ENTREPRISE

CONDITIONS GÉNÉRALES

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES ENTREPRISES DU PAYSAGE OUVRIERS ET EMPLOYÉS

AGRICA PRÉVOYANCE

Proches par nature, engagés à vos côtés

SOMMAIRE

TITRE 1 PRÉAMBULE 6

TITRE 2 DISPOSITIONS GENERALES 7

ARTICLE 2.1 OBJET DU CONTRAT 7
ARTICLE 2.2 COMPOSITION DU CONTRAT 7
ARTICLE 2.3 ORGANISME ASSUREUR 7
ARTICLE 2.4 DELEGATION DE GESTION 8
ARTICLE 2.5 LA GARANTIE ASSISTANCE 8
ARTICLE 2.6 LE RESEAU DE SOINS 8
ARTICLE 2.7 PRESCRIPTION 8
ARTICLE 2.8 RECOURS CONTRE LE TIERS RESPONSABLE 9
ARTICLE 2.9 PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL 9
ARTICLE 2.10 RECLAMATIONS – MEDIATION 10
ARTICLE 2.11 DEGRE ELEVE DE SOLIDARITE 10
ARTICLE 2.12 FAUSSE DECLARATION 10
ARTICLE 2.13 LUTTE CONTRE LA CORRUPTION 10
ARTICLE 2.14 LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME 10

TITRE 3 EXECUTION DU CONTRAT 12

ARTICLE 3.1 PRESENTATION DU CONTRAT 12
ARTICLE 3.2 ADHESION DE L'ENTREPRISE 12
ARTICLE 3.3 PRISE D'EFFET, DUREE ET RESILIATION DU CONTRAT 12

ARTICLE 3.4 COMMUNICATION DES FRAIS DE GESTION 13
ARTICLE 3.5 GROUPE ASSURE 13
ARTICLE 3.6 AFFILIATION ET ADMISSION DANS L'ASSURANCE 13
ARTICLE 3.7 REVISION DU CONTRAT 15
ARTICLE 3.8 RESTITUTION DE L'INDU 15
ARTICLE 3.9 COTISATIONS 15
ARTICLE 3.10 OBLIGATIONS DE L'INSTITUTION 16
ARTICLE 3.11 OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHERENTE 16
ARTICLE 3.12 OBLIGATIONS DU PARTICIPANT 17

TITRE 4 GARANTIE MAINTIEN DE SALAIRE 18

TITRE 5 COUVERTURE DE PREVOYANCE INCAPACITE DE TRAVAIL 20

ARTICLE 5.1 DISPOSITIONS COMMUNES 20
ARTICLE 5.2 INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL 21
ARTICLE 5.3 INCAPACITE PERMANENTE DE TRAVAIL 22

TITRE 6 COUVERTURE DE PREVOYANCE DECES 24

ARTICLE 6.1 CAPITAL DECES 24
ARTICLE 6.2 RENTE EDUCATION 25
ARTICLE 6.3 INDEMNITE FUNERAIRE 25
ARTICLE 6.4 EXCLUSIONS 25
ARTICLE 6.5 MAINTIEN DES PRESTATIONS DECES 26
ARTICLE 6.6 VERSEMENT DES PRESTATIONS DECES 26

TITRE 7 COUVERTURE FRAIS DE SANTE 28

ARTICLE 7.1 BENEFICIAIRES DES GARANTIES 28
ARTICLE 7.2 ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES 28
ARTICLE 7.3 MONTANT DES GARANTIES 28

ARTICLE 7.4 REGLEMENT DES PRESTATIONS 29
ARTICLE 7.5 LIMITES ET EXCLUSIONS DE GARANTIES 30
ARTICLE 7.6 CONTROLE DES PRESTATIONS 30
ARTICLE 7.7 ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES 30
ARTICLE 7.8 MAINTIEN GRATUIT DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTE AUX AYANTS DROIT D'UN PARTICIPANT DECEDE 30
ARTICLE 7.9 MAINTIEN DES GARANTIES SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL 30

TITRE 8 PORTABILITE DES DROITS 32

ARTICLE 8.1 BENEFICIAIRES 32
ARTICLE 8.2 OUVERTURE ET DUREE DES DROITS A PORTABILITE 32
ARTICLE 8.3 OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHERENTE 32
ARTICLE 8.4 OBLIGATIONS DE L'ANCIEN SALARIE 32
ARTICLE 8.5 PRESTATIONS 33
ARTICLE 8.6 CESSATION DE LA PORTABILITE 33

