



Assurons
un monde
plus ouvert

ANTICIPA
by CNP Assurances

**Choisir le meilleur
pour soi et ses proches**



Vos garanties Santé & Prévoyance



Pourquoi choisir

ANTICIPA

SANTÉ & PRÉVOYANCE

Un niveau de protection sociale de base incomplet

Aujourd'hui, c'est la Sécurité sociale qui vous apporte une couverture de base sur les risques maladie, maternité, arrêt de travail, invalidité, décès. Depuis plusieurs années, les mesures visant à réduire les déficits publics (déremboursement en pharmacie, actes médicaux non remboursés, mise en place d'un jour de carence en cas d'arrêt de travail...) ont fortement impacté notre modèle de protection sociale.

Dès maintenant, la liberté de nous rejoindre

Vous avez la possibilité de choisir librement votre protection sociale complémentaire en optant pour le budget et les garanties les mieux adaptés à votre mode de vie.

CNP Assurances est **un acteur référencé par votre Ministère** pour votre couverture santé et prévoyance .

CNP Assurances

au cœur de la protection sociale

La protection des personnes est notre métier depuis 160 ans.

CNP Assurances c'est :

- Le n°1 de l'assurance emprunteur et n°2 de l'assurance vie en France
- 36 millions d'assurés en prévoyance / protection dans le monde
- Une filiale de La Banque Postale et un membre d'un pôle financier public français

Proche de vos préoccupations, nous vous accompagnons tout au long de votre vie.

L'offre ANTICIPA est réservée aux agents ⁽¹⁾⁽²⁾ du Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse, du Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, du Ministère de la Culture et du Ministère des Sports.

1) Voir les conditions contractuelles dans la notice d'information du contrat ANTICIPA Santé

2) Voir les conditions contractuelles dans la notice d'information du contrat ANTICIPA Prévoyance

Pourquoi compléter votre couverture de base ?

Votre couverture de base Sécurité sociale en santé ne rembourse que partiellement vos dépenses, et les sommes restant à votre charge sont de plus en plus importantes.

Il en est de même avec votre couverture de base en prévoyance, insuffisante pour maintenir votre niveau de vie et celui de votre famille en cas d'arrêt de travail, d'invalidité ou de décès.

ANTICIPA

Pour répondre à vos attentes en matière de remboursement de frais de soins de santé et protéger de façon optimale vos proches et vous-même des aléas de la vie

Choisissez vous-même votre niveau de garantie en santé et en prévoyance parmi les formules proposées, en consultant le site ou en contactant un conseiller.

ANTICIPA SANTÉ¹



Essentielle

Un niveau de couverture qui ménage votre budget sans sacrifier vos remboursements essentiels

ANTICIPA SANTÉ¹



Confort

Une prise en charge équilibrée de vos dépenses pour un reste à charge minoré

ANTICIPA SANTÉ¹




Confort +

Une couverture enrichie avec une prise en charge confortable pour les actes importants

Consultez le site [anticipa.cnp.fr](https://www.anticipa.cnp.fr)


ANTICIPA PRÉVOYANCE²



Essentielle

Une couverture complémentaire minimum en cas d'arrêt de travail, d'invalidité et de décès


ANTICIPA PRÉVOYANCE²



Confort

Des garanties supérieures pour limiter les conséquences en cas d'arrêt de travail, d'invalidité et de décès

ANTICIPA PRÉVOYANCE²



Confort +

Une couverture optimisée pour maintenir votre niveau de vie et celui de votre famille

1) Voir les conditions contractuelles dans la notice d'information du contrat ANTICIPA Santé

2) Voir les conditions contractuelles dans la notice d'information du contrat ANTICIPA Prévoyance

Simplicité - Efficacité - Tranquillité

Découvrez le **100% Santé**

avec

ANTICIP
SANTÉ

Le 100% santé c'est quoi ?

Le 100% Santé permet à tous les Français disposant d'une complémentaire santé responsable ou de la CMU-c, de bénéficier d'une prise en charge à 100% sur un large choix d'équipements en audiologie, optique et dentaire.

