niveau 1 Responsable	Niveau 2 Responsable	Niveau 3 Responsable	Niveau 4 Responsable	Option Non responsable
🕒 OPTIQUE					
Un équipement de deux verres complexes + monture	200 €	250 €	350 €	450 €	-
Un équipement d'un verre complexe et un verre ultra complexe + monture	200 €	260 €	385 €	500 €	-
Un équipement de deux verres ultra complexes + monture	200 €	310 €	485 €	625 €	-
Les suppléments et prestations optiques pris en charge par l'AM sont inclus dans les plafonds indiqués ci-dessus.					
Lentilles cornéennes					
Prises en charge par l'AM, par paire Au-delà du forfait, remboursement du TM	100 € / année d'affiliation	150 € / année d'affiliation	200 € / année d'affiliation	250 € / année d'affiliation	-
Non prises en charge par l'AM, par bénéficiaire, y compris jetables	-	75 € / année d'affiliation	125 € / année d'affiliation	175 € / année d'affiliation	-
Chirurgie réfractive	-	250 € / année d'affiliation	350 € / année d'affiliation	450 € / année d'affiliation	-
👂 AIDES AUDITIVES À PARTIR DU 01/01/2021					
Le renouvellement de la prise en charge ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.					
Équipements 100% Santé*					
Aides auditives	100 % PLV - MR	-			
Équipements à tarifs libres					
Aides auditives jusqu'à 20 ans	100 % BR limité à 1 700 € - MR par oreille	175 % BR limité à 1 700 € - MR par oreille	250 % BR limité à 1 700 € - MR par oreille	350 % BR limité à 1 700 € - MR par oreille	-
Aides auditives plus de 20 ans	100 % BR limité à 1 700 € - MR par oreille	175 % BR limité à 1 700 € - MR par oreille	250 % BR limité à 1 700 € - MR par oreille	350 % BR limité à 1 700 € - MR par oreille	-
🌿 CURES					
Cures thermales, frais engagés plafonnés par année de soins (frais de surveillance, hébergement et transport pris en charge par l'AM)	100 % BR + 100 €	175 % BR + 175 €	250 % BR + 225 €	350 % BR + 275 €	-

	Niveau 1 Responsable	Niveau 2 Responsable	Niveau 3 Responsable	Niveau 4 Responsable	Option Non responsable
PRÉVENTION NON PRIS EN CHARGE PAR L'AM					
Médecines douces (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, homéopathie, phytothérapie, sophrologie, mésothérapie) et auxiliaires médicaux (pédicure-podologie, psychomotricité, ergothérapie, diététique) ou toute autre pratique si prescrite sur ordonnance par un médecin Forfait par bénéficiaire	20 € par acte (limité à 2 actes / année d'affiliation)	30 € par acte (limité à 3 actes / année d'affiliation)	40 € par acte (limité à 4 actes / année d'affiliation)	50 € par acte (limité à 4 actes / année d'affiliation)	-
ASSISTANCE					
Vie quotidienne	OUI	OUI	OUI	OUI	-
CONCIERGERIE MÉDICALE					
Téléconsultation médicale, second avis médical, prise de rendez-vous accélérée avec des médecins recommandés par leurs pairs	OUI	OUI	OUI	OUI	-

⁽¹⁾ Pour les séjours en psychiatrie, la chambre particulière pour la formule choisie est limitée à 90 jours par an et par assuré.

* Tels que définis réglementairement.

** Article qui renvoie à la liste prévue par l'Arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associés pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste des produits et prestations remboursés prévue à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale (§ VIII qui vise les cas de renouvellements anticipés).

Les garanties exprimées en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale s'entendent y compris remboursement de la Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés.

Les forfaits optiques intègrent le Ticket Modérateur.

Conformément à la législation en vigueur, restent à la charge des adhérents, la contribution de 1 € par acte médical et les franchises médicales de 0,50 € par boîte de médicaments - acte d'auxiliaires médicaux et de 2 € de transport.

LEXIQUE

AM : Assurance Maladie

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

FR : Frais Réels

MR : Montant Remboursé par la Sécurité sociale.

PLV : Prix Limite de Vente défini par la réglementation en vigueur

TM : Ticket Modérateur

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée est applicable à l'ensemble des spécialités de médecins. Il s'agit d'un engagement du médecin envers la Sécurité sociale, visant à encadrer la prise en charge des dépassements d'honoraires. Ce dispositif recouvre le C.A.S (Contrat d'Accès aux Soins), l'OPTAM et l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) (CO pour Chirurgie et Obstétrique).

HLF : Honoraires Limites de Facturation

Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00.

Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est supérieure à - 6,00 ou + 6,00 ou dont le cylindre est supérieur à 4,00 et verres multifocal ou progressif.

Verre ultra complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00.