TITRE 9 DEFINITIONS COUVERTURE PREVOYANCE ET FRAIS DE SANTE 34

ARTICLE 9.1 DEFINITIONS DES INTERVENANTS AU CONTRAT 35
ARTICLE 9.2 DEFINITIONS DES TERMES PROPRES AU CONTRAT 36

TITRE 10 TABLEAU DES GARANTIES PREVOYANCE 40

TITRE 11 TABLEAUX DE LA GARANTIE SANTE 43

TITRE 12 RESEAU DE SOINS 49

TITRE 13 CONVENTION D'ASSISTANCE 51

ARTICLE 13.1 Evénements garantis 52
ARTICLE 13.2 Validité de la convention 52

ARTICLE 13.3	Définitions contractuelles	52
ARTICLE 13.4	Prestations	53
ARTICLE 13.5	Responsabilité	58
ARTICLE 13.6	Exclusions	59
ARTICLE 13.7	Modalités d'examen des réclamations	59
ARTICLE 13.8	Compétence juridictionnelle	60
ARTICLE 13.9	Prescription	60
ARTICLE 13.10	Protection des données à caractère personnel	61
ARTICLE 13.11	Autorité de contrôle	61
ARTICLE 13.12	Loi applicable – langue utilisée	61

PRÉAMBULE

Les Partenaires Sociaux de la Convention Collective Nationale du 10 octobre 2008 ont défini dans le cadre de cette dernière, un régime de prévoyance et de frais de santé applicable à l'ensemble des ouvriers et employés des entreprises du Paysage.

Ce régime de prévoyance et de frais de santé, unique et indissociable, permet à l'ensemble des salariés non cadres des entreprises adhérentes et entrant dans son champ d'application, de bénéficier des garanties prévues à l'article « Objet du contrat ».

Il est mis en œuvre par le présent contrat.

Les salariés sont nommés ci-après « participants ».

CPCEA est dénommée ci-après « l'Institution ».

L'entreprise qui adhère au présent contrat est dénommée ci-après « entreprise adhérente ».

Les présentes Conditions générales sont applicables à compter du 1er Juillet 2027.

TITRE 2

DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 2.1
OBJET DU CONTRAT

Les présentes Conditions générales assurent la couverture des garanties de prévoyance et frais de santé définies par la Convention Collective Nationale des entreprises du Paysage du 10 octobre 2008.

Ces garanties revêtent un caractère collectif et obligatoire. Les dispositions relatives au régime de Prévoyance et Frais de santé s'imposent à toutes les entreprises relevant du champ d'application de la Convention Collective Nationale des entreprises du Paysage du 10 octobre 2008, tant en termes de garanties que de niveau de prestations.

Sont ainsi visées toutes les entreprises du Paysage qui remplissent les conditions suivantes :

- qui ont leur siège social ou leurs agences sur le territoire métropolitain, y compris en Corse ou dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) ;

- dont l'activité exclusive ou principale, définie au 2° de l'article L. 722-2 du Code rural et de la pêche maritime, s'exerce dans un ou plusieurs des secteurs suivants :

- réalisation et entretien de parcs et jardins, paysagisme d'intérieur, aménagements paysagers, réalisation et entretien des espaces engazonnés des terrains de sport, à l'exclusion des travaux non liés à l'aménagement paysager ;
- engazonnement par projection, application de produits phytopharmaceutiques ;
- reboisement, élagage, débroussaillage, « abattage d'arbres d'alignement et d'ornement » ;
- arrosage automatique lié à l'aménagement paysager ;
- végétalisation, génie végétal ;
- petits travaux de jardinage, dans le cadre des entreprises de services à la personne agréées.

Les activités du champ d'application de la présente convention collective comprennent les travaux de maçonnerie paysagère nécessaires à la réalisation d'ouvrages paysagers. Sont également inclus dans le champ d'application, les activités décrites en référence au code NAF 8130Z ainsi que le syndicat professionnel d'employeurs dont l'activité s'exerce à titre exclusif au profit des entreprises couvertes par le présent champ et dont il est mandataire.

ARTICLE 2.2
COMPOSITION DU CONTRAT

Le contrat se compose :

- des présentes Conditions générales ;
- du bulletin d'adhésion valant engagement de l'entreprise de faire bénéficier l'ensemble des salariés appartenant au groupe assuré, des garanties définies au présent contrat ;
- d'un certificat d'adhésion valant conditions particulières signé par CPCEA et confirmant la prise en compte de l'adhésion de l'entreprise.

ARTICLE 2.3
ORGANISME ASSUREUR

Les garanties du 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**, 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.

CPCEA peut être désignée dans la documentation contractuelle et les documents de nature publicitaire ou commerciale sous le label AGRICA PREVOYANCE.

ARTICLE 2.4
DELEGATION DE GESTION

Pour les entreprises de la métropole

La gestion :

- des affiliations,
- de l'appel des cotisations,
- du paiement des prestations incapacité temporaire de travail,
- du paiement des prestations frais de santé,

afférente au présent contrat est déléguée aux caisses de Mutualité Sociale Agricole dont relèvent les entreprises adhérentes et les participants.

