

Assurance Prévoyance

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : CPCEA - Institution de prévoyance immatriculée en France et régie par le Code de la Sécurité sociale - Numéro d'agrément : 784 411 134 et OCIRP (Organisme commun des Institutions de rente et de prévoyance) - Union d'Institutions de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale

Produit : Accord National du Paysage - CADRES et TAM

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'Assurance Prévoyance est souscrit par l'employeur dans un cadre collectif et obligatoire. Il est destiné à couvrir les salariés en cas d'incapacité temporaire et permanente de travail et en cas de décès, en complément des prestations de la Sécurité sociale française. Ce produit répond aux obligations conventionnelles de l'employeur telles qu'elles résultent de l'Accord National des salariés du secteur du paysage, à la date du 1^{er} janvier 2025, dans lequel l'Institution CPCEA est le seul assureur recommandé.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Le groupe assuré est constitué des salariés cadres et TAM relevant de l'Accord national du Paysage, sans condition d'ancienneté.

LES GARANTIES PREVUES AU CONTRAT

✓ Incapacité temporaire de travail :

Versement d'indemnités journalières complémentaires en cas d'incapacité temporaire de travail faisant suite à une maladie ou à un accident constaté par un médecin et ouvrant droit à la perception des indemnités journalières du régime de base de la Sécurité sociale.

✓ Incapacité permanente de travail :

Versement d'une pension complémentaire en cas d'attribution par le régime de base de la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité de 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie ou d'une rente correspondant à un taux d'incapacité au moins égal à 66,66% dans le cadre de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

✓ Décès :

En cas de décès du salarié, versement d'un capital (versé par anticipation en cas d'invalidité absolue et définitive), avec majoration pour enfant à charge et majoration pour décès accidentel.

En cas de décès du salarié et en présence d'enfant(s) à charge et/ou de conjoint, versement d'une rente éducation et/ou d'une rente de conjoint.

En cas de décès du salarié ou d'un de ses ayants droit, versement d'une indemnité frais d'obsèques.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Option garantie de maintien de salaire (sous condition d'ancienneté du salarié)

LES SERVICES :

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les frais de santé
- ✗ La dépendance
- ✗ Tout sinistre survenu en dehors de la période de validité du contrat (sauf en cas de maintien de garanties).



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

Principales exclusions :

Sont exclus les risques de décès résultant :

- ! de la participation à une guerre ;
- ! de la participation du salarié ou du bénéficiaire du capital décès à un crime, délit intentionnel ou rixe, sauf légitime défense ;
- ! de la participation à une émeute ou à un acte de terrorisme ;
- ! de maladies ou accidents qui sont le fait volontaire du salarié, autre que le suicide ;
- ! de l'usage de stupéfiants ou de tranquillisants en quantité non prescrite médicalement ;
- ! de la pratique de tout sport à titre professionnel.

Des exclusions spécifiques sont liées à la garantie rente de conjoint. Elles font l'objet de dispositions contractuelles particulières.

Principales restrictions :

- ! Existence d'une franchise en incapacité de travail dans certains cas (modalités précisées aux Conditions Générales).
- ! Tout versement en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité qui conduirait le salarié à disposer de ressources supérieures à la rémunération qu'il aurait perçue s'il avait continué son activité normalement au même poste de travail et pendant la période considérée.

Produit : Accord National du Paysage - CADRES et TAM

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le régime Frais de Santé est souscrit par l'employeur dans un cadre collectif et obligatoire et proposé pour ses salariés et leurs éventuels bénéficiaires. Il est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge des salariés et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité en complément du régime de base (Sécurité sociale ou Mutualité Sociale Agricole). Le présent dispositif respecte les conditions légales des contrats responsables, de la réforme 100% santé.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi. Ils ne peuvent être plus élevés que la dépense engagée et une somme peut rester à la charge du salarié.

Le groupe assuré est constitué des salariés cadres et TAM relevant de l'Accord national du Paysage.

LES GARANTIES PREVUES AU CONTRAT

✓ Hospitalisation (y compris psychiatrie) et maternité :

Honoraires des médecins (y compris dépassements d'honoraires, forfait journalier hospitalier, forfait actes lourds, forfait patient urgences (FPU), frais de séjour, chambre particulière (y compris ambulatoire, psychiatrie), frais d'accompagnant (enfant -16 ans), prime de naissance, frais de transport.

