



INDIVIDUEL

CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION

**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES
ENTREPRISES DU PAYSAGE
OUVRIERS ET EMPLOYÉS**

REGIME FRAIS DE SANTE



**AGRICA
PRÉVOYANCE**

Proches par nature, engagés à vos côtés

SOMMAIRE



TITRE 1	PRÉAMBULE	5
TITRE 2	DISPOSITIONS GÉNÉRALES	6
ARTICLE 2.1	Objet du contrat	6
ARTICLE 2.2	Organismes assureurs	6
ARTICLE 2.3	Délégation de gestion	6
ARTICLE 2.4	Réseau de soins	6
ARTICLE 2.5	Souscripteur	7
ARTICLE 2.6	Modalités de souscription	7
ARTICLE 2.7	Durée du contrat	7
ARTICLE 2.8	Révision des garanties ou des cotisations	8
TITRE 3	COTISATIONS	9
ARTICLE 3.1	Montant de la cotisation	9
ARTICLE 3.2	Modalités de paiement de la cotisation	9
ARTICLE 3.3	Sanction en cas de non-paiement de la cotisation	9
TITRE 4	VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	11
ARTICLE 4.1	Bénéficiaires des garanties	11
ARTICLE 4.2	Entrée en vigueur des garanties	11
ARTICLE 4.3	Montant des garanties	11
ARTICLE 4.4	Règlement des prestations	12
ARTICLE 4.5	Contrôle des prestations	13

ARTICLE 4.6	Etendue territoriale des garanties	13
ARTICLE 4.7	Limites et exclusions de garanties	13
ARTICLE 4.8	Recours contre tiers responsable	13
ARTICLE 4.9	Cessation des garanties	13
TITRE 5	DISPOSITIONS DIVERSES	14
ARTICLE 5.1	Prescription	14
ARTICLE 5.2	Fausse déclaration	15
ARTICLE 5.3	Protection des données à caractère personnel	15
ARTICLE 5.4	Réclamations - Médiation	15
ARTICLE 5.5	Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	16
TITRE 6	DÉFINITIONS	17
ARTICLE 6.1	Définitions des termes propres au contrat	18
TITRE 7	TABLEAU DES GARANTIES	21
TITRE 8	RÉSEAU DE SOINS	27
TITRE 9	CONVENTION D'ASSISTANCE	29
ARTICLE 9.1	Événements garantis	30
ARTICLE 9.2	Validité de la convention	30
ARTICLE 9.3	Définitions contractuelles	30
ARTICLE 9.4	Prestations	31
ARTICLE 9.5	Responsabilité	36
ARTICLE 9.6	Exclusions	37
ARTICLE 9.7	Modalités d'examen des réclamations	37
ARTICLE 9.8	Compétence juridictionnelle	38

ARTICLE 9.9	Prescription	38
ARTICLE 9.10	Protection des données à caractère personnel	39
ARTICLE 9.11	Autorité de contrôle	39
ARTICLE 9.12	Loi applicable – langue utilisée	39

TITRE 1

PRÉAMBULE

Le contrat individuel complémentaire santé organise dans les conditions définies par l'article 4 de la Loi Evin (n° 89-1009 du 31 décembre 1989) le maintien des garanties collectives frais de santé des anciens salariés ayant relevé de l'accord national et de l'avenant n°43 à la Convention Collective Nationale signé en date du 5 juin 2024 .

Les personnes pouvant souscrire au contrat sont définies par l'article « souscripteur » des présentes Conditions générales valant notice d'information.

Le contrat santé loi Evin se compose :

- des conditions générales valant Notice d'information : elles exposent l'ensemble des dispositions du contrat, le montant des garanties, ainsi que les documents nécessaires au règlement des prestations ;
- du bulletin de souscription : document signé par le futur souscripteur qui formalise sa demande de souscription ;
- du certificat de souscription : document complété et envoyé par l'Institution au souscripteur qui formalise sa demande de souscription au contrat et définit les conditions particulières dans lesquelles elle s'exerce.

Dans ce contrat, nous utilisons régulièrement les termes suivants :

- le souscripteur est la personne qui conclut le contrat généralement désigné par le vocable « vous »;
- les bénéficiaires désignent le souscripteur et le cas échéant, les ayants droit tels que définis aux présentes conditions générales ;
- « l'Institution » est l'Institution de prévoyance qui assure la garantie frais de santé.

TITRE 2

DISPOSITIONS GÉNÉRALES



ARTICLE 2.1

Objet du contrat

Le contrat individuel complémentaire santé a pour objet de garantir le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées par les assurés, en complétant, acte par acte, les prestations versées par le régime de base de Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés.

Le présent contrat permet de maintenir le niveau obligatoire de couverture dont vous bénéficiez antérieurement au titre des garanties collectives santé, ainsi que le cas échéant vos ayants droit.

Il comporte également des prestations d'assistance à destination des bénéficiaires, pour couvrir les conséquences d'une maladie, d'un accident ou d'un décès.



ARTICLE 2.2

Organismes assureurs

Les garanties santé du présent contrat sont assurées par :

- **CPCEA**, Institution de prévoyance, régie par le Code de la Sécurité sociale, sise 21 rue de la Bienfaisance – 75382 Paris Cedex 08, dénommée ci-après "l'Institution".

La garantie assistance est assurée par :

Mondial Assistance, Société d'Assurance régie par le Code des Assurances, 7 Rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen.

CPCEA et Mondial Assistance sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), dont le siège se situe 4, Place de Budapest CS 92459 75436 PARIS Cedex 09.



ARTICLE 2.3

Délégation de gestion

Pour les anciens salariés de la métropole

La gestion du paiement des prestations santé, afférente au présent contrat est déléguée à La Mutualité Sociale Agricole (CMSA), dont relèvent les anciens salariés.

Pour les anciens salariés des départements et régions d'outre-mer (DROM)

La gestion :

- des souscriptions,
- de l'appel des cotisations,
- du paiement des prestations frais de santé,

afférente au présent contrat est déléguée à la CCMO Mutuelle, 6, avenue du Beauvaisis, PAE du Haut-Villé, BP 50993, 60014 BEAUVAIS Cedex.



ARTICLE 2.4

Réseau de soins

Les anciens salariés couverts ainsi que leurs éventuels ayants droit bénéficient des services du réseau de soins proposés par Carte Blanche Partenaires, 26 rue Laffitte – 75009 Paris.

ARTICLE 2.5

Souscripteur

Peuvent souscrire le présent contrat dans la mesure où ils bénéficiaient des garanties collectives frais de santé, sans condition d'âge ni questionnaire ou examen médical :

- **l'ancien salarié**, pour lui-même et le cas échéant ses ayants droit, en cas de rupture de son contrat de travail, ou dans la mesure où il bénéficie :

- d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ;
- d'une pension de retraite ;
- d'un revenu de remplacement s'il est privé d'emploi.

- **les ayants droit** :

- du salarié en cas de décès de ce dernier durant sa période d'activité ;
- ou du souscripteur au présent contrat, en cas de décès de ce dernier.

Les ayants droit concernés devront toutefois justifier qu'ils ont droit aux prestations en nature du régime social de base à titre obligatoire ou personnel. Les garanties sont maintenues pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès.

ARTICLE 2.6

Modalités de souscription

Souscripteur

Votre demande de souscription doit intervenir :

- dans les 6 mois qui suivent la rupture de votre contrat de travail si vous avez bénéficié, en tant que salarié, du contrat collectif frais de santé ;

ou

- dans les 6 mois qui suivent l'expiration de la période durant laquelle vous avez bénéficié de la portabilité des droits frais de santé ;

ou

- dans les 6 mois qui suivent votre décès pour vos ayants droit ayant bénéficié du contrat collectif frais de santé.

Votre souscription au présent contrat s'effectue en remplissant le **bulletin de souscription** devant être retourné à l'Institution accompagné de l'ensemble des pièces justificatives.

L'acceptation de l'Institution est matérialisée par l'envoi, par retour de courrier, du certificat de souscription.

ARTICLE 2.7

Durée du contrat

Prise d'effet de la souscription

Le présent contrat prend effet le premier jour du mois qui suit la réception par l'Institution ou le délégataire de gestion, le cas échéant, du bulletin de souscription dûment rempli et signé par vous-même, accompagné de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires, et au plus tôt, le lendemain du jour au cours duquel la cessation de la garantie collective intervient.

Toutefois, en cas de demande d'extension de garanties aux ayants droit postérieure à la souscription du présent contrat dans les conditions prévues à l'article « Modalités de souscription » susvisé, celle-ci prend effet le premier jour du mois qui suit la réception par l'Institution ou le délégataire de gestion, le cas échéant, d'un nouveau bulletin de souscription dûment rempli et signé par vous-même, accompagné de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires.

Durée

Le contrat individuel complémentaire santé prend fin le 31 décembre de chaque année civile.

Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année civile.

Renonciation au contrat

Après votre souscription au présent contrat, vous avez la possibilité de vous rétracter dans les 30 jours révolus qui suivent l'envoi du certificat de souscription, à la condition de n'avoir perçu aucun remboursement de frais de santé pendant ce délai.

Pour exercer ce droit, vous devez adresser à l'Institution ou au délégataire de gestion, le cas échéant, une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique avec accusé de réception, rédigée comme suit :

« Je soussigné(e), (nom, prénom, n° de Sécurité sociale, code client), demeurant (adresse), déclare vouloir exercer mon droit à renonciation prévu à l'article L. 932-15 du Code de la Sécurité sociale. Je demande ainsi l'annulation de ma souscription au contrat individuel complémentaire santé Evin (nom de l'entreprise) à réception de la présente lettre. Je vous remercie de bien vouloir effectuer le remboursement des sommes éventuellement déjà versées. »

La renonciation s'effectue pour l'ensemble des personnes bénéficiaires du contrat et entraîne la restitution des sommes perçues par l'Institution au titre des cotisations, dans un délai maximal de 30 jours révolus à compter de la réception de la lettre recommandée signifiant la renonciation.

L'acceptation de la renonciation par l'Institution entraîne la nullité du contrat.

Résiliation du contrat

Vous avez la possibilité de résilier annuellement votre contrat individuel complémentaire santé. Pour cela, vous devez adresser votre demande par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec accusé de réception à l'Institution ou au délégataire de gestion, le cas échéant, au moins deux mois avant la date d'échéance, soit au plus tard le 31 octobre de chaque année. La résiliation prend alors effet à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.

La résiliation du contrat collectif des actifs peut emporter la résiliation du présent contrat en cas de changement d'organisme assureur.

ARTICLE 2.8

Révision des garanties ou des cotisations

Les dispositions du présent contrat sont établies en fonction de la législation et de la réglementation de la Sécurité sociale, notamment les bases et les taux de remboursements des régimes sociaux obligatoires en vigueur à la date d'effet du contrat.

En cas de changement de la législation ou de la réglementation suscitée, l'Institution se réserve le droit de modifier les cotisations et/ou les garanties du présent contrat.

Ainsi, au vu des résultats constatés et afin de maintenir l'équilibre technique du contrat, le taux de cotisations sera réajusté selon le ratio « Sinistres sur Primes » (S/P) ainsi qu'éventuellement les garanties.

S'agissant des cotisations, toute révision s'effectue dans les conditions prévues à l'article « Montant de la cotisation ».

TITRE 3

COTISATIONS



ARTICLE 3.1

Montant de la cotisation

La garantie du présent contrat vous est accordée, ainsi que, le cas échéant à vos bénéficiaires, moyennant une cotisation annuelle, exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) et fixée selon les conditions prévues par la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « Loi EVIN ».

La cotisation est de type **Uniforme**.

Votre cotisation est composée d'une cotisation unique vous couvrant ainsi que l'ensemble de vos ayants droit quelle que votre situation familiale ;

En tout état de cause, **le montant de la cotisation principale** est fixée dans les conditions prévues par la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin » et ses décrets d'application. En l'état actuel de la réglementation, elle est plafonnée dans les conditions suivantes :

- 100 % du tarif des actifs la 1^{ère} année d'affiliation ;
- 125 % du tarif des actifs la seconde année d'affiliation ;
- 150 % du tarif des actifs la troisième année d'affiliation.

Au-delà de la troisième année, elle peut être révisée dans les conditions prévues à l'article « Révisions des garanties ou de cotisations » du présent contrat.

Les tarifs applicables aux anciens salariés ainsi qu'aux ayants droits d'un participant décédé, pourront être supérieurs aux tarifs globaux en vigueur pour les participants actifs dans les limites fixées par la réglementation.

L'Institution ne peut ultérieurement augmenter le tarif des garanties en se fondant sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré.

Toute participation, contribution, taxe ou majoration de taxe établie postérieurement à la date d'effet du présent contrat, et dont la récupération ne serait pas interdite, sera mise à la charge du souscripteur et payable en même temps que la cotisation.



ARTICLE 3.2

Modalités de paiement de la cotisation

La cotisation est due pour l'année. Toutefois, lorsque la souscription au présent contrat intervient en cours d'année, la cotisation due au titre de la première année est calculée à concurrence de la période restant à courir.

Pour le règlement de cette cotisation, la périodicité est mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle, payable par prélèvement automatique, à compter du 10 de chaque période.

En cas de cessation des garanties dans les conditions prévues à l'article « Cessation de la garantie », la cotisation afférente au mois au cours duquel est intervenu l'événement demeure acquise aux organismes assureurs. L'Institution procédera au remboursement des cotisations payées au-delà du mois de l'événement, le cas échéant.



ARTICLE 3.3

Sanction en cas de non-paiement de la cotisation

A défaut de paiement de tout ou partie de la cotisation dans les 10 jours qui suivent l'échéance mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle, l'Institution adresse au souscripteur, par lettre recommandée avec accusé de réception, une mise en demeure de procéder au paiement de la cotisation.

À défaut de paiement de la cotisation dans les 30 jours suivant cette mise en demeure, l'Institution pourra suspendre le contrat.

Le contrat sera résilié 40 jours après l'envoi de la mise en demeure si aucun paiement n'a été effectué durant cette période. Dans ce cas, les cotisations antérieurement versées demeurent intégralement acquises à l'Institution.

En cas de régularisation suite à la mise en demeure, après suspension du contrat et avant résiliation, les garanties du présent contrat reprennent effet le lendemain midi du jour du paiement.

Les frais de poursuite et de recouvrement sont à la charge du souscripteur.

TITRE 4

VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ



ARTICLE 4.1

Bénéficiaires des garanties

Les bénéficiaires de la garantie frais de santé sont :

- vous-même, en tant que souscripteur ;
- un ou plusieurs de vos ayants droit tels que définis aux présentes conditions générales.



ARTICLE 4.2

Entrée en vigueur des garanties

Souscripteur

Les garanties entrent en vigueur à l'égard du souscripteur, immédiatement, dès la date de prise d'effet de la souscription au contrat dans les conditions prévues à l'article « Prise d'effet de la souscription ».

Ayants droit

Les garanties entrent en vigueur à l'égard de vos ayants droit :

- soit dès la date de prise d'effet de votre souscription ;
- soit à la date de prise d'effet de l'extension des garanties en cas de demande postérieure à la souscription du présent contrat.



ARTICLE 4.3

Montant des garanties

Le présent contrat s'inscrit dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits « responsables », institué par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et défini en l'état actuel de la

réglementation et de ses évolutions futures. En cas de modifications législatives et/ou réglementaires, les garanties seront automatiquement révisées dans les conditions et délais fixés par les textes.

A ce titre, il répond à l'ensemble des conditions de prise en charge mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Il respecte en outre les critères de la couverture minimale prévus aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même code.