Pour les entreprises des départements et régions d'outremer (DROM)

La gestion :

- des affiliations,
- de l'appel des cotisations,
- du paiement des prestations incapacité temporaire de travail,
- 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 2.5
LA GARANTIE ASSISTANCE

Le présent contrat propose une garantie « Assistance », dont la mise en œuvre et les modalités sont décrites au titre 12 du présent contrat.

ARTICLE 2.6
LE RESEAU DE SOINS

Les salariés couverts et, le cas échéant, leurs ayants droit bénéficient des services proposés par le réseau de soins décrit au titre 12 du présent contrat.

Ces services sont mis en œuvre par la société **Carte Blanche Partenaires**, 26 rue Laffitte - 75009 Paris.

ARTICLE 2.7
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 cinq ans en ce qui concerne la garantie incapacité temporaire de travail,**

par deux ans en ce qui concerne la garantie incapacité permanente de travail,

par dix ans en ce qui concerne la garantie décès, lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'assuré et par deux ans lorsque le bénéficiaire est l'assuré,

par dix ans en ce qui concerne la garantie décès, lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'assuré et par deux ans lorsque le bénéficiaire est l'assuré.

- **par deux ans en ce qui concerne les prestations de la couverture 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 de l'entreprise adhérente, 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 l'entreprise adhérente, 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 2.8
RECOURS CONTRE LE TIERS RESPONSABLE

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, lorsque le participant est victime d'un accident (accident de la circulation, accident domestique, agression, ...), il doit, sous peine de perdre ses droits aux garanties, déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident le nom de l'Institution en tant que tiers payeur.

ARTICLE 2.9
PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Un traitement des données à caractère personnel sera mis en œuvre 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 œuvre du présent contrat. Le fondement légal justifiant le traitement des données est, soit l'intérêt légitime de l'Institution, soit le respect d'une obligation conventionnelle ou réglementaire.

Sont traitées les catégories de données suivantes :

- les coordonnées professionnelles des représentants de l'Entreprise (nom, prénom, numéro de téléphone, e-mails professionnels) ;
- les données d'identification des participants et, s'il y a lieu, des ayants droit et des bénéficiaires (numéro de Sécurité sociale, civilité, nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse postale, numéro de téléphone, e-mail) ;
- les données relatives à leur situation professionnelle ;
- les données relatives aux décomptes des frais médicaux et de soins ;
- dans le respect du secret médical, les données de santé communiquées au Médecin conseil de l'Institution ;
- les données bancaires des participants ;
- le cas échéant, le numéro d'identification de l'espace privé du site internet.

Ces données sont traitées pour les finalités suivantes :

- la gestion de la relation contractuelle et commerciale avec l'Entreprise ;
- 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 éventuelles 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 l'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 échant, à l'encadrer de garanties de sécurité appropriées pour assurer un niveau de protection des données adéquat.

Les 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 œuvre.

Les personnes concernées disposent 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 leurs données.

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

Elles peuvent exercer leurs droits en s'adressant au Délégué à la Protection des données par courrier électronique à l'adresse : dpo.blf@groupagrica.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 2.10
RECLAMATIONS – MEDIATION

En cas de désaccord persistant concernant le contrat et en dehors de toute demande de renseignement ou d'avis, le participant peut adresser une réclamation :

- soit par courrier à l'adresse suivante : CPCEA, Service Réclamations, 21 rue de la Bienfaisance 75382 Paris cedex 08 ;
- soit par courriel sur le site internet d'AGRICA, www.groupagrica.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 :

- le code client de l'entreprise ou du participant ;
- le domaine concerné (prévoyance, santé).

Dès lors, CPCEA lui adresse un accusé de réception dans les 10 jours suivants, puis traite la réclamation dans un délai maximal de 2 mois.

Par suite, un recours peut être présenté par l'entreprise ou le participant 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 2.11
DEGRE ELEVE DE SOLIDARITE

Les salariés en difficulté sociale, professionnelle ou matérielle, peuvent bénéficier de prestations présentant un haut degré de solidarité.

À ce titre, la garantie frais de santé étant maintenue, notamment au titre des droits contributifs, sans contrepartie de cotisation au profit :

- des salariés en arrêt de travail à partir d'une absence d'un mois civil complet et pendant toute la période d'arrêt indemnisée par le régime de base obligatoire ;
- des ayants droit d'un salarié décédé jusqu'à la fin des 3 mois civils suivant la date de décès.

Pour compléter ces actions de solidarité, la Commission Paritaire de suivi pourra décider, chaque année, de mettre en oeuvre une politique d'action sociale et/ou de prévention.

En outre, les salariés (ouvriers et employés) peuvent bénéficier de l'action sociale de l'Institution.

