

> 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, Cria prévoyance verse au(x) bénéficiaires un capital égal à : 100 % du Salaire de référence TA et TB + 25 % du Salaire de référence TA et TB par enfant à charge.
Allocation obsèques	En cas de décès du salarié, Cria prévoyance verse une allocation obsèques égale à : 100 % du PMSS dans la limite des frais réels.
Incapacité permanente et absolue	En cas d'Incapacité Permanente et Absolue du salarié, Cria prévoyance verse par anticipation au salarié qui en fait la demande : 100 % du capital « Décès Toutes Causes » défini ci-dessus. Le décès postérieur du salarié n'ouvre plus droit au « capital décès toutes causes ».
Incapacité temporaire de travail	<ul style="list-style-type: none"> Montant de l'indemnisation : 20% du Salaire de référence TA et TB * Franchise et durée de l'indemnisation : En relais du complément de rémunération issu de la mensualisation et jusqu'au 1 095^{ème} jour d'arrêt de travail. <p>Lors d'un nouvel arrêt de travail intervenant alors que le salarié a déjà bénéficié dans les 12 mois précédents du nombre maximal de jours donnant lieu à complément de rémunération par l'employeur au titre des obligations légales sur la mensualisation, le versement de l'indemnité journalière sera effectuée à compter du 1er jour d'absence si celle-ci est consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle (à l'exclusion des trajets) et à compter du 4ème jour dans les autres cas.</p>
Incapacité et incapacité permanente	<ul style="list-style-type: none"> Maladie et accident de la vie privée : 2^{ème} et 3^{ème} catégories : 15 % du Salaire de référence TA et TB * Maladie et accident de la vie professionnelle : Taux d'IPP supérieur ou égal à 30 % : 30 % du Salaire de référence TA et TB *

* 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.