Les remboursements garantis par le présent contrat s'effectuent, poste par poste, acte par acte ou par acte global au sens de la classification commune des actes médicaux, **dans la limite des frais réellement engagés** et dans les conditions prévues au tableau de garanties figurant en annexe du présent contrat.

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale et/ou en euros.

Les forfaits exprimés en euros et par an s'entendent par bénéficiaire et par année civile, c'est-à-dire du 1^{er} janvier au 31 décembre, sauf exceptions prévues par la réglementation pour les équipements en optique et en audiologie et cas particuliers prévus au tableau de garanties.

Au titre du dispositif du contrat responsable, le présent contrat prend en charge :

- L'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par le régime de base. Cette prise en charge n'est pas obligatoire pour les frais de cure thermique, les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible ou modéré. Néanmoins, elle peut être prévue au tableau de garanties ;
- L'intégralité du forfait patient urgences (FPU) ;
- La participation forfaitaire pour les actes mentionnés au I de l'article L.160-16 du Code de la Sécurité sociale (forfait « actes lourds ») ;

- L'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale, sans limitation de durée, facturé uniquement par les établissements de santé **et non par les établissements médico-sociaux** (tels que les maisons d'accueil spécialisées, les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes ...) ;
- L'intégralité des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité pour les équipements du panier de soins 100% santé ;
- En optique, à hauteur des prix limites de vente (PLV) des montures et des verres de classe A fixés par la liste des produits et prestations (LPP) ainsi que la prestation d'appairage et le supplément pour les verres avec filtre afférents à hauteur du PLV.
- En audiologie, à hauteur des PLV des aides auditives de classe I fixés par la LPP ;
- Pour les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée définis par arrêté à hauteur des Honoraires Limites de Facturation (HLF) fixés par la convention nationale dentaire du 21 juin 2018.

Lorsque le contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO), celle-ci s'effectue **dans la double limite de 100% de la base de remboursement et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à un des dispositifs susvisés, minoré d'un montant au moins égal à 20% de la base de remboursement.**

Lorsque le contrat prévoit la prise en charge d'équipements d'optique médicale (verres et monture) autres que ceux du panier de soins 100% santé, elle doit respecter les périodes définies pour le renouvellement ainsi que les planchers et plafonds énoncés à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, incluant le ticket modérateur et les remboursements effectués par le régime de base.

La prise en charge des équipements d'optique médicale du panier de soins 100% santé et autres que 100% santé **est limitée à un équipement (2 verres et une monture) :**

- Par période de deux ans pour les participants et ayants droit âgés de 16 ans et plus ;
- Par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ;
- Par période de six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur

En cas d'acquisition d'un équipement complet, ces périodes de renouvellement s'apprécient à partir de la dernière facturation d'un équipement complet ou du dernier élément de l'équipement pris en charge par le régime de base.

En cas d'acquisition séparée des éléments de l'équipement (monture ou verres), le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation, en cas d'évolution de la vue dans les conditions fixées par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale :

- Le délai de deux ans applicable aux participants et ayants droit âgés de 16 ans et plus est réduit à un an pour l'acquisition d'un équipement complet, sur présentation d'une nouvelle prescription médicale ou sur adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance ;
- Le délai d'un an applicable aux enfants de moins de 16 ans est supprimé pour l'acquisition de verres sur présentation d'une nouvelle prescription médicale.

Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à l'une des situations médicales particulières listées par l'arrêté du 3 décembre 2018.

Lorsque le contrat prévoit la prise en charge de dispositifs médicaux d'aides auditives autres que ceux du panier de soins 100% santé, elle doit respecter la période définie pour le renouvellement ainsi que le plafond énoncés à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, incluant le ticket modérateur et les remboursements effectués par le régime de base.

La prise en charge des aides auditives du panier de soins 100% santé et autres que 100% santé **est limitée à un équipement tous les quatre ans décomptés à compter de la dernière facturation d'un appareil pris en charge par le régime de base. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.**



ARTICLE 4.4

Règlement des prestations

Les prestations frais de santé afférentes au présent contrat sont réglées par l'Institution ou le délégataire de gestion, le cas échéant.

Le présent contrat met à votre disposition et à vos ayants droit un service de tiers payant (dispense d'avance des frais) sur l'ensemble des garanties prévues par ledit contrat, à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale et à hauteur des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité pour les équipements du panier de soins 100% santé, conformément aux dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale.

L'utilisation du tiers payant auprès d'un professionnel de santé est conditionnée à l'acceptation de ce dernier. Pour justifier du tiers payant, l'Institution ou le délégataire de gestion, le cas échéant, vous délivre une carte complémentaire (sous forme papier) qui devra lui être(e) lorsque vous cessez de bénéficier dudit contrat.



ARTICLE 4.5

Contrôle des prestations

En cas de suspicion de fraude aux prestations le(s) organisme(s) assureurs et/ou le(s) délégataire(s) de gestion se réservent la possibilité d'effectuer des contrôles, voire des expertises médicales, et/ou de demander toutes autres justifications qui lui paraîtraient nécessaires, notamment les prescriptions médicales et les factures détaillées.

Si, intentionnellement, vous fournissez de faux renseignements ou usez des documents faux ou dénaturés à l'occasion d'une demande de règlement, vous perdez tout droit aux garanties pour la demande de règlement en cause.

En cas de récupération de la part du régime de base, à la suite d'un contrôle de praticien effectué après un remboursement, l'Institution ou le délégataire de gestion, le cas échéant, se réserve le droit de récupérer toutes prestations indûment réglées.



ARTICLE 4.6

Etendue territoriale des garanties

Les garanties s'exercent en France et à l'étranger quel que soit le pays dans lequel les dépenses ont été engagées, dans la mesure où elles font l'objet d'un remboursement de la part du régime social de base français.

Par exception, les prestations prévues au tableau des garanties, ne faisant pas l'objet d'un remboursement du régime social de base français, ne sont prises en charge au titre du présent contrat qu'à condition d'avoir été effectuées en France.



ARTICLE 4.7

Limites et exclusions de garanties

De manière générale, ne sont pas pris en charge :

- Les frais engagés, au titre d'actes exécutés avant la date d'entrée en vigueur des garanties ou après la cessation des garanties ;
- Les frais résultants d'actes qui, bien qu'inscrits à la nomenclature des actes professionnels, ne sont pas pris en charge par le régime de base, sauf cas prévus au tableau de garanties figurant en annexe du présent contrat ;
- Les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins (majoration du ticket modérateur et dépassements d'honoraires autorisés), de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale.
- Le coefficient de minoration appliqué au prix facturé en cas de refus par le patient du transport sanitaire partagé tel que prévu à l'article L.322-5 du code de la sécurité sociale.

En cas d'assurances cumulatives, les remboursements du régime de base, de l'Institution et de tout autre organisme ne peuvent excéder le montant des frais réellement engagés.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le participant peut obtenir le remboursement de ses frais en s'adressant à l'organisme de son choix.

Le participant doit faire la déclaration de ses assurances cumulatives. Cette obligation est valable pendant toute la durée de l'affiliation au présent contrat.



ARTICLE 4.8

Recours contre tiers responsable

Le recours contre tiers responsable est la procédure engagée à l'encontre d'un « tiers responsable » d'un accident (accident de la circulation, accident domestique, agression...) en vue du remboursement de tous les frais exposés suite à l'accident.

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, l'Institution est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions du participant, du bénéficiaire ou de leurs ayants droit, contre les tiers responsables, conformément à l'article L. 931-11 du Code de la Sécurité sociale.

En application de ce texte, si vous êtes victime d'un accident mettant en cause un tiers, vous devez, sous peine de perdre vos droits à la garantie, déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident, le nom des organismes assureurs en tant que tiers payeurs des prestations.



ARTICLE 4.9

Cessation des garanties

Outre le cas prévu aux articles « Renonciation » et « Résiliation » des présentes Conditions Générales, les garanties cessent :

- en cas de non-paiement des cotisations, conformément aux dispositions prévues à l'article « Sanction en cas de non-paiement de la cotisation » des présentes Conditions Générales ;
- à la fin du mois au cours duquel intervient votre décès.

Les garanties accordées aux ayants droit du souscripteur cessent, de plein droit et sans aucune formalité :

- à la fin du mois au cours duquel vous cessez d'être couvert ;
- à la fin du mois au cours duquel la résiliation de l'extension de la garantie aux ayants droit du souscripteur intervient ;
- dès la perte de la qualité d'ayant droit tel que défini au titre « Définitions » des présentes Conditions Générales.

TITRE 5

DISPOSITIONS DIVERSES



ARTICLE 5.1

Prescription

Conformément à l'article L.932-13 du Code de la Sécurité sociale, toute action relative aux garanties du présent contrat est prescrite, à compter de l'événement qui y donne naissance :

- par deux ans en ce qui concerne l'appel de cotisations ;
- par deux ans en ce qui concerne la garantie frais de santé.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

En application de l'article L. 932-13-3 du Code de la Sécurité sociale, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci. Elles sont énumérées aux articles 2240 et suivants du Code civil.

Il s'agit notamment de :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel on prescrit (article 2240 du Code civil) ;
- une demande en justice, même en référé, jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 et 2242 du Code civil). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code civil) ;
- un acte d'exécution forcée ou une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du Code civil).

La prescription est également interrompue par :

- la désignation d'experts à la suite d'une demande de prestation ;
- l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par l'Institution à l'entreprise adhérente en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le participant à l'Institution en ce qui concerne le règlement de la prestation.

ARTICLE 5.2

Fausse déclaration

Les déclarations faites par vous-même servent de base aux garanties.

L'Institution ou le délégataire de gestion, le cas échéant, peut opérer une vérification des données ainsi communiquées.

Toute déclaration intentionnellement fausse ou incomplète, réticence, omission ou inexactitude dans la déclaration du risque entraîne l'application des sanctions prévues par le Code de la Sécurité sociale, c'est-à-dire la nullité de l'assurance le cas échéant ou la réduction des prestations.

Les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.

ARTICLE 5.3

Protection des données à caractère personnel

Un traitement de vos données à caractère personnel sera mis en oeuvre dans le cadre du présent contrat. L'Institution est la responsable de ce traitement.

Les données que l'Institution traite sont indispensables à la mise en oeuvre du présent contrat. Le fondement légal justifiant le traitement de vos données est soit, l'exécution du contrat auquel vous êtes partie soit l'exécution de mesures précontractuelles prises à votre demande soit, le respect d'une obligation conventionnelle ou réglementaire.

Sont traitées les catégories de données suivantes :

- les données d'identification vous concernant et, s'il y a lieu, celles de vos ayants droit et de vos bénéficiaires (numéro de Sécurité sociale, civilité, nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse postale, numéro de téléphone, e-mail) ;
- les données relatives à votre situation professionnelle ;
- les données relatives aux décomptes des frais médicaux et de soins ;
- dans le respect du secret médical, les données santé que vous êtes susceptibles de communiquer au Médecin conseil de l'Institution ;
- les données bancaires ;
- le cas échéant, le numéro d'identification de votre espace privé du site internet.

Ces données sont traitées pour les finalités suivantes :

- la gestion administrative et financière du présent contrat ;
- l'appel des cotisations et le paiement des prestations ;
- la prospection commerciale en vue de la souscription de contrats individuels d'assurance de personnes, améliorant ou complétant les garanties du présent contrat ;
- l'élaboration de statistiques, d'indicateurs de gestion et de qualité ;
- la gestion des éventuelles procédures de médiation ou des procédures précontentieuses et contentieuses ;
- la lutte contre la corruption, le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ;
- la lutte contre la déshérence ;
- la gestion de votre espace privé du site internet.

Afin de lutter contre la fraude à l'assurance, des données personnelles pourront être utilisées pour prévenir, détecter et gérer les fraudes quel qu'en soit l'auteur.

Dans le cadre du dispositif de lutte contre la fraude, ces données personnelles peuvent faire l'objet d'un traitement par l'Institution et conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Les destinataires des données sont :

- l'Institution et les services de celle-ci ;
- les personnes qui en raison de leurs fonctions sont habilitées à traiter les données et notamment les éventuels mandataires, délégataires de gestion, intermédiaires, réassureurs, coassureurs, distributeurs, les organismes professionnels et organismes assureurs tiers intervenant au présent contrat.

L'institution s'efforce de limiter au maximum les transferts de données personnelles en dehors de l'Espace économique européen.

Si un transfert de données personnelles en dehors de l'Espace économique européen devait néanmoins être envisagé, l'Institution s'engage à le réaliser conformément à la réglementation applicable et le cas échéant, à l'encadrer de garanties de sécurité appropriées pour assurer un niveau de protection des données adéquat.

Vos données sont conservées pendant la durée du présent contrat, augmentée de la durée d'archivage et de la durée la plus longue des prescriptions légales.

Dans le cadre du traitement, aucune prise de décision automatisée, y compris le profilage, n'est mise en oeuvre.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement, d'opposition, ainsi que du droit à la portabilité et à la communication post-mortem de vos données.

Vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Vous pouvez exercer leurs droits en s'adressant au Délégué à la Protection des données par courrier électronique à l'adresse : dpo.blf@groupagricar.com ou par courrier postal à l'adresse : Groupe AGRICA, Direction déléguée Maîtrise des Risques, 21 rue de la Bienfaisance, 75382 PARIS cedex 08.

ARTICLE 5.4

Réclamations - Médiation

En cas de désaccord persistant concernant l'application du présent contrat, en dehors de toute demande de renseignement, information ou d'avis, vous pouvez adresser une réclamation :

- soit par courrier à CPCEA - Service Réclamations, sise 21 rue de la Bienfaisance - 75382 Paris Cedex 08 ;
- soit par courriel sur le site Internet du Groupe AGRICA, www.groupagricar.com, en cliquant sur la rubrique : "Contactez-nous" puis en sélectionnant le motif « Réclamation » dans la partie « Sujet de votre demande ».

Afin que la demande soit traitée dans les plus brefs délais, les informations suivantes doivent être communiquées :

- votre code client ;
- le domaine concerné (santé).

Dès lors, l'Institution lui adresse un accusé de réception dans les 10 jours suivants la réception de sa demande, puis traite sa demande dans un délai maximal de deux mois.

Par suite, vous pouvez présenter un recours auprès du Médiateur de la protection sociale (CTIP) en adressant le dossier complet :

- soit par courrier au siège du CTIP (Centre Technique des Institutions de Prévoyance), 10 rue Cambacérès, 75008 PARIS ;
- soit par voie électronique sur le site internet du CTIP, www.ctip.asso.fr, en cliquant sur la rubrique « Médiateur de la protection sociale » puis en complétant le formulaire de saisine en ligne.



ARTICLE 5.5

Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Les opérations du présent contrat s'inscrivent dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme conformément aux articles L561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

Dans ce cadre, l'Institution se réserve le droit de demander tout justificatif relatif à votre identification ou à l'origine des fonds qui lui sont versés.

L'Institution procède à nouveau à votre identification lorsqu'elle a de bonnes raisons de penser que l'identité et les éléments d'identification précédemment obtenus ne sont plus exacts, conformément à l'article R 561-11 du Code monétaire et financier.

TITRE 6

DÉFINITIONS

Les définitions ci-dessous ont pour but d'aider les personnes assurées par le contrat à mieux comprendre les garanties dont ils bénéficient au titre du présent contrat complémentaire santé.

6.1 Définition des intervenants au contrat

AYANTS DROIT

Sont considérés comme ayants droit au sens dudit contrat :

- votre conjoint, personne mariée avec vous et non sparée de corps ou non divorcée par un jugement définitif passé en force de chose jugée.