ARTICLE 2.12
FAUSSE DECLARATION

Les déclarations faites tant par l'employeur que par le participant servent de base aux garanties.

L'Institution 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, suivant le cas, la nullité de l'assurance ou la réduction des prestations.

Les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.

ARTICLE 2.13
LUTTE CONTRE LA CORRUPTION

L'entreprise adhérente s'engage tant pour elle-même que pour l'ensemble des personnes sous sa responsabilité ou agissant en son nom et pour son compte, pendant toute la durée d'exécution du contrat, à respecter l'ensemble des lois, réglementations et normes afférentes à la lutte contre la corruption.

L'entreprise adhérente garantit que ni elle ni aucune personne sous sa responsabilité ou agissant en son nom et/ou pour son compte, n'a accordé ni n'accordera d'offre, de rémunération ou de paiement ou avantage d'aucune sorte, constituant ou pouvant constituer un acte ou une tentative de corruption, directement ou indirectement, en vue ou en contrepartie de l'attribution/l'exécution du contrat.

L'entreprise adhérente s'engage à informer immédiatement le Groupe AGRICA de toute mise en examen/enquête/condamnation ou procédure judiciaire engagée par toute autorité publique et relative à une violation des lois et réglementations afférentes à la lutte contre la corruption.

ARTICLE 2.14
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 L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

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

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

L'entreprise adhérente doit informer l'Institution en cas d'évolution de sa structure juridique, en cas de changement de dirigeant ou en cas de survenance de tout autre événement de nature à faire évoluer son identification.

TITRE 3

EXECUTION DU CONTRAT

ARTICLE 3.1
PRESENTATION DU CONTRAT

Le présent contrat assure :

- une couverture de prévoyance complémentaire obligatoire pour tous les salariés appartenant au groupe assuré défini au présent contrat ;
- une couverture complémentaire frais de santé obligatoire pour tous les salariés appartenant au groupe assuré défini au présent contrat.

Ces couvertures sont définies aux titres 4, 5, 6 et 7 du présent contrat.

ARTICLE 3.2
ADHESION DE L'ENTREPRISE

Caractère obligatoire du régime

Afin de satisfaire à leurs obligations conventionnelles résultant de la CCN des entreprises du Paysage du 10 octobre 2008, en matière de prévoyance et santé, toutes les entreprises entrant dans le champ d'application territorial et professionnel de la CCN des entreprises du Paysage peuvent adhérer à CPCEA, organisme recommandé par les partenaires sociaux afin de satisfaire aux obligations conventionnelles résultant du chapitre VII de la CCN des entreprises du Paysage du 10 octobre 2008.

Modalités d'adhésion des entreprises

L'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application de la Convention Collective Nationale des entreprises du Paysage du 10 octobre 2008 peuvent adhérer au présent contrat.

L'adhésion de l'entreprise au présent contrat est formalisée par la signature du Bulletin d'adhésion.

Dès réception du Bulletin d'adhésion, l'Institution procède à l'enregistrement de l'adhésion de l'entreprise et lui confirme la prise en compte de celle-ci par l'envoi d'un certificat de d'adhésion.

ARTICLE 3.3
PRISE D'EFFET, DUREE ET RESILIATION DU CONTRAT

3.3.1 Prise d'effet

Le présent contrat prend effet à compter du 1er jour du mois civil qui suit la réception du bulletin d'adhésion par l'Institution.

3.3.2 Durée

Le présent contrat expire le 31 décembre de l'année en cours et se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er jour de chaque année civile.

3.3.3 Résiliation

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

La résiliation par l'Institution s'effectue par lettre recommandée avec accusé de réception, le cachet de la poste faisant foi du respect du délai de préavis.

La résiliation par l'entreprise adhérente peut être effectuée, à son choix :

- par tout support durable. A cet effet, l'entreprise adhérente peut adresser une lettre « au service résiliation situé au 21 rue de la Bienfaisance, 75382 Paris cedex 08 » ou compléter le formulaire dédié mis à disposition sur son espace client privé et sécurisé sur le site internet www.groupagrica.com,
- ou par déclaration faite au siège social de l'Institution contre remise d'un récépissé,
- ou par acte extrajudiciaire,
- ou lorsque l'Institution propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

Le cachet de la poste, la date d'expédition du recommandé électronique ou la date figurant sur le récépissé actant de la demande de résiliation font foi du respect du préavis de deux mois.

L'Institution confirme par écrit la réception de la demande de résiliation effectuée par l'entreprise adhérente.

Conséquences de la résiliation :

En cas de résiliation du contrat, les engagements réciproques de l'entreprise adhérente et de l'Institution prennent fin à la date d'effet de la résiliation, sauf pour les risques prévoyance pris en charge antérieurement à celle-ci qui continuent à ouvrir droit au versement des prestations.

Dans ces situations, l'Institution maintiendra les prestations en cours de service, et ce, au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation.