✓ Soins courants :

Consultation médecin, auxiliaires médicaux, dispositif MonPsy, analyses, examens de laboratoire, radiologie, médicaments, matériel médical (hors dentaire et auditif), actes de prévention.

✓ Aide auditive :

Équipement 100% santé (classe I), autres équipements (classe II).

✓ Optique :

Équipement 100% santé (classe A), autres équipements (classe B), lentilles remboursées (ou non) par le régime de base, chirurgie réfractive cornéenne de l'œil.

✓ Dentaire :

Soins, actes, consultations et prothèses 100% santé, soins, actes, consultations et prothèses hors 100% santé (remboursées ou non), implantologie/parodontologie, orthodontie remboursée ou non.

✓ Divers :

Cures thermales (honoraires et dépassements d'honoraires, frais de soins et de séjour), transports urgents préhospitaliers (TUPH) et transports sanitaires non urgents remboursés par le régime de base.

Les services :

Réseau de soins

Assistance



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médico-sociaux : maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

Principales exclusions du contrat responsable :

- ! **Participation forfaitaire** sur chaque consultation médicale et actes de biologie médicale
- ! **Franchise** sur les boîtes de médicaments et sur les actes d'auxiliaires médicaux
- ! **Franchise** sur les transports sanitaires
- ! **Minoration du remboursement en cas de non-respect du parcours de soins** (consultation d'un médecin sans prescription du médecin traitant / absence de médecin traitant)

Les montants de la participation forfaitaire et des franchises médicales sont fixés respectivement aux articles R.160-19 et D.160-9 à D.160-11 du code de la Sécurité sociale.

Principales restrictions du contrat responsable :

- ! **Optique** : Prise en charge d'un équipement optique tous les 2 ans, à partir de la date de facturation de l'équipement. Cette période est réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018.
- ! **Honoraires médicaux** : Plafonnements des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! **Aides auditives** : Prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente.

Autres restrictions prévues au contrat :

- ! **Médecine douce** : limite à 2 séances par an et par bénéficiaire.



Où suis-je couvert(e) ?

- Les salariés de l'entreprise sont couverts en France.
- Ils sont également couverts à l'étranger. Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement complémentaire est effectué dès lors que le régime de base de la Sécurité sociale française intervient, quelle que soit la dépense engagée.
- L'assistance est accordée en France et à l'étranger (hors clauses particulières au contrat).



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine des sanctions prévues dans la documentation contractuelle

- A la souscription du contrat :

Remplir avec exactitude et signer les Conditions Particulières valant Bulletin d'adhésion

Affilier l'ensemble des salariés appartenant au groupe assuré

Remettre la notice d'information au salarié contre décharge

Fournir la liste des salariés à assurer et des anciens salariés en portabilité

Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur

- En cours de contrat :

Informers l'assureur en cas de changement de siège social, de coordonnées bancaires, d'activité principale, d'ouverture d'une procédure collective, de toute arrivée ou départ de salariés

Régler la cotisation prévue au contrat

Informers les salariés des modifications apportées à leurs droits et obligations suite à une révision du régime avant la prise d'effet de la modification

Prévenir les salariés lorsqu'ils sortent du groupe assuré des conditions pour lesquelles ils peuvent bénéficier de la portabilité ou du maintien des garanties frais de santé sous forme de contrat individuel

Répondre aux questions de l'assureur ou du délégataire de gestion relatives à l'application du contrat

Fournir à l'assureur les éléments nécessaires à la gestion du contrat santé, notamment les entrées et sorties du personnel

Respecter le dispositif légal de la DSN

- Pour le remboursement des frais de santé :

Il appartient aux salariés et à ses éventuels bénéficiaires de fournir tout document justificatif nécessaire au remboursement des frais de santé.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables aux échéances et selon les modalités prévues au contrat.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet à la date mentionnée au certificat d'adhésion. Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année civile sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions prévus au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation de l'adhésion au contrat par l'entreprise adhérente ou par l'Institution s'effectue au moins deux mois avant la date d'échéance, soit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours pour que l'adhésion au contrat cesse de produire ses effets au 31 décembre de cette même année.

Outre cette faculté de résiliation annuelle, l'entreprise adhérente peut, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion, résilier à tout moment le contrat.

La résiliation du contrat prend alors effet un mois calendaire après que l'Institution ait reçu la notification par l'entreprise adhérente.

Les modalités de résiliation annuelle ou infra-annuelle par l'entreprise adhérente sont prévues à l'article L.932-12-2 du Code de la Sécurité sociale.