Sont assimilés au conjoint :

- **le cocontractant d'un PACS**, est assimilé au conjoint, la personne qui a conclu avec vous un Pacte Civil de Solidarité conformément aux dispositions de l'article 515-1 et suivant du Code civil ;
- **le concubin**, personne avec laquelle vous vivez en concubinage selon les dispositions de l'article 515-8 du Code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins deux ans à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations, sous réserve que vous soyez l'un et l'autre libres au regard de l'état civil de tout lien de mariage ou de PACS. Toutefois, la condition de durée est considérée comme remplie lorsqu'un enfant est né de l'union ou a été adopté. La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun.

VOS ENFANTS

Par « enfant », il faut entendre :

- vos enfants nés ou à naître dont votre filiation est légalement établie, y compris adoptive ;
- les enfants de votre conjoint, cocontractant de PACS ou concubin, dont la filiation est légalement établie, sous réserve d'être à votre charge, c'est à dire si vous pourvoyez à leurs besoins et assurez leur entretien ;
- les enfants que vous avez recueillis et pour lesquels votre qualité de tuteur est reconnue.

Sont considérés comme « enfants à charge » :

- vos enfants âgés de moins de 16 ans quelle que soit leur situation ;
- vos enfants âgés de moins de 20 ans et sous contrat d'apprentissage ;
- vos enfants âgés de moins de 26 ans s'ils sont étudiants, sous contrat d'alternance (apprentissage ou professionnalisation), ou demandeurs d'emploi inscrits à France Travail et non indemnisés au titre de l'assurance chômage ou s'ils effectuent une mission au titre du Service Civique (étendu jusqu'à 30 ans pour les jeunes en situation de handicap ;
- vos enfants, quel que soit leur âge, atteints d'un handicap tel qu'ils ne peuvent exercer aucune activité professionnelle rémunérée, à condition qu'ils soient titulaires d'une carte d'invalidité devenue carte mobilité inclusion (CMI) mention « invalidité » et que leur état d'invalidité ait été constaté avant leur 21^{ème} anniversaire.

CHANGEMENT DE SITUATION FAMILIALE

Sont considérés comme constituant un changement de situation familiale, les événements suivants :

- le mariage, le concubinage, le PACS ;
- le divorce, la séparation de corps, la rupture des relations de concubinage, la dissolution du PACS ;
- la naissance ou l'adoption d'un enfant ;

- la perte de la qualité d'enfant à charge ;
- le décès d'un enfant à charge ou du conjoint, cocontractant d'un PACS ou concubin.

En cas d'adoption, de séparation de corps ou de divorce, la date de l'évènement à prendre en compte est celle du prononcé du jugement.

En cas de conclusion ou de dissolution d'un PACS, la date de l'évènement à prendre en compte est celle de l'inscription sur le registre établi à cet effet au tribunal judiciaire du lieu de résidence commune.



ARTICLE 6.1

Définitions des termes propres au contrat

100% SANTE

Dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable sont remboursés intégralement (remboursement du régime de base obligatoire et de la complémentaire santé) sur des prestations d'optique, dentaire et d'audiologie.

Les contrats de complémentaire santé responsables remboursent obligatoirement la différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste, et le montant remboursé par le régime de base obligatoire, dans la limite des tarifs plafonnés prédéfinis pour les actes des paniers « 100% santé ».

Les opticiens, les audioprothésistes, les chirurgiens-dentistes sont tenus de proposer un équipement du panier « 100% santé » et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100% santé ».

AIDES AUDITIVES

Appareils améliorant l'audition de la personne qui souffre de déficit auditif. Il existe différents types d'aides auditives : contours d'oreille classiques, contours à écouteur déporté, prothèse intra-auriculaires, lunettes auditives et appareils boîtiers.

Ces aides auditives ne peuvent être délivrées que par des audioprothésistes sur prescription médicale.

Les conditions de remboursement sont révisées dans le cadre de la Réforme 100% Santé et des contrats responsables avec la mise en place de prix limite de vente et une prise en charge intégrale de la part de la sécurité sociale et des organismes complémentaires santé.

Pour les autres types d'aides auditives, non prises en charge dans le panier « 100% santé » le niveau de remboursement dépend du niveau de garantie choisi.

Avant la vente, les audioprothésistes doivent remettre au patient un devis normalisé faisant systématiquement apparaître à minima un équipement de l'offre « 100% santé ».

Synonymes : audioprothèses, prothèses auditives, appareils auditifs

BASE DE REMBOURSEMENT

Tarif servant de référence au régime de base pour déterminer le montant de son remboursement. Le prix facturé au patient peut dans certaines situations être supérieur à la base de remboursement, par exemple lors d'une consultation auprès d'un médecin de secteur 2.

On distingue :

- Le Tarif de convention (TC) est le tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants des professionnels de santé conventionnés.
- Le Tarif d'Autorité (TA) est le tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement lorsque le professionnel de santé n'est pas conventionné. Il est très inférieur au tarif de convention.
- Le Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Autres synonymes : Tarif de référence, base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

CONTRAT RESPONSABLE

Contrat santé répondant à l'ensemble des conditions de prise en charge mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale et respectant les critères de la couverture minimale prévus aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même code.

Il encourage le respect du parcours de soins coordonnés reposant sur le choix d'un médecin traitant déclaré auprès de la Sécurité sociale par l'assuré.

Par contre, **les dépassements et majorations liés au non-respect du parcours de soins, la participation forfaitaire applicable aux consultations et à certains examens médicaux et les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport ne sont pas remboursés. Le coefficient de minoration appliqué au prix facturé en cas de refus par le patient du transport sanitaire partagé n'est également pas pris en charge.**

CONTRAT SOLIDAIRE

Contrat qualifié de « solidaire » par la loi, lorsque l'organisme complémentaire d'assurance maladie ne détermine pas les cotisations de son contrat en fonction de l'état de santé de l'individu couvert, et pour les adhésions ou souscriptions individuelles ne recueille aucune information médicale.

CONVENTIONNE/NON CONVENTIONNE

Les professionnels de santé sont dits « conventionnés » lorsqu'ils ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession. Ces conventions nationales fixent notamment les tarifs applicables par ces professionnels qui s'engagent à les respecter.

Les frais pris en charge par le régime de base obligatoire et, dans certains cas par le régime complémentaire, varient selon que le professionnel ou l'établissement de santé a passé ou non une convention avec le régime de base obligatoire et se conforme aux conditions et tarifs de facturation prévus par celle-ci.

CURE THERMALE

Séjour dans un centre thermal afin de traiter certaines affections. Les cures thermales sont remboursées par le régime de base obligatoire sous certaines conditions. Elles doivent être prescrites par un médecin.

DEPASSEMENT D'HONORAIRES

Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement du régime de base et qui n'est jamais remboursée par ce dernier.

Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM/OPTAM-ACO).

FORFAIT ACTES LOURDS

Il s'agit d'une participation forfaitaire à la charge de l'assuré sur certains actes en remplacement du ticket modérateur habituel. Cette participation s'applique :

- sur les actes pratiqués en ville, dans un centre de santé, ou en établissement de santé dans le cadre de consultations externes, dont le tarif est supérieur ou égal à un montant fixé par l'Etat (120 euros en 2025) ou dont le coefficient est égal ou supérieur à 60.
- aux frais d'une hospitalisation en établissement de santé, y compris en hospitalisation à domicile (HAD), au cours de laquelle est effectué un acte thérapeutique ou diagnostique dont le tarif est égal ou supérieur à 120 €, ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60.
- aux frais d'une hospitalisation consécutive à une hospitalisation répondant aux conditions mentionnées ci-dessus et en lien direct avec elle.

Depuis le 1er janvier 2019, le montant de ce forfait est de 24 euros.

Certains actes et certaines personnes peuvent être exonérées de ce ticket modérateur forfaitaire, et, à ce titre, ne sont pas concernés par le forfait sur les actes dits « lourds » conformément à l'article R160-16-II et R160-16-V du code de la Sécurité sociale.

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement de santé. Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

FORFAIT PATIENT URGENCES

Participation forfaitaire de l'assuré en cas de passage aux urgences hospitalières non-suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie. Le montant du forfait est défini par arrêté. Son montant peut être réduit ou supprimé dans les cas prévus à l'article L.160-13- I du Code de la Sécurité sociale.

FRAIS DE SEJOUR

Frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses...

En fonction du statut de l'établissement, ces frais de séjour peuvent ne pas inclure les honoraires médicaux et paramédicaux, qui seront alors facturés à part.

FRAIS REELS

Terme qui désigne :

- Soit le montant des dépenses effectivement engagées par le bénéficiaire des soins pour ses prestations de santé ; dans ce cas, ce terme est alors synonyme de « dépenses réelles »

- Soit les conditions de remboursement de certains frais ou actes par l'Institution au titre du présent contrat ; lorsque pour certaines garanties, le présent contrat prévoit une prise en charge aux frais réels, l'Institution tiendra également compte de l'application éventuelle de franchises, participation forfaitaire d'un euro ainsi qu'en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés, de l'application éventuelle de dépassement d'honoraires pratiqués à ce titre par certains professionnels de santé et/ou majorations de ticket modérateur appliquées à titre de sanction par le régime de base obligatoire et que la législation sur les complémentaires santé « responsables » lui interdit de prendre en charge.

Certaines garanties de complémentaire santé prévoient une prise en charge aux frais réels. Dans ce cas, la totalité des dépenses engagées par l'assuré est remboursée, notamment dans le cadre de la réforme 100% Santé. Ces dépenses sont limitées par le prix limite de vente des équipements optiques, des aides auditives et des honoraires limites de vente en dentaire qui doivent être respectés par les professionnels de santé.

HONORAIRE LIMITE DE FACTURATION

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec le régime de base obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés ». Progressivement, des honoraires limites de facturation seront appliqués à certaines prothèses dentaires, dont celles contenues dans le panier « 100% santé ».

HONORAIRES PARAMEDICAUX

Professionnels paramédicaux (infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues...) dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par le régime de base obligatoire.

HOSPITALISATION

Séjour dans un établissement de santé (public ou privé) en vue du traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

MATERIEL MEDICAL

Biens médicaux figurant sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par le régime de base obligatoire.

Il s'agit de matériels d'aide à la vie ou nécessaires à certains traitements : pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, fauteuils roulants, lits médicaux, béquilles...

MATERNITE

Grossesse non pathologique, l'accouchement et ses suites. La maternité n'est pas considérée ni comme une maladie, ni comme un accident.

OPTAM/OPTAM-ACO (OPTIONS PRATIQUES TARIFAIRES MAÎTRISÉES)

Options négociées au niveau national entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins signataires de la Convention médicale de 2016, visant à modérer les dépassements d'honoraires.

L'OPTAM est une option pour les médecins toutes spécialités et l'OPTAM-ACO est une option spécifique pour les chirurgiens, les gynécologues-obstétriciens et les anesthésistes-réanimateurs.

OPTIQUE

Dispositifs médicaux permettant de corriger des troubles de la vue tels que l'hypermétropie, l'astigmatisme, la myopie ou encore la presbytie. Il s'agit soit de lunettes (deux verres et une monture) soit des lentilles.

Les conditions de remboursement sont révisées dans le cadre de la Réforme 100% Santé et des contrats responsables avec la mise en place de prix limite de vente et une prise en charge intégrale de la part de la sécurité sociale et des organismes complémentaires santé.

L'offre « 100% Santé » n'est pas exclusive : il est possible d'opter pour un équipement « mixte » composé de verres de l'offre « 100% Santé » et d'une monture d'une autre offre, ou inversement.

Pour les autres types d'équipement, non pris en charge dans le panier « 100% santé », le niveau de remboursement dépend du niveau de garantie choisi.

Les opticiens doivent établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100% Santé ».

Au-delà des lunettes, la chirurgie réfractive permet également de corriger certains troubles visuels.

PLAFOND MENSUEL DE LA SECURITE SOCIALE (PMSS)

Plafond mensuel de la sécurité sociale qui est basé sur un salaire plafonné servant au calcul des cotisations sociales de base. Il peut également être utilisé comme base pour une expression de garanties ou un taux de cotisation. Ce montant est revu annuellement.

PRIX LIMITE DE VENTE

Prix maximum de vente d'un dispositif médical proposé à l'assuré, autrement appelé PLV. On parle également de « tarifs plafonnés ».

La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations (LPP) et pris en charge par l'assurance maladie obligatoire est assortie d'un prix limite de vente.

PROTHESES DENTAIRES

Prothèses dentaires remplaçant ou consolidant une ou plusieurs dents abîmées. Il en existe différents types : les prothèses fixes, comme les couronnes et les bridges, les prothèses fixes remboursées (couronne métallique, céramo-métallique, zircone et céramo-céramique) et les prothèses amovibles (« dentiers »).

Les conditions de remboursement sont révisées dans le cadre de la Réforme 100% Santé et des contrats responsables avec la mise en place d'honoraires limites de facturation et une prise en charge intégrale de la part de la sécurité sociale et des organismes complémentaires santé.

Les prothèses dentaires qui n'entrent pas dans le panier de soins « 100% Santé », pouvant également être soumises à des honoraires limites de facturation, sont prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire dans les mêmes conditions.

Le chirurgien-dentiste doit établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100% Santé ».

SOINS DENTAIRES

Il s'agit de l'ensemble des actes effectués par un chirurgien-dentiste ou un stomatologue destiné à la prévention et aux traitements des problèmes bucco-dentaires.

Il s'agit :

- des consultations auprès d'un chirurgien-dentiste,
- des soins conservateurs tels que le détartrage, le traitement d'une carie, etc...
- des soins chirurgicaux,
- des examens bucco-dentaires de prévention mis en place par l'Assurance maladie (ainsi que les soins complémentaires et consécutifs s'y rapportant).

TELECONSULTATION

Acte de télémedecine qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de pratiquer une consultation à distance pour un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation.

Pour être remboursée par le régime obligatoire de base, la téléconsultation doit être réalisée dans certaines conditions notamment pratiquée par un médecin libéral conventionné dans le respect du parcours de soins coordonnés.

TICKET MODERATEUR

Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par le régime de base obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire ou d'une franchise).

TIERS PAYANT

Système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par le régime de base obligatoire et/ou les assureurs complémentaires santé pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés au patient.

Synonyme : dispense d'avance des frais

Les définitions ci-dessus ont pour but d'aider les personnes assurées par le contrat à mieux comprendre les garanties dont ils bénéficient au titre du présent contrat complémentaire santé. Toutefois, si le participant souhaite obtenir des informations complémentaires, les organismes d'assurance maladie complémentaires réunis au sein de l'UNOCAM (Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire) ont élaboré divers documents permettant de mieux comprendre les contrats complémentaire santé et notamment un glossaire définissant de façon détaillée les soins et prestations effectués par les professionnels de santé, les conditions et modalités de remboursement éventuel de ces soins et prestations par les Régimes obligatoires de protection sociale et/ou par les complémentaires santé.

Ces documents peuvent être librement consultés sur le site internet de l'UNOCAM, à l'adresse suivante :

<http://www.unocam.fr>

TITRE 7

TABLEAU DES GARANTIES

Les prestations du présent contrat respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables ».

Aussi, il ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins (majoration du ticket modérateur et dépassements d'honoraires autorisés), de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale.