En cas de changement d'organisme assureur, l'entreprise, en application de l'article L. 912-3 du Code de la Sécurité sociale, organisera les modalités de la poursuite des revalorisations des prestations en cours de service.

ARTICLE 3.4
COMMUNICATION DES FRAIS DE GESTION

Le ratio S/P et le ratio frais de gestion/cotisations du régime frais de santé sont fixés dans le document « Informations relatives aux complémentaires santé » faisant l'objet d'une annexe au présent contrat.

Conformément à la réglementation en vigueur, les informations sont communiquées avant la souscription du contrat et sont actualisées chaque année.

ARTICLE 3.5
GROUPE ASSURE

Le groupe assuré est constitué par l'ensemble des ouvriers et employés ne relevant pas :

- de l'accord national du régime collectif conventionnel de prévoyance, frais de santé et retraite supplémentaire des salariés cadres et TAM du secteur du paysage du 15 juin 2012,
- des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres et n'ayant pas été assimilés à la catégorie des cadres par la commission, paritaire rattachée à l'APEC.

Doit être affilié au contrat l'ensemble des salariés constituant le groupe assuré.

Dès l'entrée dans le groupe assuré, le salarié est dénommé « participant ».

L'ouverture du droit aux prestations s'effectue selon les conditions d'ancienneté prévues pour chaque garantie.

ARTICLE 3.6
AFFILIATION ET ADMISSION DANS L'ASSURANCE

Doit être obligatoirement affilié au présent contrat, l'ensemble des salariés présents et futurs constituant le groupe assuré.

3.6.1 PRINCIPES

Entreprises de la métropole

Le salarié est affilié au contrat via la DSN (Déclaration Sociale Nominative).

L'affiliation du participant prend effet :

- à la date de prise d'effet du présent contrat lorsqu'il est inscrit sur le registre du personnel et qu'il fait partie du groupe assuré ;
- à compter de sa date d'entrée dans l'entreprise lorsqu'il est engagé ou promu postérieurement à la date de prise d'effet du contrat et qu'il entre dans le groupe assuré.

Le participant ouvre droit aux garanties du contrat dès sa date d'affiliation.

L'affiliation et l'admission dans l'assurance des ayants droit prennent effet :

- à la date de prise d'effet de l'affiliation du participant ;
- à la date de survenance de l'évènement engendrant une modification de la situation familiale du participant, dûment déclaré à l'Institution dans le délai de 30 jours suivant l'évènement.

Entreprises des DROM

L'entreprise adhérente doit formaliser l'affiliation du salarié par l'envoi à l'Institution d'un bulletin d'affiliation cosigné par l'entreprise et l'intéressé.

Le défaut de signature du bulletin d'affiliation par le salarié ne remet pas en cause l'affiliation de ce dernier. Dans cette situation, l'entreprise adhérente doit néanmoins adresser ledit bulletin à l'Institution.

En complément du bulletin d'affiliation, les pièces suivantes doivent être fournies :

- une photocopie de l'attestation papier accompagnant la carte vitale de la personne assurée (celle du participant ainsi que celle de ses ayants droit s'ils ne sont pas mentionnés sur l'attestation du participant) ;

- une photocopie du livret de famille ;

- un certificat de scolarité, un certificat d'apprentissage, une attestation de chômeur non indemnisé, une photocopie de la carte d'invalidité pour les enfants à charge, tels que définis au Titre « Définitions des ayants droit » des présentes Conditions générales ;

- un relevé d'identité bancaire (pour le règlement des prestations).

L'affiliation du participant prend effet :

- à la date de réception du bulletin d'affiliation par l'Institution, lorsque l'affiliation du salarié est concomitante à l'adhésion de l'entreprise au présent contrat ;

- à compter de la date d'embauche du salarié, lorsque celui ci est engagé postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise au présent contrat.

Les garanties du présent contrat prennent effet selon les conditions propres à chaque garantie.

3.6.2 Règles spécifiques pour la garantie frais de santé

Par dérogation au principe d'affiliation obligatoire, et sans préjudice des cas de dispense d'ordre public prévus par les textes législatifs et réglementaires en vigueur, les participants se trouvant dans l'une des situations précisées ci-dessous, pourront se dispenser d'affiliation :

- **les participants bénéficiant de la Complémentaire Santé Solidaire ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L.863-1 du Code de la Sécurité sociale.** La dispense ne peut jouer que jusqu'à la fin de cette couverture ou de cette aide.
- **les participants déjà couverts par ailleurs** :

en qualité d'ayant droit : cette dispense d'affiliation prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit ;
par l'exercice d'une autre activité exercée simultanément chez plusieurs employeurs ne relevant pas tous du champ d'application de la CCN des entreprises du Paysage.