L'objectif du 100% Santé est d'améliorer l'accès à des soins de qualité et de renforcer la prévention.

Comment ça marche ?

3 paniers de soins dits "100% Santé" en optique, dentaire et audiologie sont définis pour une prise en charge intégrale. Ils sont complétés par des paniers de soins dits "libres" remboursés en partie ou en totalité en fonction des garanties de sa complémentaire santé.

Un large choix de prothèses dentaires esthétiques et de qualité

Une gamme étendue de prothèses adaptées à la localisation de la dent (dents visibles ou dents non visibles). Pour maîtriser les restes à charge et rendre les actes prothétiques accessibles à tous, le patient a le choix entre 3 paniers de soins prothétiques.

100% Santé
DENTAIRE



PANIER 100% SANTÉ DENTAIRE avec reste à charge Zéro

- Couronnes céramiques monolithiques (autres que zircons) et céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives, canines et 1^{ères} prémolaires).
- Couronnes céramiques monolithiques zircons (incisives, canines et prémolaires).
- Couronnes métalliques toute localisation.
- Inlays core et couronnes transitoires (liées aux couronnes définitives).
- Bridges céramo-métalliques (incisives).
- Bridges métalliques toute localisation.
- Prothèses amovibles à base résine.

PANIER AUX TARIFS MAÎTRISÉS

Comprend des soins prothétiques dentaires aux tarifs encadrés pour assurer un reste à charge modéré.

PANIER AUX TARIFS LIBRES

Permet au praticien et au patient de choisir librement les techniques les plus innovantes ou de répondre à des exigences esthétiques particulières (couronnes céramo-céramiques) sans plafonnement de tarifs. Le remboursement s'effectuera dans les limites de prises en charge définies contractuellement.

Une sélection de montures de qualité et de verres pour toutes les corrections

**100%
Santé
OPTIQUE**



PANIER 100% SANTÉ OPTIQUE avec reste à charge Zéro

- 17 modèles de montures adultes en 2 coloris (prix de vente limité à 30 €).
- 10 modèles de montures enfants de moins de 16 ans en 2 coloris (prix de vente limité à 30 €).
- Verres amincis, traitement antireflets et antirayures traitant l'ensemble des troubles visuels.
- Renouvellement possible tous les 2 ans à partir de 16 ans (1 an si la vue change).
- Renouvellement tous les ans pour les moins de 16 ans.

PANIER LIBRE avec remboursement en fonction

des garanties de la complémentaire santé

- Les lentilles correctrices de contact / les solaires correctrices.
- Les montures qui ne sont pas comprises dans les 17 modèles proposés par l'opticien notamment les montures de marque.

Un large choix d'aides auditives performantes et ergonomiques

**100%
Santé
AUDIOLOGIE**



PANIER 100% SANTÉ AUDIOLOGIE avec reste à charge Zéro

- Une sélection étendue de contours d'oreille, d'intra-auriculaires et à écouteurs déportés.
- De nombreuses fonctionnalités possibles (ex : bluetooth...).
- 12 canaux de réglages (ou dispositif équivalent).
- Des prestations de suivi au moins deux fois par an.
- 30 jours d'essai avant achat.
- 4 ans de garantie.

PANIER LIBRE avec remboursement en fonction des garanties

de la complémentaire santé

Pour tout autre équipement non proposé dans le panier 100% Santé, le remboursement dépendra des garanties de sa complémentaire santé. Le remboursement de la Sécurité sociale et de la complémentaire santé est plafonné par les pouvoirs publics à 1700 € par oreille.