Il répond également aux exigences de prise en charge mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale : prise en charge du ticket modérateur (sauf cures thermales, médicaments à service médical rendu faible ou modéré), du forfait patient urgences, du forfait « actes lourds », du forfait journalier hospitalier et des paniers de soins 100% santé en optique, dentaire et audiologie et respect des règles sur les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO) ainsi que, en dehors des paniers de soins 100 % santé, des planchers et plafonds pour les frais d'optique et du plafond pour les aides auditives.

Les remboursements garantis s'effectuent, poste par poste, acte par acte ou par acte global au sens de la classification commune des actes médicaux, dans la limite des frais réellement engagés et dans les conditions prévues au présent tableau de garanties.

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale et/ou en euros.

Les forfaits exprimés en euros et par an s'entendent par bénéficiaire et par année civile, sauf exceptions prévues par la réglementation pour les équipements en optique et en audiologie et cas particuliers prévus au présent tableau de garanties.

Nature des frais	Remboursement du régime de base hors Alsace Moselle	Remboursement complémentaire	Remboursement total Régime de base inclus
SOINS COURANTS			
• Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM (généralistes, spécialistes, chirurgiens dentistes, sages-femmes, ophtalmologues, y compris téléconsultation)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
- Dépassement d'honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassement d'honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
• Honoraires paramédicaux y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans et la vaccination anti - grippale par les sages femmes par les sages femmes et infirmiers	60 % BR ou 70 % BR	40 % BR	100 % BR
• Consultation psychologue (dispositif MonPsy) dans la limite de 12 séances/an	60 % BR	40 % BR	100 % BR
• Analyses et examens de laboratoire	60 % à 100 % BR	40 % à 0 % BR	100 % BR
• Radiologie , électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Actes de prévention ⁽²⁾	de 35 % à 70 % BR	de 65 % à 30 % BR	100 % BR
• Honoraires de médecines douces reconnus par le ministère de la Santé : ostéopathie, chiropractie, psychologie (hors dispositif MonPsy)	-	20€/séance avec max 2 séances/an/bénéficiaire	20€/séance avec max 2 séances/an/bénéficiaire
• Médicaments			
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	65 % BR	35 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	30 % BR	70 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	15 % BR	85 % BR	100 % BR
- Autres honoraires de pharmaciens remboursés par le régime de base y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans et la vaccination anti-grippale	de 65 % à 100 % BR	de 35 % à 0 % BR	100 % BR
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base (médicaments, pilules contraceptives et substituts nicotiniques)	-	100 €/an/bénéficiaire	100 € /an/bénéficiaire
- Vaccins prescrits non pris en charge par le RO	-	Crédit 40€/an/bénéficiaire	Crédit 40€/an/bénéficiaire
• Matériel médical			
- Fournitures médicales, pansements	60 % BR	100% FR - 60% BR	100% FR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses	60 % BR à 100 % BR	240 % BR	300 % BR à 340 % BR
HOSPITALISATION			
• Frais de séjour	80 % BR	20 % BR ou 0 % BR	100 % BR
• Honoraires	80 % BR	20 % BR ou 0 % BR	100 % BR
- Dépassements d'honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
• Participation du patient (Forfait actes lourds) ⁽³⁾	-	100 % FR	100 % FR
• Forfait journalier hospitalier ⁽⁴⁾	-	100 % FR	100 % FR
• Forfait patient urgences ⁽⁵⁾	-	100 % FR	100 % FR
• Chambre particulière y compris en ambulatoire	-	50 €/jour	50 €/jour
• Lit d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans	-	25 €/jour	25 €/jour
MATERNITE			
• Frais de séjour	100 % BR	-	100 % BR
• Honoraires	100 % BR	-	100 % BR
- Dépassements d'honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
• Prime de naissance : maternité ou adoption, versée après demande auprès du régime de base sur justificatifs	-	250 €/enfant (350 € à partir du 3 ^{ème})	250 €/enfant (350 € à partir du 3 ^{ème})
• Participation du patient (Forfait actes lourds) ⁽³⁾	-	100 % FR	100 % FR
• Forfait journalier hospitalier ⁽⁴⁾	-	100 % FR	100 % FR
• Forfait patient urgences ⁽⁵⁾	-	100 % FR	100 % FR
PSYCHIATRIE			
• Frais de séjour	80 % BR	20 % BR	100 % BR
• Honoraires	80 % BR	20 % BR	100 % BR
- Dépassements d'honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
• Participation du patient (Forfait actes lourds) ⁽³⁾	-	100 % FR	100 % FR
• Forfait journalier hospitalier ⁽⁴⁾	-	100 % FR	100 % FR
• Forfait patient urgences ⁽⁵⁾	-	100 % FR	100 % FR

Nature des frais	Remboursement du régime de base hors Alsace Moselle	Remboursement complémentaire	Remboursement total Régime de base inclus
OPTIQUE			
Monture et verres : Expression des garanties par élément			
Equipement : 2 verres + monture		1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽⁶⁾	
• Equipements 100% santé (Classe A) ⁽⁷⁾			
- Monture	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
- Verre	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
- Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Autres équipements (Classe B)			
- Monture	60 % BR	100 € - 60% BR	100 €
- Verre unifocal simple ⁽⁸⁾	60 % BR	90 € / verre - 60 % BR	90 € / verre
- Verre unifocal complexe ⁽⁸⁾	60 % BR	130 € / verre - 60 % BR	130 € / verre
- Verre multifocal ou progressif complexe ⁽⁸⁾	60 % BR	135 € / verre - 60 % BR	135 € / verre
- Verre multifocal ou progressif très complexe ⁽⁸⁾	60 % BR	150 € / verre - 60 % BR	150 € / verre
• Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B ⁽⁷⁾	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Supplément pour verre avec filtre ⁽⁷⁾	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	40 % BR + 135 €/an	100 % BR + 135 €/an
• Lentilles non remboursées par le régime de base	-	Crédit de 175 € /an/bénéficiaire	Crédit de 175 € /an/bénéficiaire
• Chirurgie de l'œil au laser non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 250 € /an/œil/bénéficiaire	Crédit de 250 € /an/œil/bénéficiaire
DENTAIRE			
• Soins, actes, consultations et prothèses 100% Santé ⁽⁷⁾	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Soins, actes et consultations (hors 100% Santé) ⁽¹⁰⁾	60 % BR	110 % BR	170 % BR
• Inlay Onlay (hors 100% Santé)	60 % BR	210 % BR	270 % BR
• Prothèses (hors 100% Santé) :			
- prothèses à honoraires maîtrisés (hors inlays core)	60 % BR	260 % BR	320 % BR
- prothèses à honoraires libres (hors inlays core)	60 % BR	260 % BR	320 % BR
- Inlay core à honoraires maîtrisés	60 % BR	190 % BR	250 % BR
- Inlay core à honoraires libres	60 % BR	190 % BR	250 % BR
- prothèses dentaires non remboursées par le régime de base (hors inlays core)	-	Crédit de 215 € /an/bénéficiaire	Crédit de 215 € /an/bénéficiaire
• Orthodontie remboursée par le régime de base	60 % ou 100 % BR	240 % BR	300 % BR ou 340 % BR
• Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 200 € /an/bénéficiaire	Crédit de 200 € /an/bénéficiaire
• Parodontologie non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 100 € /an/bénéficiaire	Crédit de 100 € /an/bénéficiaire
AIDES AUDITIVES ⁽⁹⁾			
• Equipements 100% Santé (Classe I) ⁽⁷⁾	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à moins de 20 ans ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	60 % BR	1700 € - RO/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans	1700 € - RO/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans
• Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 20 ans	60 % BR	1700 € - RO/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans	1700 € - RO/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans
• Piles et accessoires	60 % BR	40 % BR	100 % BR
DIVERS			
• Transports urgents préhospitaliers (T.U.P.H) remboursés par le régime de base	100 % BR	-	100 % BR
• Transports sanitaires non urgents remboursés par le régime de base	55 % BR	45 % BR	100 % BR
• Assistance	-	oui	oui
• Réseau de soins	-	oui	oui

BR: Base de remboursement **FR:** Frais réels **RO:** Régime obligatoire

En cas d'exonération du ticket modérateur (ALD et autres cas), la prise en charge du régime obligatoire augmente et la part correspondant au ticket modérateur est déduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) est inchangé.

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM / OPTAM ACO).

(2) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (cf liste annexée ci-dessous à la date du 18.11.2014) : détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; scellement des sillons avant 14 ans ; dépistage Hépatite B ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoque, selon âge).

(3) **Forfait actes lourds** : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire. Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur ou égal à 120€ (ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 60).

(4) **Forfait journalier hospitalier** : sont exclus les établissements médico-sociaux.

(5) **Forfait patient urgences** : participation forfaitaire de l'assuré en cas de passage aux urgences hospitalières non-suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie. Le montant du forfait est défini par arrêté. Son montant peut être réduit ou supprimé dans les cas prévus à l'article L.160-13- I du code de la sécurité sociale.

(6) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 2 ans après la dernière facturation d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans 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 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévus par cet arrêté.

(7) Tels que définis par les textes réglementaires en vigueur. Les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent pas être supérieurs aux prix limites de vente fixés par la réglementation et aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur.

(8) **verre unifocal simple Classe B**

- verre unifocal sphérique avec sphère comprise entre -6 et + 6 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre $\leq$ +4 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) $\leq$ 6 dioptries
- verre neutre

verre unifocal complexe Classe B

- verre unifocal sphérique avec sphère hors zone de -6 à + 6 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre $>$ +4 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère $<$ -6 dioptries et cylindre $\geq$ 0,25 dioptrie
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) $>$ 6 dioptries

verre multifocal ou progressif complexe Classe B

- verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre $\leq$ +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) $\leq$ 8 dioptries

verre multifocal ou progressif très complexe Classe B

- verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre $>$ +4 dioptries

- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère $<$ -8 dioptries et cylindre $\geq$ 0,25 dioptrie
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S $>$ 8 dioptries

(9) Prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente. Pour les équipements de Classe II, remboursement dans la limite de 1700 € / appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi.

(10) Les consultations de médecins stomatologues sont remboursés au titre des honoraires de médecins spécialistes.

En cas d'exonération du ticket modérateur (ALD et autres cas), la prise en charge du régime obligatoire augmente et la part correspondant au ticket modérateur est déduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) est inchangé.

Nature des frais	Remboursement du régime de base Alsace Moselle	Remboursement complémentaire	Remboursement total Régime de base inclus
SOINS COURANTS			
• Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM (généralistes, spécialistes, chirurgiens dentistes, sages-femmes, ophtalmologues, y compris téléconsultation)	90 % BR	10 % BR	100 % BR
- Dépassement d'honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassement d'honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
• Honoraires paramédicaux y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans et la vaccination anti - grippale par les sages femmes par les sages femmes et infirmiers	90 % BR	10 % BR	100 % BR
• Consultation psychologue (dispositif MonPsy) dans la limite de 12 séances/an	90 % BR	10 % BR	100 % BR
• Analyses et examens de laboratoire	90 % à 100 % BR	10 % à 0 % BR	100 % BR
• Radiologie , électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie ⁽²⁾	90 % BR	10 % BR	100 % BR
Actes de prévention ⁽²⁾	de 35 % à 90 % BR	de 65 % à 10 % BR	100 % BR
• Honoraires de médecines douces reconnus par le ministère de la Santé : ostéopathie, chiropractie, psychologie (hors dispositif MonPsy)	-	20€/séance avec max 2 séances/an/bénéficiaire	20€/séance avec max 2 séances/an/bénéficiaire
• Médicaments			
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	90 % BR	10 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	80 % BR	20 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	15 % BR	85 % BR	100 % BR
- Autres honoraires de pharmaciens remboursés par le régime de base y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans et la vaccination anti-grippale	de 90 % à 100 % BR	de 10 % à 0 % BR	100 % BR
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base (médicaments, pilules contraceptives et substituts nicotiniques)	-	100 €/an/bénéficiaire	100 €/an/bénéficiaire
- Vaccins prescrits non pris en charge par le RO	-	Crédit 40 €/an/bénéficiaire	Crédit 40 €/an/bénéficiaire
• Matériel médical			
- Fournitures médicales, pansements	90 % BR	100% FR - 90% BR	100% FR
- Gros et petits appareils, orthopédie, prothèses	90 % BR à 100 % BR	210 % BR	300 % BR à 310 % BR
HOSPITALISATION			
• Frais de séjour	100 % BR	-	100 % BR
• Honoraires	100 % BR	-	100 % BR
- Dépassements d'honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
• Participation du patient (Forfait actes lourds) ⁽³⁾	100 % FR	-	100 % FR
• Forfait journalier hospitalier ⁽⁴⁾	100 % FR	-	100 % FR
• Forfait patient urgences ⁽⁵⁾	100 %FR	-	100 % FR
• Chambre particulière y compris en ambulatoire	-	50 €/jour	50 €/jour
• Lit d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans	-	25 €/jour	25 €/jour
MATERNITE			
• Frais de séjour	100 % BR	-	100 % BR
• Honoraires	100 % BR	-	100 % BR
- Dépassements d'honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
• Prime de naissance : maternité ou adoption, versée après demande auprès du régime de base sur justificatifs	-	250 €/enfant (350 € à partir du 3 ^{ème})	250 €/enfant (350 € à partir du 3 ^{ème})
• Participation du patient (Forfait actes lourds) ⁽³⁾	-	100 % FR	100 % FR
• Forfait journalier hospitalier ⁽⁴⁾	100 % FR	-	100 % FR
• Forfait patient urgences ⁽⁵⁾	100 %FR	-	100 % FR
PSYCHIATRIE			
• Frais de séjour	100 % BR	-	100 % BR
• Honoraires	100 % BR	-	100 % BR
- Dépassements d'honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
• Participation du patient (Forfait actes lourds) ⁽³⁾	100 % FR	-	100 % FR
• Forfait journalier hospitalier ⁽⁴⁾	100 % FR	-	100 % FR
• Forfait patient urgences ⁽⁵⁾	100 % FR	-	100 % FR
OPTIQUE			
Monture et verres : Expression des garanties par élément			
Equipement : 2 verres + monture		1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽⁶⁾	
• Equipements 100% santé (Classe A) ⁽⁷⁾			
- Monture	90 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
- Verre	90 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
-Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	90 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Autres équipements (Classe B)			
- Monture	90 % BR	100 €- 90% BR	100 €
- Verre unifocal simple ⁽⁸⁾	90 % BR	90 € / verre - 90 % BR	90 € / verre
- Verre unifocal complexe ⁽⁸⁾	90 % BR	130 € / verre - 90 % BR	130 € / verre
- Verre multifocal ou progressif complexe ⁽⁸⁾	90 % BR	135 € / verre - 90 % BR	135 € / verre
- Verre multifocal ou progressif très complexe ⁽⁸⁾	90 % BR	150 € / verre - 90 % BR	150 € / verre
• Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B ⁽⁷⁾	90 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Supplément pour verre avec filtre ⁽⁷⁾	90 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Lentilles remboursées par le régime de base	90 % BR	10 % BR + 135 €/an	100 % BR+ 135 €/an
• Lentilles non remboursées par le régime de base	-	Crédit de 175 € /an/bénéficiaire	Crédit de 175 € /an/bénéficiaire
• Chirurgie de l'œil au laser non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 250 € /an/bénéficiaire	Crédit de 250 € /an/bénéficiaire

Nature des frais	Remboursement du régime de base Alsace Moselle	Remboursement complémentaire	Remboursement total Régime de base inclus
DENTAIRE			
• Soins, actes, consultations et prothèses 100% Santé ⁽⁷⁾	90 % BR	Frais réels – RO	Frais réels
• Soins, actes et consultations (hors 100% Santé) ⁽¹⁰⁾	90 % BR	80 % BR	170 % BR
• Inlay Onlay (hors 100% Santé)	90 % BR	180 % BR	270 % BR
• Prothèses (hors 100% Santé) :			
- prothèses à honoraires maîtrisés (hors inlays core)	90 % BR	230 % BR	320 % BR
- prothèses à honoraires libres (hors inlays core)	90 % BR	230 % BR	320 % BR
- Inlay core à honoraires maîtrisés	90 % BR	160 % BR	250 % BR
- Inlay core à honoraires libres	90 % BR	160 % BR	250 % BR
- prothèses dentaires non remboursées par le régime de base (hors inlays core)	-	Crédit de 215 € /an/bénéficiaire	Crédit de 215 € /an/bénéficiaire
• Orthodontie remboursée par le régime de base	90 % ou 100 % BR	230 % BR	320 % BR ou 330 % BR
• Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 200 € /an/bénéficiaire	Crédit de 200 € /an/bénéficiaire
• Parodontologie non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 100 € /an/bénéficiaire	Crédit de 100 € /an/bénéficiaire
AIDES AUDITIVES ⁽⁹⁾			
• Equipements 100% Santé (Classe I) ⁽⁷⁾	90 % BR	Frais réels – RO	Frais réels
• Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à moins de 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	90 % BR	1700 € – RO/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans	1700 € – RO/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans
• Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 20 ans	90 % BR	1700 € – RO/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans	1700 € – RO/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans
• Piles et accessoires	90 % BR	10 % BR	100 % BR
DIVERS			
• Transports urgents préhospitaliers (T.U.P.H) remboursés par le régime de base	100% BR	-	100% BR
• Transports sanitaires non urgents remboursés par le régime de base	100 % BR	-	100 % BR
• Assistance	-	oui	oui
• Réseau de soins	-	oui	oui

BR: Base de remboursement FR: Frais réels RO: Régime obligatoir

En cas d'exonération du ticket modérateur (ALD et autres cas), la prise en charge du régime obligatoire augmente et la part correspondant au ticket modérateur est déduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) est inchangé.