- **le participant exerçant une activité à temps partiel, ou en contrat d'apprentissage, dès lors que sa part de la cotisation frais de santé est égale ou supérieure à 10 % de sa rémunération brute.**
- **les participants couverts par la garantie Frais de santé des entreprises du Paysage à titre d'ayant droit** (en tant que conjoint travaillant dans la même entreprise qu'un salarié déjà affilié).

Dans tous les cas, préalablement à la demande de dispense, l'employeur doit informer son salarié des conséquences de son choix d'être dispensé. Dès lors, l'employeur doit indiquer au salarié qu'il n'est pas redevable de la cotisation santé et qu'il ne bénéficiera pas des prestations ni du droit à portabilité. Le salarié doit indiquer dans sa demande de dispense qu'il reconnaît avoir été informé en bonne et due forme.

Chaque année, le participant devra produire à l'entreprise adhérente les justificatifs permettant de vérifier que les conditions requises pour bénéficier de la dispense d'affiliation sont remplies. Lorsque la dispense prend fin ou n'est pas renouvelée, l'entreprise adhérente doit en informer l'Institution dans les plus brefs délais.

3.6.3 DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Suspension du contrat de travail indemnisée

Les garanties de prévoyance et de frais de santé, lorsqu'elles ont été souscrites par l'entreprise, sont maintenues, pendant la période de suspension du contrat de travail, lorsque :

- le participant est indemnisé au titre de l'incapacité temporaire et permanente de travail pour cause de maladie, accident de la vie privée, maternité, accident du travail ou maladie professionnelle pris en charge par le régime de base des assurances sociales. Dans cette situation, l'entreprise adhérente et le participant sont exonérés du versement des cotisations prévoyance et frais de santé dans les conditions définies à l'article « Exonération des cotisations » des présentes Conditions générales.

- le participant bénéficie d'un revenu de remplacement versé par l'entreprise adhérente, notamment : en cas d'activité partielle, d'activité partielle longue durée ou encas de congé de reclassement ou de congé de mobilité. Dans cette situation, le versement des cotisations prévoyance et frais de santé doit être effectué par l'entreprise adhérente et le participant pendant toute la période suspension du contrat de travail indemnisée, dans les conditions définies au présent contrat.

Suspension du contrat de travail pour une autre cause

En cas de suspension du contrat de travail prévu par le Code du travail ou par la convention collective (congé sans solde, congé parental, congé pour création d'entreprise…), le participant peut demander le maintien de la garantie frais de santé moyennant le versement complet de la cotisation correspondante (parts patronale et salariale) calculée sur la somme des rémunérations brutes ayant donné lieu à cotisations au cours des 4 derniers trimestres civils précédant la suspension du contrat de travail.

Dès réception de la lettre recommandée du participant annonçant à l'entreprise sa volonté d'exercer son droit à congé, celle-ci doit en informer la caisse de la Mutualité Sociale Agricole ou CCMO Mutuelle le cas échéant, en communiquant les nom, prénom(s), n° de Sécurité sociale, la date et le motif de la suspension du contrat de travail de l'intéressé. Dès réception de ces informations, la caisse de la Mutualité Sociale Agricole ou CCMO Mutuelle informe le participant de la possibilité de maintenir sa couverture frais de santé.

En l'absence de demande de maintien de la garantie frais de santé par le participant, celle-ci cesse le dernier jour du mois pour lequel la cotisation a été versée.

À défaut d'information de la caisse de la Mutualité Sociale Agricole ou de CCMO Mutuelle par l'entreprise adhérente concernant le participant en situation de suspension de

contrat de travail, le versement de prestations complémentaires santé par la caisse de la Mutualité Sociale Agricole durant cette période impliquera le paiement intégral des cotisations correspondantes par l'entreprise adhérente.

3.6.4 CESSATION DE L'AFFILIATION

- **Du participant**

Sans préjudice du droit à portabilité, l'affiliation du participant au contrat cesse :

- à la date à laquelle le participant cesse d'appartenir au groupe assuré ;

- à la date de la rupture du contrat de travail, quel qu'en soit le motif, étant précisé qu'en cas de cumul Emploi-Retraite, il s'agit de la date de rupture du contrat de travail au titre de l'activité cumulée avec sa retraite.

- **Des ayants droit**

Outre les cas de dénonciation prévus au présent contrat, l'affiliation des ayants droit (obligatoire ou facultative) prend fin :

- à la date de cessation de l'affiliation du participant ;

- lorsqu'ils perdent la qualité d'ayants droit au sens du présent contrat.

3.6.5 CESSATION DU DROIT AUX GARANTIES

Sans préjudice du droit à portabilité, pour chaque participant, les garanties de prévoyance prennent fin à la date de cessation de leur affiliation dans les conditions du paragraphe ci-dessus, à l'exception :

- du maintien du versement, au niveau atteint, des prestations incapacité temporaire ou incapacité permanente en cours de service ;
- du maintien du droit à la garantie décès aux bénéficiaires des prestations incapacité temporaire ou incapacité permanente et ce, durant toute la période de versement de celles-ci.