QUELQUES EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

NIVEAU 2

SANTÉ



HOSPITALISATION

	Tarif moyen pratiqué	Sécurité sociale	Complémentaire Santé Henner	Reste à charge
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20 €	0 €	20 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte	355 €	247,70 €	107,30 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte	431 €	247,70 €	173,44 €	9,87 €



SOINS COURANTS

Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25 €	16,50 €	7,50 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30 €	20 €	9 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44 €	20 €	23 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56 €	15,10 €	19,55 €	21,35 €

QUELQUES EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

NIVEAU 2

SANTÉ



DENTAIRE

	Tarif moyen pratiqué	Sécurité sociale	Complémentaire Santé Henner	Reste à charge
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% Santé)	500 €	84 €	416 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires (prothèse à tarif maîtrisé)	538,70 €	84 €	126 €	328,70 €
Couronne céramo-métallique sur molaires	538,70 €	75,25 €	112,88 €	350,58 €



OPTIQUE

Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125 €	22,50 €	102,50 €	0 €
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	345 €	0,09 €	149,91 €	195 €



AIDES AUDITIVES

Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% Santé)	950 €	240 €	710 €	0 €
Aide auditive de classe II par oreille	1 476 €	240 €	460 €	776 €

Ces montants correspondent au remboursement maximal possible. Ils sont indiqués dans la limite des frais réellement engagés, c'est-à-dire que vous ne serez jamais remboursé plus que votre dépense, même si la garantie le permet.

PRÉVOYANCE

Prestations en forfaitaire (sauf indication contraire). Les options ne peuvent être souscrites sans avoir préalablement choisi un niveau en Décès ou PTIA toutes causes. Tous les niveaux sont modulaires. t = taux d'invalidité.

BASE OBLIGATOIRE		22 garanties				
DÉCÈS						
Décès ou PTIA toutes causes	25 000 €, 50 000 €, 75 000 €, 100 000 €, 125 000 €, 150 000 €, 175 000 €, 200 000 €, 225 000 €, 250 000 €, 275 000 €, 300 000 €, 350 000 €, 400 000 €, 450 000 €, 500 000 €, 600 000 €, 700 000 €, 800 000 €, 900 000 €, 1 000 000 €, 1 500 000 €					
OPTION DOUBLE EFFET						
Niveau de garantie	100 % du Capital Décès					
OPTION DOUBLEMENT PAR ACCIDENT						
Niveau de garantie	100 % du Capital Décès					
OPTION MAJORATION PAR ENFANT À CHARGE						
Niveau de garantie	100 % du Capital Décès					
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	
OPTION RENTE ÉDUCATION (par mois)						
Jusqu'aux 11 ans de l'enfant	350 €	500 €	650 €	800 €	1 000 €	
de 12 à 18 ans	525 €	750 €	975 €	1 200 €	1 500 €	
de 19 à 28 ans inclus, si poursuite d'étude	700 €	1 000 €	1 300 €	1 600 €	2 000 €	
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	
OPTION RENTE CONJOINT (par mois)						
Rente viagère	400 €	800 €	1 200 €	1 600 €	2 000 €	
Rente temporaire pendant 48 mois	400 €	800 €	1 200 €	1 600 €	2 000 €	
<i>Le choix de la rente de conjoint s'effectue le jour de la souscription.</i>						
OPTION INCAPACITÉ + INVALIDITÉ + MI-TEMPS THÉRAPEUTIQUE						
<i>Les garanties maintien de revenus (indemnités journalières, rentes invalidité) prennent effet après expiration d'un délai d'attente de 3 mois décompté à partir de la prise d'effet de l'adhésion pour les maladies et grossesses pathologiques et de 12 mois pour les maladies mentales et affections psychiatriques.</i>						
Forfaitaire jusqu'à 1,5 PASS de revenu professionnel - Au-delà de 1,5 PASS : sous déduction du RO						
OPTION INCAPACITÉ (par jour)		25 garanties				
Niveau de garantie	15 €, 25 €, 35 €, 45 €, 55 €, 70 €, 80 €, 90 €, 100 €, 115 €, 125 €, 135 €, 145 €, 160 €, 170 €, 205 €, 235 €, 270 €, 305 €, 340 €, 370 €, 405 €, 440 €, 475 €, 505 €					
Franchise au choix	15 jours, 30 jours, 60 jours, 90 jours Option rachat de franchise : 3 jours en cas d'accident et d'hospitalisation					

PRÉVOYANCE

Prestations en forfaitaire (sauf indication contraire). Les options ne peuvent être souscrites sans avoir préalablement choisi un niveau en Décès ou PTIA toutes causes. Tous les niveaux sont modulaires. t = taux d'invalidité.