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM / OPTAM ACO).

(2) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (cf liste annexée ci-dessous à la date du 18.11.2014) : détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; scellement des sillons avant 14 ans ; dépistage Hépatite B ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoque, selon âge).

(3) **Forfait actes lourds** : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire. Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur ou égal à 120€ (ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 60).

(4) **Forfait journalier hospitalier** : sont exclus les établissements médico-sociaux.

(5) **Forfait patient urgences** : participation forfaitaire de l'assuré en cas de passage aux urgences hospitalières non-suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie. Le montant du forfait est défini par arrêté. Son montant peut être réduit ou supprimé dans les cas prévus à l'article L.160-13-1 du code de la sécurité sociale.

(6) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 2 ans après la dernière facturation d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans 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 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévus par cet arrêté.

(7) Tels que définis par les textes réglementaires en vigueur. Les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent pas être supérieurs aux prix limites de vente fixés par la réglementation et aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur.

(8) verre unifocal simple Classe B

- verre unifocal sphérique avec sphère comprise entre -6 et + 6 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre ≤ +4 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 6 dioptries
- verre neutre

verre unifocal complexe Classe B

- verre unifocal sphérique avec sphère hors zone de -6 à + 6 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère < -6 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) > 6 dioptries

verre multifocal ou progressif complexe Classe B

- verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre ≤ +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 8 dioptries

verre multifocal ou progressif très complexe Classe B

- verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries

- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère < -8 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S > 8 dioptries

(9) Prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente. Pour les équipements de Classe II, remboursement dans la limite de 1700 € / appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi.

(10) Les consultations de médecins stomatologues sont remboursés au titre des honoraires de médecins spécialistes.

TITRE 8

RÉSEAU DE SOINS

L'objectif du réseau est de faciliter l'accès aux soins des bénéficiaires, contrôler les engagements des professionnels de santé dans la délivrance de la prestation et généraliser les flux dématérialisés.

Carte Blanche Partenaires, créée en 2001, est une SAS, qui intervient dans le domaine du tiers payant, de la gestion des réseaux de professionnels de santé et de l'accompagnement santé.

Le réseau partenaire Carte Blanche vous garantit l'accès à un réseau optique de plus de 7600 opticiens en France (dont 2 240 opticiens experts premium et 68 opticiens experts basse vision) proposant :

- des tarifs avantageux sur une très large gamme de verres et de lentilles permettant :
 1. le respect des critères du contrat responsable et notamment de son évolution à échéance du 1^{er} janvier 2020 ;
 2. l'application d'un prix encadré : en moyenne, les prix définis par Carte Blanche sont entre 35% et 40% inférieurs aux prix du marché pour les verres et 15% inférieurs sur les lentilles ;
 3. l'information en temps réel de l'accord de prise en charge par votre organisme complémentaire ainsi que du montant éventuel restant à votre charge, l'application du tiers-payant, ainsi, pas d'avance de frais (selon l'accord entre l'opticien et le régime de base).
- des garanties sur les équipements :
 1. des verres de qualité et disposant systématiquement d'un traitement antireflet, une garantie adaptation et déchirure de 3 mois sur les lentilles,
 2. une garantie casse de 2 ans sur les verres et la monture proposée (avec une franchise maximum de 40% du prix d'achat),
 3. une garantie d'adaptation de 6 mois pour les verres unifocaux et progressifs.

En plus de ce socle de base, les adhérents peuvent bénéficier gratuitement de « services + » auprès des opticiens qui ont choisi d'en proposer.

▼ 8.1 Ces services reposent sur 4 axes

■ Les lentilles de contact :

- un espace dédié et équipé pour recevoir le bénéficiaire,
- une large gamme de lentilles, produits d'entretien et lentilles d'essai,
- une garantie de 3 mois déchirure et adaptation (hors lentilles jetables et à renouvellement fréquent),
- la remise d'un document daté attestant de la garantie à compter de la livraison.

■ Un espace enfants de 0 – 6 ans :

- un environnement adapté à l'accueil des enfants,
- la présence d'une échelle d'acuité adaptée aux enfants ne sachant pas lire,
- un large choix de montures techniques pour enfants,
- une garantie réparation, gratuite et illimitée, des montures pendant deux ans,
- une garantie adaptation verres de 6 mois, et casse verres de 1 an,
- la remise d'un document daté attestant de la garantie à compter de la livraison.

■ Des garanties supplémentaires :

- la garantie casse des verres de minimum 3 ans (sans franchise ou avec franchise de 10% ou 20%),
- la garantie déchirure ou adaptation pour les lentilles avec option de durée de 4,5 ou 6 mois,
- la remise d'un document daté attestant de la garantie à compter de la livraison.
- Un second équipement à 1€ maximum :
 - avec le même fournisseur de verres que pour le premier équipement,
 - verres de qualité égale et de même génération que le premier équipement,

- pour les moins de 45 ans : équipement identique en traitement ou solaire,
- pour les plus de 45 ans : équipement identique en traitement ou solaire ou bien complémentaire (vision de près/de loin, verres d'intérieur, de proximité, etc.)
- **Une qualité de service optimale :**
 - un accueil professionnel par un opticien diplômé,
 - un libre choix de l'équipement, une information en toute transparence,
 - une remise de 2 devis détaillés au minimum.

▼ 8.2 Les services Carte Blanche Partenaires

■ Le référencement carte blanche – premium

Carte blanche partenaires a lancé le référencement premium depuis le 1er janvier 2016. A ce jour, 2 240 opticiens experts sont référencés premium.

L'objectif est de permettre au bénéficiaire d'identifier un opticien à l'expertise avérée et disposant d'équipements spécifiques en magasin.

Les opticiens carte blanche – premium peuvent proposer au bénéficiaire des verres spécifiques, appelés verres individualisés : verres qui nécessitent certaines mesures complémentaires (comme : une inclinaison du verre, le galbe de la monture, la distance verre-œil...).

Ces verres s'adaptent parfaitement aux besoins particuliers du porteur de lunettes.

Exemple : M. Michel a un très fort astigmatisme, un visage étroit et il travaille en extérieur. Avec un verre standard, il a des difficultés pour bien voir sur les côtés. Grâce à son expertise, l'opticien carte blanche – premium va adapter au mieux l'équipement à sa forte correction, à la morphologie de son visage et à son utilisation, en adaptant les verres à l'angle de galbe de sa monture pour une meilleure vision périphérique.

Afin de réaliser une prise en charge optimale pour le bénéficiaire, les opticiens carte blanche – premium possèdent des équipements spécifiques (salle d'examen, atelier de montage, outils numériques pour la prise de mesure, un niveau de qualification spécifique...) et s'appuient sur des verriers reconnus également référencés premium par Carte Blanche : Essilor et Zeiss.

■ l'offre PRYSME

Prysm, c'est une offre optique sans reste à charge qui préserve la qualité de l'équipement et du conseil apporté.

Une monture « 1796 » origine France garantie*

+ Des verres de grandes marques : Essilor, Zeiss ou Nikon

= un équipement de qualité sans reste à charge

* à choisir parmi 12 montures origine France garantie et 24 montures made in France

Selon le montant de sa garantie, l'assuré peut bénéficier d'un certain niveau de gamme, qui définit les verres et montures autorisés dans le cadre de l'offre. Carte Blanche Partenaires transmet en temps réel le refus ou l'accord de prise en charge à travers le logiciel de vente l'opticien via la norme Opto-AMC.

■ Site internet dédié, conseils en ligne, information :

Via l'interface du bénéficiaire, Carte Blanche Partenaires diffuse de l'information relative à différents domaines de la santé.

Plusieurs thématiques et domaines sont abordés, répartis par catégorie (dossiers, actualités, tests, guides et brochures)

Chaque semaine, les bénéficiaires de Carte Blanche peuvent recevoir la newsletter « Infos Santé », reprenant les derniers contenus publiés sur le site internet Carte Blanche.

■ Comment bénéficier du service Carte Blanche ?

Les assurés bénéficiant de ce service seront informés :

- via leur carte de tiers payant : les coordonnées ainsi que le logo sont présents au dos

- en se rendant sur leur compte client sur groupagricar.com :

ils bénéficieront du service de localisation de l'opticien partenaire le plus proche de chez eux.

▼ 8.3 L'organisme de tiers payant

L'objectif premier du système du tiers payant étant de dispenser l'assuré - en tout ou partie - de l'avance de frais de santé. Il contribue ainsi à un meilleur accès aux soins, en particulier pour les patients qui y renoncent pour des raisons financières.

Ce service arrive en deuxième position des services les plus attendus par les français vis-à-vis de leur complémentaire santé. Le tiers payant vient ainsi répondre à un réel besoin des assurés.

Aussi, dans le cadre du partenariat du Groupe AGRICA avec le réseau de soins Carte Blanche Partenaires, Isanté est l'organisme de tiers payant travaillant à nos côtés.

Isanté propose aux professionnels de santé et aux assureurs complémentaires, tout un panel de solutions axées sur des valeurs d'engagement de service, d'innovation, et de prise en compte des besoins spécifiques de chacun de nos clients.

Le développement de Isanté est centré sur la qualité des relations avec les professionnels de santé et les assureurs complémentaires, avec notamment un engagement fort d'excellence dans l'accueil téléphonique, les conditions et délais de règlement.

A cet effet, Isanté a mis en place des plateaux de gestion dédiés, utilisant des outils fiables et des solutions techniques éprouvées.

TITRE 9

CONVENTION D'ASSISTANCE

Besoin d'assistance ?

■ Contactez-nous :

- depuis la France métropolitaine au 01 42 99 64 40 (numéro non surtaxé)
- depuis l'étranger au + 33 1 42 99 64 40
- Accès sourds et malentendants : <https://accessibilite.votreassistance.fr>

Accessibles 24h/24 et 7j/7, sauf mention contraire dans la convention

■ Accès à votre espace personnel d'assistance santé : <https://www.allyzassist.com/>

■ Veuillez nous indiquer :

- Le nom et le numéro du contrat souscrit **B922918**
- Les nom et prénom du Bénéficiaire
- L'adresse exacte du Bénéficiaire
- Le numéro de téléphone auquel le Bénéficiaire peut être joint

Les prestations de la présente convention d'assistance sont distribuées par la CAISSE DE PRÉVOYANCE DES CADRES D'ENTREPRISES AGRICOLES (CPCEA) et assurées par :

AWP P&C

SA au capital de 18 510 562,50 €

519 490 080 RCS Bobigny

Siège social : 7, rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen

Entreprise régie par le Code des assurances

sont mises en œuvre par :

AWP France SAS

SAS au capital de 7 584 076,86 €

490 381 753 RCS Bobigny

Siège social : 7, rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen

Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS
07 026 669 - <http://www.orias.fr/>

Ci-après désignée sous le nom commercial « **Mondial Assistance** »



ARTICLE 91

Événements garantis

Les conditions de délivrance des garanties de la présente convention varient selon les prestations :

- Les prestations décrites aux articles « INFORMATIONS – CONSEILS » et « RÉSEAU MÉDICAL » peuvent être délivrées à tout moment pendant les heures d'ouverture du service d'information.
- La prestation décrite à l'article « TELECONSULTATION MEDICALE » est délivrée lorsque :
 - le Bénéficiaire se trouvant dans une situation aiguë non vitale a besoin d'un avis médical
 - Et qu'il ne peut joindre ou consulter, dans un délai compatible avec son état de santé, soit son médecin traitant, soit un médecin parlant français, lorsque le Bénéficiaire est en déplacement à l'Étranger.
- Les prestations décrites à l'article « HOSPITALISATION – IMMOBILISATION A DOMICILE » sont délivrées en cas :
 - d'Hospitalisation du Bénéficiaire
 - ou
 - d'Immobilisation à Domicile du Bénéficiaire, précédée ou non d'une Hospitalisation.
- La prestation décrite à l'article « ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE » est délivrée en cas d'Hospitalisation, d'Immobilisation ou de Détresse psychologique du Bénéficiaire.
- Les prestations décrites à l'article « RÉSEAU MÉDICAL » sont délivrées en cas d'Hospitalisation, d'Immobilisation ou de Maladie du Bénéficiaire.

- Les prestations décrites à l'article « ASSISTANCE AUX PERSONNES » sont délivrées en cas de survenance, lors d'un déplacement l'un des événements suivants :

- Accident corporel,
- Maladie.

ARTICLE 9.2

Validité de la convention

Validité territoriale

Les Prestations de la présente convention sont acquises uniquement en France, à l'exception de la prestation « TÉLÉ-CONSULTATION MÉDICALE » prévue à l'article et des Prestations décrites à l'article « ASSISTANCE AUX PERSONNES » qui sont acquises pour les événements survenus aussi bien en France qu'au cours de déplacements n'excédant pas quatre-vingt-dix (90) jours dans le monde entier à l'exception des Pays non couverts.

Pour les prestations décrites à l'article « ASSISTANCE AUX PERSONNES », une franchise kilométrique de 100km s'applique pour les événements survenus en France.

Durée de validité

Les prestations sont accordées exclusivement pour les événements survenus pendant la durée de validité du contrat d'assurance « CCN Paysage Employés et ouvriers » et de l'accord liant CPCEA et AWP P&C pour la délivrance de ces prestations.