En tout état de cause, elles cessent, excepté pour les participants bénéficiant des dispositions légales applicables en matière de cumul Emploi/Retraite, à la date de liquidation de la pension de vieillesse du régime de base de Sécurité sociale, y compris pour inaptitude au travail.

La cessation du droit aux garanties s'opère toujours de plein droit.

Les garanties frais de santé cessent :

- à la fin du mois au cours duquel intervient la cessation de l'affiliation du participant et/ou de ses ayants droit dans les conditions prévues à l'article précédent ;
- à la résiliation du présent contrat par l'entreprise adhérente ou par l'Institution.

ARTICLE 3.7
REVISION DU CONTRAT

Les montants de cotisations définis dans le présent contrat ont été établis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de leur prise d'effet. L'engagement de l'Institution est acquis pour autant que ce cadre perdure.

Les taux de cotisations et le niveau des garanties sont déterminés par les partenaires sociaux de la Convention Collective Nationale des entreprises du Paysage du 10 octobre 2008 et ses avenants.

Toute modification décidée par les partenaires sociaux sera automatiquement répercutée sur les dispositions du présent contrat. Une information sera alors réalisée auprès de chaque entreprise par l'Institution.

ARTICLE 3.8
RESTITUTION DE L'INDU

Conformément aux articles 1302 et 1302-1 du Code civil, toute prestation indûment versée fera l'objet d'une demande de restitution par l'Institution.

ARTICLE 3.9
COTISATIONS

3.9.1 TAUX ET MONTANT DES COTISATIONS

Les taux des cotisations sont fixés au barème des cotisations.

Les taux et montant des cotisations finançant les garanties du présent contrat, ainsi que leur répartition entre l'entreprise adhérente et le participant, **sont déterminés par les partenaires sociaux de la Convention Collective Nationale des entreprises du Paysage et ses avenants.**

Ils sont communiqués, chaque année, par l'Institution à l'entreprise adhérente.

Les cotisations de prévoyance sont calculées en pourcentage de salaire. Elles sont dues dès l'affiliation du participant.

La cotisation frais de santé est exprimée en pourcentage du PMSS. La cotisation est due dès l'affiliation du participant.

3.9.2 ASSIETTE DE COTISATIONS

Les cotisations appelées **en pourcentage de salaire** sont calculées sur la base des rémunérations brutes entrant dans l'assiette des cotisations de Sécurité sociale, telle que définie à l'article L. 741-10 du Code rural et de la pêche maritime ainsi que, le cas échéant, sur le revenu de remplacement versé et déclaré par l'entreprise adhérente, notamment dans le cadre de l'activité partielle, de l'activité partielle de longue durée, du congé de reclassement ou du congé de mobilité.

3.9.3 DISPOSITIONS SPECIFIQUES A LA GARANTIE SANTE

La cotisation frais de santé est due dans son intégralité pour tout mois commencé, notamment en cas d'entrée du participant dans le groupe assuré, de suspension du contrat de travail ou de rupture de contrat de travail en cours de mois.

3.9.4 MODALITES DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Chaque mois, l'entreprise doit procéder à la Déclaration Sociale Nominative (DSN) qui donnera lieu, le cas échéant après traitement par l'Institution et à la caisse de Mutualité Sociale Agricole, à une régularisation annuelle des cotisations au cours du 1er trimestre de l'année N+1.

Les cotisations sont exigibles dès la date maximale de dépôt de la DSN, en fonction du choix de l'entreprise, à savoir soit le 1er jour du mois suivant le mois civil auquel elles se rapportent, soit le 1er jour du trimestre suivant le trimestre civil auquel elles se rapportent.

Le versement des cotisations à l'Institution et à la caisse de Mutualité Sociale Agricole est de la seule responsabilité des entreprises adhérentes, et doit être effectué au plus tard dans les 15 jours qui suivent le mois ou le trimestre auxquels elles se rapportent, dès lors que l'entreprise adhérente est entrée dans le dispositif DSN complet.

3.9.5 DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

S'agissant des garanties facultatives, ces mêmes dispositions s'appliquent en cas de défaut de paiement des cotisations par le participant. La mise en demeure lui est alors adressée personnellement.

Sous réserve du cas de maintien des garanties à titre individuel prévu au présent contrat, le versement des cotisations est de la seule responsabilité de l'entreprise adhérente, même si une fraction de celles-ci est à la charge effective des participants.

En cas de non-paiement des cotisations dans le délai imparti, il sera fait application de majorations de retard selon les mêmes modalités que celles applicables aux cotisations d'assurances sociales.