ANTICIPA

L'offre ANTICIPA Santé intègre les paniers de soins 100% Santé

Pour en savoir plus, rendez-vous sur anticipa.cnp.fr

Découvrez les garanties

ANTICIPA SANTÉ

Les remboursements du contrat Anticipa Santé sont effectués en complément des remboursements du Régime Obligatoire d'assurance maladie ou de tout autre organisme, toujours dans la limite des frais réellement engagés, après déduction de la participation forfaitaire définie à l'article L.160-13 II du Code de la Sécurité sociale, de la franchise médicale définie à l'article L.160-13 III du Code de la Sécurité sociale concernant les médicaments, le transport et les actes paramédicaux et en application de l'ensemble des obligations et interdictions liées au contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide, dits "contrats responsables". Dans le tableau des garanties par formule ci-dessous, le montant indiqué inclut les remboursements du Régime Obligatoire d'assurance maladie.

LEXIQUE :

BR : Base de Remboursement retenue par l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement

DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie - Obstétrique

FR : Frais Réels engagés par le bénéficiaire

HLF : Honoraires Limites de Facturation des professionnels du dentaire, fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

PLV : Prix Limites de Vente des dispositifs en optique fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire

€ : Euros

Ss : Sécurité sociale

Descriptif des garanties Santé par formule

NATURE DES FRAIS



Formule
Essentielle



Formule
Confort



Formule
Confort +

HOSPITALISATION

		Formule Essentielle	Formule Confort	Formule Confort +
Frais de séjour (établissements conventionnés)		100% BR	100% BR	100% BR
Forfait journalier hospitalier		100% des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100% des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100% des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Honoraires				
Actes de chirurgie, Actes d'anesthésie, Actes techniques médicaux, Autres honoraires	Adhérents DPTM :	150% BR	150% BR	200% BR
	Non adhérents DPTM :	130% BR	130% BR	175% BR
Chambre particulière				
Avec nuitée		30 € / jour	40 € / jour	50 € / jour
En ambulatoire		15 €	20 €	25 €
Lit accompagnant		25 € / jour	25 € / jour	25 € / jour
Participation forfaitaire sur les actes lourds		100% des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100% des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100% des FR limité au forfait réglementaire en vigueur

TRANSPORT

	Formule Essentielle	Formule Confort	Formule Confort +
Transport remboursé par la Ss	100% BR	100% BR	100% BR

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux

		Formule Essentielle	Formule Confort	Formule Confort +
Généralistes (consultations et visites)		100% BR	100% BR	100% BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM :	100% BR	150% BR	200% BR
	Non adhérents DPTM :	100% BR	130% BR	180% BR
Actes de chirurgie, Actes techniques médicaux	Adhérents DPTM :	100% BR	125% BR	125% BR
	Non adhérents DPTM :	100% BR	100% BR	100% BR
Actes d'imagerie médicale, Actes d'échographie	Adhérents DPTM :	100% BR	125% BR	125% BR
	Non adhérents DPTM :	100% BR	100% BR	100% BR






Exemple de remboursement Santé*

- Pour une consultation à 25€ chez votre médecin conventionné secteur 1, vous serez remboursé par votre centre de Sécurité sociale 17,50€ (70% de la base de remboursement Sécurité sociale) – 1€ soit 16,50€.
 - ANTICIPA vous remboursera 7,50€ (100% de la base de remboursement sécurité sociale).
 - Il ne restera à votre charge que la part forfaitaire à 1€ non remboursée.
- *S'il s'agit de votre médecin traitant déclaré

NATURE DES FRAIS

SOINS COURANTS (suite)

	 Formule Essentielle	 Formule Confort	 Formule Confort +
Sages-femmes	100% BR	100% BR	100% BR
Honoraires paramédicaux	100% BR	125% BR	125% BR
Analyses et examens de laboratoire	100% BR	125% BR	125% BR
Médicaments			
Remboursés Ss	100% BR	100% BR	100% BR
Contraception / tests de grossesse			
Vaccins prescrits et non pris en charge par la Ss	75€ / an	125€ / an	150€ / an
Sevrage tabagique			
Bilan psychomotricité			
Ostéodensitométrie non remboursée par la Ss			
Psychothérapie (20 séances max / an)	15€ / séance	15€ / séance	20€ / séance
Matériel médical			
Accessoires et pansements, petit appareillage et orthopédie	100% BR	100% BR	100% BR
Autres prothèses (oculaires, mammaires, capillaires) remboursées par la Ss	100% BR	100% BR	100% BR
Semelles orthopédiques remboursées par la Ss	200% BR	200% BR	200% BR
Participation forfaitaire sur les actes lourds	100% des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100% des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100% des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Cures thermales			
Frais d'établissement, d'hébergement et de transport	100% BR	100% BR	100% BR
Honoraires	75 €	100 €	150 €