ARTICLE 9.3

Définitions contractuelles

Dans la présente convention d'assistance n° B922918 (ci-après la « Convention »), les termes et expressions qui commencent par une lettre majuscule auront la signification suivante :

ACCIDENT CORPOREL

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure, constatée par une autorité médicalement compétente.

ANIMAL DE COMPAGNIE

chat ou chien, **à l'exclusion de tout autre animal.**

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens de 1ère et 2ème catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

BENEFICIAIRE

Le terme « Bénéficiaire » se réfère :

- à la personne physique assurée par le contrat d'assurance « CCN Paysage Employés et ouvriers » (le « Bénéficiaire assuré »),
- à son Conjoint,
- et/ou à ses Enfants.

CONJOINT

Conjoint, partenaire de PACS ou concubin notoire du Bénéficiaire assuré et vivant habituellement sous son toit.

DETRESSE PSYCHOLOGIQUE

État de déséquilibre passager dans lequel un individu peut se trouver à la suite d'un événement imprévisible, soudain et extérieur pouvant entraîner des conséquences de santé mentale importantes telles que la dépression et l'anxiété.

DOMICILE

Lieu de résidence principale situé en France et dont l'adresse figure sur le dernier avis d'imposition sur le revenu.

ENFANTS

Enfants, petits-enfants, fiscalement à charge du Bénéficiaire assuré ou de son Conjoint, vivant habituellement sous son toit.

ÉPIDÉMIE

Maladie contagieuse dont la propagation constitue une épidémie selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ou l'autorité sanitaire compétente du pays de Domicile du Bénéficiaire.

ÉTRANGER

Tout pays, **à l'exclusion de la France et des Pays non couverts.**

FRAIS FUNÉRAIRES

Frais de première conservation, de manutention, de mise en bière, d'aménagements spécifiques au transport, de soins de conservation rendus obligatoires par la législation, de conditionnement et de cercueil du modèle le plus simple, nécessaires au transport de corps et conformes aux réglementations locales et internationales applicables sur le lieu du décès et le lieu des obsèques.

Sont exclus les frais d'habillement, d'embaumement, de cérémonie, d'inhumation et de crémation.

Lorsque le transport de corps peut être effectué sans cercueil conformément aux normes en vigueur, les frais de cercueil ne sont pas pris en charge.

FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE À L'ÉTRANGER

Frais pharmaceutiques, chirurgicaux, de consultation et d'hospitalisation, prescrits par une autorité médicale compétente, nécessaires au diagnostic et au traitement d'une Maladie ou consécutifs à un Accident corporel.

FRANCE

France métropolitaine, Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte, la Réunion, Saint-Barthélemy.

FRANCHISE KILOMÉTRIQUE

Distance kilométrique à partir de laquelle les prestations d'assistance sont accordées. La distance est calculée depuis le Domicile jusqu'au lieu de survenance de l'événement garanti sur la base de l'itinéraire le plus court calculé par le service Via-Michelin ou Google Maps.

HÉBERGEMENT

Frais d'hôtel (petit déjeuner compris), **à l'exclusion de tout autre frais de restauration, de boisson et de pourboires.**

HOSPITALISATION

Admission prévue ou imprévue, dans un établissement de soins privé ou public liée à une procédure d'urgence.

Une durée d'Hospitalisation minimum peut être prévue pour la délivrance de certaines prestations.

IMMOBILISATION

Toute incapacité physique à se déplacer ou à effectuer les tâches domestiques habituelles, constatée par un Médecin et nécessitant le repos prescrit par un Médecin.

Une durée d'immobilisation minimum peut être prévue pour la délivrance de certaines prestations.

MALADIE

Altération subite de l'état de santé d'une personne, constatée par une autorité médicale compétente et nécessitant un traitement médical.

MEDECIN

Personne légalement autorisée à pratiquer la médecine ; docteur en médecine.

MEMBRE DE LA FAMILLE

Conjoint de droit ou de fait, ascendant au premier degré, descendant au premier degré, frère, sœur, oncle, tante, nièce, neveu, beau-frère, belle-sœur, gendre, belle-fille, beau-père, belle-mère, tuteur légal, du Bénéficiaire ou la personne placée sous la tutelle du Bénéficiaire.

MEMBRE DE LA FAMILLE DEPENDANT

Membre de la famille fiscalement à charge du Bénéficiaire, dépendant et vivant sous le toit du Bénéficiaire assuré.

La dépendance se caractérise par des restrictions dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et sociale, causées notamment par des troubles du comportement et/ou des atteintes physiques. La dépendance suppose une perte d'autonomie définitive, qui peut être partielle ou totale.

PANDÉMIE

Épidémie déclarée comme pandémie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ou l'autorité sanitaire compétente du pays de Domicile du Bénéficiaire.

PAYS NON COUVERTS

Pays figurant sur la liste mise à jour des pays exclus, disponible sur le site de Mondial Assistance à l'adresse suivante : <http://paysexclus.votreassistance.fr>

PRESTATAIRE

Prestataire de services professionnel référencé par Mondial Assistance.

PROCHE

Toute personne physique, Membre de la famille ou non, résidant en France et désignée par le Bénéficiaire.

TELECONSULTATION MEDICALE

Acte de télémedecine. Il s'agit d'une consultation à distance, entre un médecin et un patient, qui peut être accompagné ou non par un autre professionnel de santé (ex : médecin, infirmier, pharmacien...). Elle est réalisée par l'intermédiaire des technologies de l'information et de la communication.

TRANSPORT

Tout déplacement non médicalisé s'effectuant par :

- train en 2nde classe sauf mention contraire,
- avion en classe économique,
- véhicule de location,
- taxi (pour toute distance inférieure à 50 km).



ARTICLE 9.4

Prestations

Mondial Assistance se réserve le droit, préalablement à toute intervention, de vérifier la qualité de Bénéficiaire du demandeur ainsi que la matérialité de l'événement ouvrant droit aux prestations.

9.4.1 Informations – conseils

Sur simple appel téléphonique, Mondial Assistance communique au Bénéficiaire des informations et le conseille dans le domaine ci-après :

Prestation	Prise en charge	Conditions et limites
Conseil social	Sur simple appel téléphonique du lundi au vendredi, hors jours fériés , de 7h00 à 20h00 et le samedi de 7h00 à 19h00 (fuseau horaire de France métropolitaine)	Utilisable à tout moment pendant les heures d'ouverture du service.

Conseil social

L'équipe médico-sociale de Mondial Assistance analyse la situation médico-sociale et socio-économique du Bénéficiaire, évalue ses besoins et lui fournit des informations sur la législation et la réglementation sociale ainsi que sur les moyens de financement des différentes aides (transport, hébergement, aide à domicile, etc.) dans les domaines suivants : maternité, prestations familiales, accueil du jeune enfant, emploi, chômage, maladie, accident, handicap, invalidité, retraite.

Les informations fournies par Mondial Assistance exclusivement par téléphone sont des renseignements à caractère informatif. La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

9.4.2 Téléconsultation médicale

Sur simple appel téléphonique ou via le site internet <https://www.mondial-assistance-teleconsultation.fr>, Mondial Assistance met en œuvre la prestation ci-après :

Prestation	Prise en charge	Conditions et limites

- Consultation médicale par téléphone ou en ligne via https://www.mondial-assistance-teleconsultation.fr - Identification d'un établissement de soins proche de l'endroit où se trouve le Bénéficiaire. - Transmission au Bénéficiaire d'une prescription médicamenteuse écrite, selon l'appréciation du médecin et si la législation locale l'autorise.	Dans la limite de 5 Téléconsultations maximum par Bénéficiaire et par période annuelle de garantie	En cas de Maladie
---	--	--------------------------

IMPORTANT

La Téléconsultation ne peut en aucun cas remplacer une prise en charge médicale globale et personnalisée auprès du Médecin traitant et de manière générale de tout Médecin désigné par le Bénéficiaire.

La Téléconsultation ne peut se substituer aux organismes de secours d'urgence. En cas d'urgence, le Bénéficiaire prend contact en priorité avec les services de secours d'urgence (numéros d'urgence : 15, 112, 18). En cas d'urgence détectée à l'Étranger, toutes les mesures seront mises en œuvre pour aider le Bénéficiaire à identifier les secours d'urgence, selon les mesures locales.

Les informations médicales échangées avec les Médecins restent strictement confidentielles et sont soumises au secret médical, aucune donnée n'étant transmise à Mondial Assistance, sous réserve de données statistiques exclusives de toute identification directe ou indirecte des Bénéficiaires.

La responsabilité du Service Assistance de Mondial Assistance ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements, conseils, consultations et de manière générale dans le cadre de la Téléconsultation mise en œuvre auprès du Bénéficiaire.

Le Service Assistance de Mondial Assistance ne saurait être tenu responsable des interruptions de service et/ou dommages résultant :

- de défaillances ou interruptions des réseaux téléphoniques et/ou informatiques ;
- de modifications de la situation du Bénéficiaire et notamment de son état de santé qui ne lui auraient pas été signifiées lors de la Téléconsultation ;
- d'un cas de force majeure ou du fait d'un tiers.

Lorsqu'un représentant légal appelle pour son enfant mineur, il lui sera demandé une copie du livret de famille prouvant le lien de parenté ou tout autre document prouvant sa qualité.

Téléconsultation médicale

Si le **Bénéficiaire** a un problème médical nécessitant une consultation et que son **Médecin** traitant est indisponible ou absent, le **Bénéficiaire** peut, sous conditions d'identification

forte et acceptation des Conditions Générales de services, de la Notice d'information et de consentement et de la Déclaration de confidentialité, bénéficier d'une Téléconsultation en contactant le service de Téléconsultation de Mondial Assistance.

Au préalable, le Bénéficiaire pourra échanger avec un(e) infirmier(ère) diplômé(e) d'État (IDE) du service de Téléconsultation de Mondial Assistance qui lui permettra d'obtenir notamment des informations sur des questions d'ordre général de santé. Si besoin, l'infirmière orientera le Bénéficiaire vers un Médecin du Service de Téléconsultation de Mondial Assistance.

La Téléconsultation est assurée par un Médecin du Service de Téléconsultation de Mondial Assistance inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins.

À l'issue de la Téléconsultation, le Médecin peut, dans le cadre des parcours de soins et conformément à la législation locale en vigueur (notamment en matière de secret médical) :

- Orienter le Bénéficiaire vers son Médecin traitant ou un établissement de soins adapté à sa situation, notamment si un examen clinique est nécessaire pour faire un diagnostic ;
- Fournir au Bénéficiaire une ordonnance écrite médicamenteuse, selon l'appréciation du Médecin et si la législation locale l'autorise.

Après la Téléconsultation et avec le consentement du **Bénéficiaire**, un compte-rendu de la Téléconsultation médicale peut être envoyé au Médecin traitant du **Bénéficiaire**.

▼ 9.4.3 Assistance en cas d'hospitalisation ou immobilisation à domicile

Sur simple appel téléphonique, suite à Votre Hospitalisation ou l'Immobilisation à Domicile, Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après :

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Évaluation des besoins et recommandations (prestation décrite à l'article « Description des services et aides à domicile »)	Illimité	Durée de l'Hospitalisation au moins égale à 4 nuitées ou durée d'Immobilisation à Domicile de plus de 5 jours
Enveloppe de services d'aide à Domicile et Transport de Proches (prestations décrites à l'article « Description des services et aides à domicile »)	400 € TTC au total	L'enveloppe de services doit être activée au plus tard 15 jours après la sortie d'Hospitalisation ou le début de l'Immobilisation à Domicile.

Enveloppe de services d'aide à Domicile et Transport de Proches (prestations décrites à l'article « Description des services et aides à domicile »)	400 € TTC au total	La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 1 fois par période annuelle de garantie.
Livraison en urgence de médicaments immédiatement nécessaires prescrits par un médecin	100 € TTC maximum	Le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire.

9.4.4 Accompagnement psychologique

Sur simple appel téléphonique, Mondial assistance met en œuvre la prestation suivante :

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Consultations psychologique	Prise en charge de 6 entretiens par téléphone	En cas d'Hospitalisation, d'Immobilisation ou de Détresse psychologique

9.4.5 Réseau médical

Sur simple appel téléphonique, Mondial assistance met en œuvre les prestations suivantes :

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Orientation vers des médecins, infirmiers & hôpitaux	Illimitée Sur simple appel téléphonique du lundi au vendredi, hors jours fériés, de 7h00 à 20h00 et le samedi de 7h00 à 19h00 (fuseau horaire de France métropolitaine)	Utilisable à tout moment pendant les heures d'ouverture du service.
Deuxième avis médical	Frais réels	En cas de Maladie Dans la limite de 5 avis médicaux par année d'assurance et par Bénéficiaire

Orientations vers des Médecins, infirmier(ère)s et hôpitaux

Sur demande, Mondial Assistance peut fournir au Bénéficiaire les coordonnées des Médecins, infirmier(ère)s et hôpitaux/centres médicaux.

Deuxième avis médical

Après un premier diagnostic médical effectué par le Médecin du Bénéficiaire, Mondial Assistance prend en charge les frais de consultation d'un autre Médecin pour un second avis médical. Mondial Assistance fournit l'accès à la plateforme digitale <https://www.allyzassist.com/>, accessible, 24 heures/24 et 7 jours/7.

Après constitution de son dossier médical sur la plateforme digitale dédiée, le Bénéficiaire reçoit le compte rendu du second avis par voie électronique sécurisée dans les **7 jours**. Pendant **14 jours** suivant la réception du compte rendu, le Bénéficiaire a la possibilité d'échanger avec le Médecin ayant fourni le second avis médical.

Notre responsabilité médicale ou celle de notre prestataire ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cadre de la mise en œuvre du service personnalisé, qui est de la compétence et responsabilité exclusive des Médecins référents chacun pour ce qui les concerne.

9.4.6 Assistance aux personnes

Sur simple appel téléphonique, en cas de Maladie (y compris suite à une Épidémie/Pandémie), Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après :

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Rapatriement ou transport sanitaire	Coût de l'intervention organisée par Mondial Assistance.	Prestations soumises à la décision des médecins de Mondial Assistance
Frais médicaux d'urgence à l'Étranger	- Remboursement des frais restant à la charge du Bénéficiaire : 7 500 € TTC maximum. - Avance des frais d'Hospitalisation : 7 500 € TTC.	Les limites suivantes s'entendent par Bénéficiaire et par période annuelle de garantie.

Rapatriement ou transport sanitaire du Bénéficiaire

- Transport, sanitaire si nécessaire, du Bénéficiaire vers le centre hospitalier le mieux adapté à son état de santé (soit dans le pays où il se trouve soit en France métropolitaine) par les moyens les plus appropriés.
- Lorsque l'hospitalisation n'a pas pu se faire à proximité du Domicile, le transfert vers un hôpital plus proche est pris en charge dès que l'état du Bénéficiaire le permet.
- Si l'hospitalisation à l'arrivée n'est pas indispensable, le transport du Bénéficiaire, sanitaire si nécessaire, est pris en charge jusqu'à son Domicile.

Les décisions sont prises en considération du seul intérêt médical du Bénéficiaire et appartiennent exclusivement aux médecins de Mondial Assistance en accord avec les Médecins traitants locaux.

Les Médecins de Mondial Assistance se mettent en rapport avec les structures médicales sur place et, si nécessaire, avec le Médecin traitant habituel du Bénéficiaire afin de réunir les informations permettant de prendre les décisions les mieux adaptées à son état de santé.

Le rapatriement du Bénéficiaire est décidé et géré par un personnel médical titulaire d'un diplôme légalement reconnu dans le pays où ce personnel médical exerce habituellement son activité professionnelle.