OPTION INVALIDITÉ (obligatoire si souscription incapacité)						
Invalidité partielle						
Niveau de garantie	Rente partielle égale à $t^* \frac{3}{2}$ du montant de la rente souscrite en Incapacité					
Taux invalidité : barèmes disponibles pour toutes les professions pour les professions médicales et paramédicales	Croisé : $33\% \leq t \leq 65\%$ Pro16 : $15\% \leq t \leq 65\%$ Pro33 : $33\% \leq t \leq 65\%$ Croisé : $33\% \leq t \leq 65\%$					
Invalidité totale						
Niveau de garantie	Rente totale égale à : 100 % du montant de la rente souscrite en Incapacité					
Taux invalidité	$t \geq 66\%$					
OPTION MI-TEMPS THÉRAPEUTIQUE (obligatoire si souscription Incapacité)						
Niveau de garantie	50 % du montant des IJ - Durée d'indemnisation limitée à 6 mois					
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
OPTION FRAIS GÉNÉRAUX						
Niveau de garantie	50 € / jour	100 € / jour	150 € / jour	200 € / jour	250 € / jour	300 € / jour
Franchise au choix	15 jours, 30 jours, 60 jours, 90 jours					
OPTION EXONÉRATION DES COTISATIONS						
Niveau de garantie	Dans le cas où la durée d'arrêt de travail dépasse 90 jours, exonération des cotisations à partir du 1 ^{er} jour					
<i>Pour pouvoir bénéficier de cette garantie, l'option Incapacité/Invalidité/Mi-temps thérapeutique doit être souscrite.</i>						
OPTION RACHAT DES CONDITIONS D'HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE						
Niveau de garantie	Possibilité de rachat des conditions d'hospitalisation psychiatrique pour les garanties Incapacité et Invalidité. En cas d'arrêt de travail pour un motif psychiatrique et avec hospitalisation d'au moins 1 jour en établissement spécialisé, les prestations Incapacité et Invalidité seront versées à 100 % des montants souscrits. En cas d'arrêt de travail pour un motif psychiatrique et sans hospitalisation d'au moins 1 jour en établissement spécialisé, les prestations Incapacité et Invalidité seront versées à 50 % des montants souscrits. En cas de souscription à cette option, l'indemnisation au titre de la garantie Incapacité ne se fera qu'après une franchise de 15 jours ou à partir de la franchise souscrite si celle-ci est supérieure. Délai d'attente de 3 mois.					

BON À SAVOIR

Pro16 et Pro33 sont des barèmes spécifiquement conçus pour les professions médicales et paramédicales. Ils sont basés uniquement sur un taux d'invalidité professionnel à partir de 16 % ou 33 % d'invalidité alors que le barème croisé allie un taux d'invalidité professionnel et fonctionnel.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

PRÉVOYANCE

EXEMPLE AVEC UN REVENU INFÉRIEUR À 1,5 PASS PRESTATION FORFAITAIRE

Marc, artisan, affilié au régime obligatoire de la SSI (Sécurité Sociale des Indépendants), sans enfant, 40 ans, a déclaré un revenu net annuel de **40 000 €** (revenu professionnel < 1.5 du PASS). Il a souscrit chez Henner un capital décès de **100 000 €** et le niveau à **100 €** par jour en incapacité/invalidité.

En cas de décès

Henner versera au(x) bénéficiaire(s) de Marc **100 000 €** en complément du capital versé par le régime obligatoire.

En cas d'arrêt de travail

À partir du 4^e jour, Marc percevra **80 €** par jour de la part de Henner en complément de la somme versée par le régime obligatoire de **41,10 €** par jour.

EXEMPLE AVEC UN REVENU SUPÉRIEUR À 1,5 PASS PRESTATION INDEMNITAIRE

Sana, dentiste, affiliée au régime obligatoire de la CARCDSF (Caisse Autonome de Retraite des Chirurgiens Dentistes et des Sages Femmes), sans enfant, 37 ans, a déclaré un revenu net annuel de **75 000 €** (revenu professionnel > 1.5 du PASS). Elle a souscrit chez Henner un capital décès de **250 000 €** et le niveau à **205 €** par jour en incapacité/invalidité.

En cas de décès

Henner versera au(x) bénéficiaires(s) de Sana **250 000 €** en complément du capital versé par le régime obligatoire.

En cas d'arrêt de travail

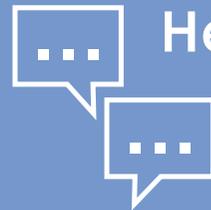
Du 4^e jour au 90^e jour, Sana percevra **102,26 €** par jour de la part de Henner en complément de la somme versée par le régime obligatoire de **102,74 €** par jour. À compter du 91^e jour elle percevra **104,43 €** par jour de la part de Henner en complément de la somme versée par le régime obligatoire de **100,57 €** par jour.

Avec l'application

Henner

Mettez votre santé dans votre poche

L'application santé des assurés Henner en France



Henner vous conseille !

Centre de Relation Client
au 03 28 76 37 37

sante.individuels@henner.fr



Henner, SAS de gestion et de courtage d'assurances - Capital de 8 212 500 € - RCS Nanterre 323 377 739 - TVA intra-communautaire FR 48323377739 - Immatriculation ORIAS n° 07.002.039 (www.orias.fr) - Relevant du contrôle de l'ACPR (4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09, www.acpr.banque-france.fr) - Siège social : 14 bd du Général Leclerc, 92200 Neuilly-sur-Seine, France - www.henner.com - Réclamations : consulter la rubrique Réclamations sur www.henner.com.

Document commercial à caractère non contractuel.