MÉDECINE DOUCE

Ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur, homéopathe, diététicien	75€ / an	125€ / an	150€ / an
--	----------	-----------	-----------

AIDES AUDITIVES

Equipements 100% Santé (**):

Aides auditives pour les personnes > 20 ans	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV (***)	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV (***)	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV (***)
Aides auditives pour les personnes <= 20 ans ou atteintes de cécité			

Equipements libres (****):

Aides auditives pour les personnes > 20 ans	600 € (***)	700 € (***)	800 € (***)
Aides auditives pour les personnes <= 20 ans ou atteintes de cécité	Remb Ss + 600 € (***)	Remb Ss + 700 € (***)	Remb Ss + 800 € (***)

Piles et autres consommables remboursés par la Ss (*)

	100% BR + 50 €/an	100% BR + 50 €/an	100% BR + 50 €/an
--	-------------------	-------------------	-------------------

(*) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(**) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(***) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(****) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (Classe II), la garantie couvre dans tous les cas le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700 € RSS inclus au 01.01.2021).

NATURE DES FRAIS

Formule Essentielle

Formule Confort

Formule Confort +
DENTAIRE
Soins et prothèses 100% Santé (*)

Inlay core	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires			

Prothèses

Panier maîtrisé (**)			
Inlay, onlay	150% BR dans la limite des HLF	200% BR dans la limite des HLF	300% BR dans la limite des HLF
Inlay core	150% BR dans la limite des HLF	200% BR dans la limite des HLF	300% BR dans la limite des HLF
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	150% BR dans la limite des HLF	200% BR dans la limite des HLF	300% BR dans la limite des HLF
Panier libre (***)			
Inlay, onlay	150% BR	200% BR	300% BR
Inlay core	150% BR	200% BR	300% BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	150% BR	200% BR	300% BR

Soins

Soins dentaires	100% BR	100% BR	100% BR
-----------------	---------	---------	---------

Autres actes dentaires

Orthodontie remboursée Ss	150% BR	200% BR	300% BR
Implants dentaires	250 € / an	500 € / an	750 € / an
Parodontologie	50 € / an	75 € / an	100 € / an

(*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100% Santé, tels que définis réglementairement.

(**) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(***) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

OPTIQUE
Equipements 100% Santé (*) :

Bénéficiaire de 16 ans et plus (monture + 2 verres) (**)	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV
Bénéficiaire de moins de 16 ans (monture + 2 verres) (**)			
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)			
Supplément pour verres avec filtres (de classe A)			

Equipements libres (*) :** un équipement (monture + 2 verres) tous les ans pour les enfants, pour les adultes tous les 2 ans (sauf changement d'acuité visuelle)

Verres unifocaux simples - Tout bénéficiaire	50 €	100 €	150 €
Verres unifocaux complexes - Tout bénéficiaire	200 €	260 €	320 €
Verres multifocaux complexes - Tout bénéficiaire	200 €	260 €	320 €
Verres multifocaux très complexes - Enfant < 18 ans	200 €	260 €	320 €
Verres multifocaux très complexes - Adulte ≥ 18 ans	200 €	300 €	400 €
Monture adulte	30 €	60 €	90 €
Monture enfant	25 €	35 €	45 €

Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B

Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A	100% BR dans la limite des PLV	100% BR dans la limite des PLV	100% BR dans la limite des PLV
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe B			
Supplément pour verres avec filtres de classe B			