Seuls, l'intérêt médical du Bénéficiaire et le respect des règlements sanitaires en vigueur, sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen de transport et le choix du lieu d'hospitalisation éventuelle.

En raison des risques pouvant mettre en danger la santé des femmes ayant atteint un stade avancé dans leur grossesse, les compagnies aériennes appliquent des restrictions, différentes selon les compagnies et susceptibles d'être modifiées sans préavis : examen médical au maximum 48 heures avant le départ, certificat médical, accord médical de la compagnie, etc.

Le transport par avion est subordonné à l'obtention des autorisations accordées par la compagnie aérienne. Mondial Assistance ne saurait être tenue responsable d'un retard ou

d'un empêchement dans l'exécution de la prestation « Rapatriement ou transport sanitaire du Bénéficiaire » du fait de toute restriction d'une compagnie aérienne.

Si le Bénéficiaire refuse de suivre les décisions prises par le service médical de Mondial Assistance, il dégage Mondial Assistance de toute responsabilité des conséquences d'une telle initiative, notamment en cas de retour par ses propres moyens ou d'aggravation de son état de santé, et perd tout droit à prestation et indemnisation de la part de Mondial Assistance.

Frais médicaux d'urgence à l'Étranger

Remboursement des Frais médicaux d'urgence à l'Étranger sur prescription médicale restant à la charge du Bénéficiaire après intervention des organismes de sécurité sociale, d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance auxquels le Bénéficiaire est affilié.

Cette prestation cesse le jour où le service médical de Mondial Assistance estime que le rapatriement du Bénéficiaire est possible.

Pour bénéficier de cette prestation, le Bénéficiaire doit relever obligatoirement d'un régime primaire d'assurance maladie le couvrant au titre des Frais médicaux d'urgence à l'Étranger, pendant toute la durée du voyage.

Mondial Assistance peut également procéder à l'avance des frais d'hospitalisation imprévus et urgents, après accord de son service médical, dans la limite du plafond figurant au tableau ci-dessus.

Dans ce cas, le Bénéficiaire s'engage à rembourser cette avance à Mondial Assistance dans un délai de 3 (trois) mois à compter de la date de mise à disposition des fonds. Passé ce délai, Mondial Assistance sera en droit d'exiger, outre le montant de l'avance consentie, les frais et les intérêts légaux.

Cette avance est subordonnée à l'établissement d'un formulaire de reconnaissance de dette.

Ne donnent pas lieu à prise en charge complémentaire ou à l'avance de frais :

- les frais d'implant, de prothèses internes, optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques ou autres, ainsi que les frais d'appareillage,
- les frais engagés en France métropolitaine et dans les Départements d'outre-mer, qu'ils soient consécutifs ou non à un Accident corporel ou une Maladie survenu en France ou à l'Étranger,
- les frais de vaccination,
- les frais résultant de soins ou de traitements dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française,
- les frais de rééducation, de cure thermale ou de séjour en maison de repos, ainsi que les frais de soins ou traitements ne résultant pas d'une urgence médicale.

▼ 9.4.7 Description des services et aides à domicile

Évaluation des besoins et recommandations

Mondial Assistance analyse la situation médico-sociale et socio-économique du Bénéficiaire, évalue les besoins et lui propose les solutions d'aide et de services adaptées ainsi que

les moyens de les mettre en œuvre et de les financer soit au titre de l'enveloppe de services et d'aide à Domicile proposée, soit en mobilisant d'autres sources de financement.

Le Bénéficiaire est seul juge des prestations qu'il souhaite utiliser.

La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des recommandations faites.

Enveloppe de services d'aide à Domicile et Transport de Proches

Mondial Assistance organise et prend en charge les services choisis par le Bénéficiaire parmi les services proposés ci-après, dans la limite d'une enveloppe dont le montant, les conditions et les limites sont indiqués ci-dessus.

La mise en œuvre des services et aides à Domicile est subordonnée aux disponibilités locales et aux horaires d'ouverture des réseaux de Prestataires.

Le délai pour la mise en place des prestations est d'une demi-journée ouvrée à compter de la demande.

Les services et aides à Domicile peuvent être demandés au fur et à mesure des besoins, pendant la durée de l'évènement garanti ouvrant droit à la prestation.

Le coût de chaque service utilisé vient en déduction du montant de l'enveloppe disponible.

Dès qu'il le souhaite, le Bénéficiaire peut contacter Mondial Assistance par téléphone pour connaître le solde encore disponible et obtenir des conseils sur son utilisation.

Il est précisé que les services proposés sont mis en place en fonction des besoins et des demandes du Bénéficiaire.

Le montant maximum indiqué dans le détail de chaque prestation ne saurait donner droit à un paiement en espèces.

Lorsque le Bénéficiaire est encore couvert au titre de la Convention et a utilisé la totalité du montant de l'enveloppe avant la fin de l'évènement garanti, Mondial Assistance peut, à sa demande :

- organiser les services de son choix, parmi les services et aides proposés,
- lui communiquer les coordonnées de Prestataires spécialisés dans les domaines de services **proposés**.

Le coût des services alors proposés reste à la charge du Bénéficiaire.

Ci-après la description des services et aides à Domicile proposés :

Transport

Mondial Assistance prend en charge le Transport non médicalisé du Bénéficiaire valide.

Hébergement des parents à proximité du Bénéficiaire mineur pendant son Hospitalisation

Si le Bénéficiaire mineur est hospitalisé à plus de **50 km** de son Domicile, Mondial Assistance organise et prend en charge l'Hébergement de ses parents pendant la durée de l'Hospitalisation dans la limite de **70 € TTC/ nuit**.

Aide à Domicile : Auxiliaire de vie, travailleuse familiale, et aide-ménagère

Mondial Assistance met à la disposition du Bénéficiaire une aide à Domicile qui peut être réalisée :

- soit par une auxiliaire de vie qui dispense des soins quotidiens (toilette quotidienne), hors soins médicaux relevant d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère),
- soit par une travailleuse familiale qui prodigue des conseils dans le domaine de l'éducation familiale,
- soit par une aide-ménagère qui effectue les petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas etc.) au Domicile du Bénéficiaire.

Chaque prestation d'aides à Domicile dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

Préparation du retour au Domicile

Mondial Assistance organise et prend en charge la venue d'une Prestataire pour effectuer les tâches ménagères, ouvrir les volets, mettre le logement à température, faire des courses.

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

Cette prestation s'effectue sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Mondial Assistance peut organiser le Transport de l'intervenant pour aller chercher les clés.

La prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 18h00.

Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire ou du Bénéficiaire au Domicile d'un Proche

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire (Transport aller-retour) ou le transfert du Bénéficiaire au Domicile d'un Proche pour s'occuper du Bénéficiaire et/ou des Enfants.

Transfert des Enfants de moins de 15 ans et/ou des Membres de la famille dépendants au Domicile d'un Proche

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert des Enfants et/ou des Ascendants dépendants à charge au Domicile d'un Proche (Transport aller-retour) ainsi que le voyage d'un Proche qui les accompagne (Transport aller-retour). Si nécessaire, Mondial Assistance missionne un accompagnateur.

Garde à Domicile des Enfants de moins de 15 ans

Mondial Assistance organise et prend en charge la garde à Domicile des Enfants du Bénéficiaire Hospitalisé ou Immobilisé au Domicile.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

La prestation est rendue **dans la limite des disponibilités locales** par un Prestataire dont la mission consiste à garder l'Enfant au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'Enfant (**à l'exclusion des soins médicaux**).

Pendant ses heures de présence, l'intervenant(e) pourra accompagner les Enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extrascolaires et retourner les chercher, à condition que le déplacement se fasse sans véhicule.

Conduite en taxi à l'école et/ou aux activités extra scolaires des Enfants scolarisés jusqu'au niveau baccalauréat

Si aucun Proche ne peut accompagner les Enfants à l'école ou à leurs activités extrascolaires, Mondial Assistance prend en charge le Transport des Enfants en taxi aller-retour depuis le Domicile. Les Enfants seront obligatoirement accompagnés d'un adulte désigné par le Bénéficiaire.

Veille ou prise en charge des Membres de la famille dépendants à charge

Si aucun Proche n'est disponible sur place, Mondial Assistance missionne :

- soit une auxiliaire de vie qui aide aux actes de la vie quotidienne (aide au lever, au coucher, toilette, repas, habillage, etc.)
- soit une personne de compagnie.

Chaque prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

Portage des repas

Mondial Assistance organise et prend en charge le portage du repas au Domicile du Bénéficiaire avec un délai de mise en place de **4 (quatre) jours ouvrés maximum à compter de la demande. Ce service n'est pas disponible les samedis, dimanches et jours fériés.**

Les repas sont livrés par pack de 5 ou 7 « déjeuners + dîners ».

Le coût des repas n'est pas pris en charge.

Dans les zones non desservies ou lorsque le pack de repas n'est pas adapté, Mondial Assistance peut proposer l'intervention d'un Prestataire pour préparer les repas au Domicile dans les conditions précisées à la prestation concernée.

Cette prestation est disponible uniquement en France métropolitaine, hors Corse.

Garde à Domicile de l'Enfant de moins de 15 ans malade ou convalescent

Mondial Assistance organise et prend en charge l'intervention d'un Prestataire au Domicile pour garder l'Enfant, préparer ses repas et lui apporter les soins quotidiens.

Chaque prestation de la garde d'Enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 et 19h00.

Fermeture du Domicile quitté en urgence

En cas d'Hospitalisation du Bénéficiaire et s'il a quitté son Domicile précipitamment, Mondial Assistance organise et prend en charge la venue d'une Prestataire aide-ménagère afin de fermer les accès du Domicile (volets, fenêtres, portes...), éteindre les lumières, les appareils électriques en fonctionnement, trier les denrées périssables, étendre le linge resté dans la machine à laver.

Cette prestation s'effectuera sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Mondial Assistance peut organiser le Transport aller-retour de l'aide-ménagère pour aller chercher les clés.

La prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

Assistance aux animaux de compagnie (chats et chiens, à l'exclusion de tout autre animal)

Mondial Assistance organise et prend en charge la garde de l'animal du Bénéficiaire par un Prestataire, frais de nourriture compris.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens de 1^{ère} et 2^{nde} catégorie (article L. 211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

Livraison de courses

Mondial Assistance organise et prend en charge la livraison des courses au Domicile.

Le Bénéficiaire doit être disponible pour fournir les fonds et la liste des produits souhaités.

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

Bien-être à domicile: coiffure et esthétique

Mondial Assistance rembourse sur facture les services de soins suivants :

- esthéticienne,
- coiffeur,
- prothésiste capillaire,

y compris ceux réalisés à domicile.



ARTICLE 9.5

Responsabilité

Mondial Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Le Bénéficiaire ou ses proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

Mondial Assistance ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économiques (Récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site internet du Ministère de l'Economie et des Finances: <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/sanctions-financieres-internationales>), mouvements populaires, émeutes, sabotage, terrorisme, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

Une information pour chaque pays est également disponible dans la rubrique « Conseil aux voyageurs » du site internet du Ministère des Affaires étrangères et du Développement international <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/conseils-par-pays/>

Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au Bénéficiaire.

L'organisation par le Bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la Convention ne peut donner lieu à remboursement que si Mondial Assistance a été prévenue et a donné son accord exprès.

Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que Mondial Assistance aurait engagés pour organiser la prestation.

La responsabilité de Mondial Assistance concerne uniquement les services qu'elle réalise en exécution de la Convention. Elle ne sera pas tenue responsable des actes réalisés par les Prestataires intervenant auprès du Bénéficiaire en leur propre nom et sous leur propre responsabilité. Elle ne sera pas tenue responsable de l'inexécution ou de la mauvaise exécution de leurs obligations contractuelles consécutive à un cas de force majeure.

ARTICLE 9.6

Exclusions

Outre les exclusions prévues dans la Convention, sont toujours exclus :

- les frais non justifiés par des documents originaux,
- le suicide ou les conséquences de tentative de suicide du Bénéficiaire,
- les dommages consécutifs à la consommation d'alcool par le Bénéficiaire ou l'absorption par le Bénéficiaire de médicaments, drogues ou stupéfiants, non prescrits médicalement,
- les conséquences :
 - des situations à risques infectieux en contexte épidémique à l'exception des prestations décrites à l'article « ASSISTANCE AUX PERSONNES »,
 - de l'exposition à des agents biologiques infectants,
 - de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
 - de l'exposition à des agents incapacitants,
 - de l'exposition à des agents radioactifs,
 - de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales du pays où le Bénéficiaire séjourne,
- les dommages provoqués intentionnellement par un Bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense,
- les conséquences de maladies et accidents antérieurs à la date d'effet du contrat,
- les dommages résultant de soins d'ordre esthétique (y compris chirurgie esthétique).

Au titre de la prestation « Téléconsultation médicale » décrite à l'article « Téléconsultation médicale », sont également exclues :

- les Téléconsultations lorsque le service médical de Mondial Assistance identifie une urgence médicale.
- les consultations pour des pathologies psychiatriques ;
- les prescriptions de certificats médicaux ;
- les prescriptions d'arrêt de travail et leur prolongation éventuelle ;
- les prescriptions particulières, telles que :
 - les médicaments soumis à prescription restreinte :
 - médicaments réservés à l'usage hospitalier

- médicaments à prescription hospitalière
- médicaments à prescription initiale hospitalière
- médicaments à prescription réservée aux médecins spécialistes
- les médicaments nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement.
- les médicaments soumis à accord préalable. La liste exhaustive est accessible sur
 - http://www.cnam.nat.tn/doc/upload/list_APcl.pdf ;
- les médicaments d'exception : la liste des médicaments d'exception est disponible sur le site Meddispar, le site de référence des médicaments réglementés, proposé par l'Ordre national des pharmaciens ;
- la prescription de stupéfiants.

Au titre de la prestation « Accompagnement psychologique » décrite à l'article « Accompagnement psychologique » sont exclues les maladies psychologiques antérieurement avérées ou constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat.

ARTICLE 9.7

Modalités d'examen des réclamations

S'il n'a pas pu être donné immédiatement entière satisfaction à Votre réclamation formulée par oral ou via une messagerie instantanée, celle-ci doit être adressée par écrit à AWP P&C selon les modalités suivantes :

- Par mail : reclamation@votreassistance.fr
- Par courrier à l'adresse suivante : AWP France SAS – Traitement des réclamations – TSA 70002 – 93488 Saint-Ouen Cedex

AWP P&C accusera réception de Votre réclamation écrite dans les dix (10) jours ouvrables à compter de son envoi et Vous apportera une réponse écrite dans un délai maximal de deux (2) mois.

Vous pouvez en tout état de cause saisir le Médiateur indépendant de l'assurance à l'issue d'un délai de deux (2) mois à compter de l'envoi de Votre première réclamation écrite :

- Par voie électronique : www.mediation-assurance.org
- Par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09

Votre demande auprès du Médiateur de l'assurance doit, le cas échéant, être formulée au plus tard dans **le délai d'un (1) an** à compter de Votre première réclamation écrite auprès des services d'AWP P&C.

Toutefois, cette démarche ne Vous prive pas de la possibilité d'intenter toute action en justice.

En cas de souscription de votre contrat d'assurance en ligne, Vous avez la possibilité en qualité de consommateur, de recourir à la plateforme de Règlement en Ligne des Litiges (RLL) de la Commission Européenne en utilisant le lien suivant :

<http://ec.europa.eu/consumers/odr>



ARTICLE 9.8

Compétence juridictionnelle

Mondial Assistance fait élection de domicile en son siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen.