NATURE DES FRAIS

 Formule Essentielle	 Formule Confort	 Formule Confort +
--	--	--

OPTIQUE (suite)

Autres suppléments pour verres de classe A ou B	100% BR	100% BR	100% BR
Autres prestations			
Lentilles remboursées par la Ss	100% BR+100 €/an	100% BR+135 €/an	100% BR+170 €/an
Lentilles non remboursées par la Ss	100 € / an	135 € / an	170 € / an
Chirurgie réfractive de l'œil	-	300 € / œil	400 € / œil

(*) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100% Santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes. La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV. La prise en charge de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B du contrat correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de classe A, pour la monture de classe B,
- du coût de la monture de classe A, pour les verres de classe B.

(**) Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après :

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.
- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément. Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et les enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D.4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

(***) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV.

La prise en charge de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B du contrat correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de classe A, pour la monture de classe B,
- du coût de la monture de classe A, pour les verres de classe B.

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du Code de la Sécurité sociale.

Découvrez les garanties

ANTICIPA

PRÉVOYANCE

Dans le tableau des garanties par formule ci-dessous, le montant indiqué inclut les remboursements du Régime Obligatoire d'assurance maladie. Les pourcentages indiqués incluent les montants versés par l'Assureur et les prestations versées par l'administration ou tout autre organisme.

LEXIQUE :

Le Revenu de référence correspond à la rémunération annuelle brute fiscale perçue au titre de l'activité relevant du champ du référencement au 31/12 de l'année précédente.

UN CAPITAL

versé en cas de Décès ou de Perte Totale
et Irréversible d'Autonomie



Essentielle

90 % du Revenu
annuel de référence



Confort

95 % du Revenu
annuel de référence



Confort +

100 % du Revenu
annuel de référence

DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

versées en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail



Essentielle

75 % du Revenu
de référence



Confort

85 % du Revenu
de référence



Confort +

95 % du Revenu
de référence

UNE RENTE TEMPORAIRE

versée en cas d'Invalidité Permanente



Essentielle

50 % du Revenu
de référence



Confort

75 % du Revenu
de référence



Confort +

75 % du Revenu
de référence

Le contrat ANTICIPA SANTÉ n°3038C est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative de frais de soins de santé, destiné aux agents actifs et retraités.

Le contrat ANTICIPA PRÉVOYANCE n°3039D est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative de prévoyance, destiné aux agents actifs.

ANTICIPA

Inclus dans les formules



Vous bénéficiez d'une assistance¹ et de services¹ pour organiser au mieux vie privée et professionnelle



1) Dans les conditions et limites définies contractuellement

Les opticiens et audioprothésistes

conventionnés des réseaux Kalixia pour réduire vos dépenses sur l'achat des lunettes, des lentilles de contact ou des aides auditives.

La prévention des risques psycho-sociaux :

soutien psychologique, accompagnement post agression ou menace, coaching psychopédagogique.

La plateforme d'e-santé Lyfe

pour faciliter l'accès à l'information et l'orientation dans le parcours de soins.

La téléconsultation

pour un accès rapide à un médecin sans se déplacer, à tout moment.

En cas d'hospitalisation

un panel de services tels que l'aide à domicile, la garde des enfants, la livraison de repas à domicile, le transfert de vos proches...

L'aide au retour à l'emploi

pour accompagner la réintégration professionnelle après un arrêt de travail de longue durée. Service réservé aux agents actifs.

**Réalisez votre devis
et adhérez en ligne**

anticipa.cnp.fr

ANTICIPA

SANTÉ & PRÉVOYANCE

**Une offre référencée par votre Ministère
et signée CNP Assurances**

**Un besoin, une question ?
Contactez-nous**



du lundi au vendredi de 9h à 20h

01 84 25 04 24

(coût d'un appel local)



contact@anticipa.cnp.fr



anticipa.cnp.fr

**Assurons
un monde
plus ouvert**