Les contestations qui pourraient être élevées contre Mondial Assistance à l'occasion de la mise en œuvre de la Convention sont exclusivement soumises aux tribunaux français compétents et toutes notifications devront être faites par courrier recommandé avec accusé de réception à l'adresse indiquée ci-dessus.



ARTICLE 9.9

Prescription

Toute action dérivant du contrat d'assurance est prescrite par un délai de 2 (deux) ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions fixées à l'article L 114-1 du Code des assurances.

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

■ Article L114-1 du Code des assurances

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

■ Article L114-2 du Code des assurances

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé

électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

■ Article L114-3 du Code des assurances

« Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 et suivants du Code civil reproduits ci-dessous.

■ Article 2240 du Code civil

« La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription. »

■ Article 2241 du Code civil

« La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure. »

■ Article 2242 du Code civil

« L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. »

■ Article 2243 du Code civil

« L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée. »

■ Article 2244 du Code civil

« Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée. »

■ Article 2245 du Code civil

« L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers. »

■ Article 2246 du Code civil

« L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution. »

ARTICLE 9.10

Protection des données à caractère personnel

Le traitement de données à caractère personnel est régi par la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et le Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

AWP P&C est le responsable du traitement des données à caractère personnel, recueillies en vue de la passation, la gestion et l'exécution des contrats.

Ces données sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution du contrat et conformément aux dispositions relatives à la prescription. Elles sont destinées aux gestionnaires des prestations d'assistance et sont susceptibles d'être communiquées à des sous-traitants, situés hors de l'Union Européenne.

Conformément à la législation et réglementation applicables en matière de protection des données le Bénéficiaire peut exercer son droit d'accès aux données le concernant et les faire rectifier en contactant : informations-personnelles@vo-treassistance.fr

Le Bénéficiaire est informé de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel » sur laquelle il peut s'inscrire : <https://www.bloctel.gouv.fr>

Pour plus d'informations, il est possible de consulter la Déclaration de confidentialité expliquant notamment comment et pourquoi sont collectées les données personnelles. Sa version la plus récente a été remise au Bénéficiaire lors de la souscription du contrat.

Dans le cadre de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, AWP P&C se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes conformément à la législation en vigueur.

ARTICLE 9.11

Autorité de contrôle

Les entreprises qui accordent les prestations prévues par la Convention sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, sise au 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris CEDEX 09 - www.acpr.banque-france.fr

ARTICLE 9.12

Loi applicable – langue utilisée

La Convention est régie par la loi française.

La langue utilisée pour l'exécution de la Convention est le français.

Déclaration de confidentialité

La sécurité de vos données personnelles nous importe

AWP P&C est une compagnie d'assurance agréée par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) proposant des produits et services d'assurance. Protéger votre vie privée est notre priorité absolue. Cette déclaration de confidentialité explique comment nous collectons les données personnelles, quel type de données nous collectons et pourquoi, avec qui nous les partageons et à qui nous les divulguons. Veuillez lire attentivement cette déclaration.

1. Qui est le responsable du traitement des données ?

Le responsable du traitement des données est la personne, physique ou morale, qui contrôle et est responsable de la conservation et de l'utilisation des données personnelles, au format papier ou électronique. **AWP P&C** (« Nous », « Notre ») est responsable du traitement des données, tel que défini par la législation et la réglementation applicables en matière de protection des données.

2. Quelles données personnelles sont collectées ?

Nous collecterons et traiterons différents types de données personnelles vous concernant, conformément à ce qui suit :

- les données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat et
- toute autre donnée nécessaire à la passation et/ou l'exécution du contrat.

Dans ce cadre, nous pourrions être amenés à collecter et traiter les « données personnelles sensibles » vous concernant.

En souscrivant le présent contrat, vous vous engagez à communiquer les informations figurant dans cette déclaration de confidentialité à tout tiers pour lequel toute donnée personnelle pourrait nous être transmise (ex. les autres assurés, les bénéficiaires, les tiers impliqués dans le sinistre, les personnes à prévenir en cas d'urgence, etc.), et vous acceptez de ne pas communiquer ces informations autrement.

3. Comment vos données personnelles sont-elles collectées et traitées ?

Nous collecterons et traiterons les données personnelles que vous nous transmettez et celles que nous recevons de tiers (comme expliqué plus bas) pour un certain nombre de finalités et sous réserve de votre consentement exprès, à moins que ce dernier ne soit pas exigé par les lois et réglementations applicables, comme indiqué ci-dessous :

Finalité	Est-ce que votre consentement explicite est nécessaire ?
- Administration du contrat d'assurance (ex. : traitement des réclamations, les enquêtes et estimations nécessaires à la détermination de l'existence de l'évènement garanti et du montant des indemnités à verser ou le type d'assistance à fournir, etc.)	- Oui, si nécessaire. Toutefois, dans les cas où nous devons traiter vos données personnelles dans le cadre du traitement de votre réclamation, nous ne solliciterons pas votre consentement exprès.

- Pour mener des enquêtes de qualité sur les services fournis, afin d'évaluer votre niveau de satisfaction et de l'améliorer	- Non. Nous avons un intérêt légitime à vous contacter après avoir géré une demande ou après avoir fourni une prestation afin de nous assurer que nous avons exécuté nos obligations contractuelles d'une manière satisfaisante. Toutefois, vous avez le droit de vous y opposer en nous contactant comme cela est expliqué dans la section 9 ci-dessous.
- Pour satisfaire à toutes les obligations légales (par exemple, celles qui découlent des lois sur les contrats d'assurance et les activités d'assurance, des règlements sur les obligations fiscales, comptables et administratives)	- Non, dans la mesure où ces activités de traitement sont expressément et légalement autorisées.
- À des fins de vérification, pour nous conformer aux obligations légales ou aux procédures internes	- Non. Nous pouvons traiter vos données dans le cadre d'audits internes ou externes requis soit par la loi, soit par nos procédures internes. Nous ne solliciterons pas votre consentement au titre de ces traitements s'ils sont justifiés en vertu de la réglementation en vigueur ou au titre de notre intérêt légitime. Toutefois, nous nous assurerons que seules les données à caractère personnel strictement nécessaires seront utilisées et qu'elles seront traitées en toute confidentialité. Les audits internes sont généralement réalisés par notre société mère.
- Pour réaliser des analyses statistiques et qualitatives sur la base des données et du taux de demandes d'indemnisation	- Si nous réalisons l'une de ces activités de traitement, nous le ferons en anonymisant les données personnelles. En conséquence, les données anonymisées ne sont plus considérées comme des données « à caractère personnel » et votre consentement n'est plus requis.
- Pour la gestion du recouvrement de créances	- Non, si le traitement de vos données, même s'il s'agit de catégories sensibles de données à caractère personnel s'avère nécessaire à la constatation, à l'exercice ou à la défense de droits en justice, que nous pouvons invoquer également au titre de notre intérêt légitime.
- Au titre de la prévention et de la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et le respect de la réglementation applicable aux sanctions économiques, y compris, le cas échéant, par exemple, la comparaison entre vos informations et celles figurant sur les précédentes demandes, ou la vérification des systèmes courants de déclaration de	- Non. Il est entendu que la détection et la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et le respect de la réglementation applicable aux sanctions économiques constituent un intérêt légitime du Responsable du traitement. Par conséquent, nous sommes en droit de traiter vos données à cette fin sans avoir à recueillir votre consentement.

sinistre.	
- Pour transférer les risques via une réassurance et une coassurance	- Nous pouvons traiter et partager vos données à caractère personnel avec d'autres compagnies d'assurances ou de réassurances, avec lesquelles nous avons signé ou nous signerons des accords de coassurance ou de réassurance. La coassurance est la couverture du risque par plusieurs compagnies d'assurances au moyen d'un seul contrat, en assumant chacune un pourcentage du risque ou en répartissant les couvertures entre elles. La réassurance est la « sous-traitance » de la couverture d'une partie du risque à un réassureur tiers. Toutefois, il s'agit d'un accord interne entre nous et le réassureur et vous n'avez aucun lien contractuel direct avec ce dernier. Ces transferts de risques interviennent au titre des intérêts légitimes des compagnies d'assurances, qui sont même généralement expressément autorisés par la loi (y compris le partage des données à caractère personnel strictement nécessaires à cette finalité)

Comme mentionné plus haut, pour les finalités énumérées précédemment, nous traiterons les données personnelles vous concernant que nous recevons de notre partenaire commercial **CPCEA**.

Concernant les finalités mentionnées précédemment pour lesquelles nous avons indiqué que votre consentement exprès n'est pas requis ou dans les cas où nous aurions besoin de vos données personnelles dans le cadre de la souscription de votre assurance et/ou de la gestion de votre sinistre, nous traiterons vos données personnelles sur la base de nos intérêts légitimes et/ou conformément à nos obligations légales.

Vos données personnelles seront nécessaires pour tout achat de nos produits et services. Si vous ne souhaitez pas nous fournir ces données, nous ne serons pas en mesure de vous garantir l'accès aux produits et services demandés ou susceptibles de vous intéresser, ou encore de vous proposer des offres adaptées à vos exigences spécifiques.

4. Qui peut accéder à vos données personnelles ?

Nous nous assurerons que vos données personnelles sont traitées dans le respect des finalités indiquées plus haut.

Dans le cadre des finalités énoncées, vos données personnelles pourront être divulguées aux parties suivantes, agissant en tant que tiers, responsables du traitement des données :

- organismes du secteur public, autres sociétés de notre groupe, autres assureurs, réassureurs.

Dans le cadre des finalités énoncées, vos données personnelles pourront être divulguées aux parties suivantes, agissant en tant que préposés au traitement des données, opérant sous notre responsabilité :

- autres sociétés de notre groupe (dont AWP France SAS), consultants techniques, experts, avocats, experts en sinistres, réparateurs, prestataires, médecins et sociétés de services délégués de nos opérations (réclamations, informatique, services postaux, gestion de documents)

En définitive, nous pourrions être amenés à partager vos données personnelles dans les cas suivants :

- dans les cas envisagés ou réels de réorganisation, fusion, vente, coentreprise, cession, transfert ou autre disposition de tout ou partie de notre activité, de nos actifs ou de nos titres (notamment dans le cadre de procédures en insolvabilité ou autres procédures similaires) ; et
- afin de nous conformer à toute obligation légale, y compris aux obligations résultant des décisions du médiateur dans le cas où vous présenteriez une réclamation concernant l'un de nos produits ou services.

5. Où sont traitées vos données personnelles ?

Vos données personnelles pourront être traitées aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'Union Européenne (UE) par les parties spécifiées dans la section 4, toujours sous réserve des restrictions contractuelles relatives à la confidentialité et à la sécurité, conformément à la législation et à la réglementation applicables en matière de protection des données. Nous ne divulguons pas vos données personnelles à des parties non autorisées à les traiter.

Chaque transfert de vos données personnelles en vue de leur traitement en dehors de l'UE par une autre société de notre groupe, sera effectué sur la base des règles internes d'entreprise approuvées par l'Autorité de régulation dont dépend notre groupe, établissant des règles adéquates de protection des données personnelles et contraignant juridiquement l'ensemble des sociétés de notre groupe. Lorsque les règles internes d'entreprise ne s'appliquent pas, nous prendrons des mesures afin de garantir que le transfert de vos données personnelles hors UE sera effectué selon le niveau de protection adéquat, au même titre que s'il s'agissait d'un transfert à l'intérieur de l'UE. Vous pouvez prendre connaissance des mesures de protection que nous mettons en œuvre pour ce type de transferts (clauses contractuelles types, par exemple) en nous contactant comme indiqué dans la section 9.

6. Quels sont vos droits concernant vos données personnelles ?

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, vous avez le droit :

- d'accéder à vos données personnelles et de connaître leur provenance, les objectifs et finalités du traitement de ces données, les informations concernant le(s) responsable(s) du traitement des données, le(s) préposé(s) au traitement des données et les destinataires des données potentiellement divulguées ;
- de retirer votre consentement à tout moment, dans les cas où celui-ci est requis pour le traitement de vos données personnelles ;
- de mettre à jour ou de rectifier vos données personnelles afin qu'elles soient toujours exactes ;

- de supprimer vos données personnelles de nos systèmes si leur conservation n'est plus nécessaire dans le cadre des finalités indiquées précédemment ;
- de restreindre le traitement de vos données personnelles dans certaines circonstances, par exemple, si vous avez contesté l'exactitude de vos données personnelles, pendant la période nécessaire à la vérification de leur exactitude par nos services ;
- d'obtenir vos données personnelles au format électronique, pour votre usage personnel ou celui de votre nouvel assureur ; et
- de déposer une plainte auprès de notre société et/ou de l'autorité de protection des données compétente – Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Vous pouvez exercer ces droits en nous contactant comme indiqué à la section 9.

7. Comment vous opposer au traitement de vos données personnelles ?

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, vous avez le droit de vous opposer au traitement de vos données personnelles par nos services, ou de solliciter auprès de notre société l'arrêt du traitement desdites données (y compris à des fins de marketing direct). Une fois votre demande transmise, nous ne procéderons plus au traitement de vos données personnelles, à moins que la législation ou la réglementation applicable ne le permette.

Vous pouvez exercer ce droit de la même manière que vos autres droits définis dans la section 6.

8. Combien de temps conserverons-nous vos données personnelles ?

Nous ne conserverons vos données à caractère personnel que pendant la durée nécessaire aux fins indiquées dans la présente déclaration de confidentialité puis elles seront supprimées ou anonymisées une fois qu'elles ne sont plus nécessaires. Ci-dessous nous vous communiquons quelques-unes des durées de conservation applicables aux finalités indiquées à la section 3 ci-dessus.

- Pour une durée de deux (2) ans à compter de la date de fin du contrat d'assurance
- En cas de sinistre – deux (2) ans à compter du règlement du sinistre.
- En cas de sinistre avec dommages corporels – dix (10) ans à compter du sinistre.
- Pour toute information sur les réclamations – deux (2) ans à compter de la réception de la réclamation.
- Pour toute information sur le contrat – deux (2) ans à compter de l'expiration, de la résiliation, ou de l'annulation.

Toutefois, sachez que des obligations ou des événements spécifiques supplémentaires peuvent parfois annuler ou modifier ces durées, tels que des litiges ou des enquêtes réglementaires en cours, qui peuvent remplacer ou suspendre ces durées jusqu'à ce que l'affaire soit close et que le délai applicable d'examen ou d'appel ait expiré. En particulier, les durées de conservation basées sur des prescriptions dans le cadre d'actions en justice peuvent être suspendues puis reprendre par la suite.

9. Comment nous contacter ?

Pour toute question concernant l'utilisation que nous faisons de vos données personnelles, vous pouvez nous contacter par e-mail ou par courrier postal :

AWP France SAS

Département Protection des Données Personnelles

7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen

E-mail : informations-personnelles@votreassistance.fr

10. À quelle fréquence mettons-nous à jour la présente déclaration de confidentialité ?

Nous procédons régulièrement à la révision de cette déclaration de confidentialité.



**AGRICA
PRÉVOYANCE**

Proches par nature, engagés à vos côtés

AGRICA PRÉVOYANCE - www.groupagric.com -
représente CPCEA (SIRET 784 411 134 00033),
institution de prévoyance régie par le code de la
Sécurité sociale - Membre du GIE AGRICA GESTION
(RCS Paris n°493 373 682) - située au 21 rue de la
Bienfaisance 75008 Paris et soumise au contrôle
de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de
Résolution (ACPR), dont le siège est établi 4, place
de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09