Si la procédure précontentieuse demeure infructueuse, une procédure contentieuse sera diligentée.

3.9.6 EXONERATION DES COTISATIONS

Les cotisations sont dues jusqu'à la date de la cessation d'affiliation du participant.

Toutefois, le participant ainsi que l'entreprise adhérente sont exonérés du versement des cotisations prévoyance et frais de santé pour tout mois civil entier d'arrêt de travail et durant toute la période donnant lieu au service par l'Institution de prestations d'incapacité temporaire ou permanente, au titre du présent contrat.

ARTICLE 3.10
OBLIGATIONS DE L'INSTITUTION

En application de la Directive sur la distribution d'assurances et de son ordonnance de transposition du 16 mai 2018, préalablement à l'adhésion de l'entreprise, l'Institution lui transmet :

- l'IPID (document d'information précontractuelle sur le produit d'assurance) : document d'information présentant les caractéristiques essentielles du contrat, notamment le(s) risque(s) couvert(s), les exclusions de garanties, les obligations de l'entreprise adhérente, les modalités de résiliation, la territorialité des garanties (...) ;

- les informations d'ordre général concernant l'Institution de prévoyance afin d'assurer une meilleure transparence vis à vis de l'entreprise adhérente. Ces informations portent notamment sur l'identité de l'Institution, l'adresse du siège social, la qualité d'institution de prévoyance, les procédures de réclamation-médiation, la nature de la rémunération perçue par le personnel distributeur au titre de la distribution du contrat. L'Institution informe l'entreprise adhérente en cas d'évolution des informations relatives à la rémunération ainsi qu'en cas de paiements postérieurs autres que les cotisations en cours et les versements prévus.

- la fiche conseil exprimant le besoin de l'entreprise adhérente, et les arguments justifiant l'adéquation entre les besoins et les garanties proposées.

L'Institution s'engage à établir une Notice d'information qui définit les modalités du contrat et les modalités d'entrée en vigueur des garanties ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

L'Institution communique, à l'issue de chaque exercice comptable, un rapport de gestion sur les comptes du contrat à l'entreprise adhérente.

ARTICLE 3.11
OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHERENTE

3.11.1 A l'égard du participant

L'entreprise adhérente doit, conformément aux dispositions de l'article L. 932-6 du Code de la Sécurité sociale :

- remettre à chaque participant la Notice d'information établie par l'Institution et prévue à l'article précédent ;
- avertir par écrit les participants des modifications apportées à leurs droits et obligations suite à une révision du contrat ;
- informer les participants lorsqu'ils sortent du groupe assuré des conditions dans lesquelles ils peuvent bénéficier de la portabilité des droits.

La preuve de la remise au participant de la Notice d'information et de toutes modifications contractuelles incombe à l'entreprise adhérente.

3.11.2 A l'égard de l'Institution

L'entreprise adhérente s'oblige :

- à affilier l'ensemble des participants appartenant au groupe assuré ;
- à transmettre les informations nécessaires à la détermination des cotisations ;
- à fournir les éléments nécessaires à la gestion du présent contrat, notamment la liste des entrées et des sorties des participants, les modifications de situation familiale, la souscription ou résiliation de garanties optionnelles ou d'extension de la garantie frais de santé au bénéfice des ayants droit ;
- à verser les cotisations selon les modalités définies ci-après ;
- à répondre aux questions de l'Institution, de la CCMO Mutuelle (pour les DROM) ou de la caisse de Mutualité Sociale Agricole relatives à l'application du contrat.

Le défaut de production des déclarations demandées par l'Institution est régi par les dispositions légales et réglementaires en vigueur.

L'entreprise adhérente doit respecter le dispositif légal relatif à la Déclaration Sociale Nominative (DSN). Pour la gestion du présent contrat, l'entreprise adhérente s'engage, notamment, à compléter la dite déclaration des données de paramétrage transmises par l'Institution.

ARTICLE 3.12
OBLIGATIONS DU PARTICIPANT

Chaque participant s'oblige :

- à accepter le précompte des cotisations ;
- à fournir à l'Institution, à la CCMO Mutuelle ou à la caisse de Mutualité Sociale Agricole les renseignements nécessaires à l'établissement de ses droits et obligations, soit par l'intermédiaire de l'entreprise adhérente, soit directement en cas de maintien des garanties dans les conditions prévues à l'article « Maintien des garanties sous forme de contrat individuel » des présentes Conditions générales ;
- à retourner tous justificatifs demandés par l'Institution, la CCMO Mutuelle ou la Caisse de Mutualité Sociales Agricole afin de vérifier la persistance des droits.

TITRE 4

GARANTIE MAINTIEN DE SALAIRE

Selon les dispositions des articles L. 1226-1, D. 1226-1 à 8 du Code du travail, tout salarié ayant une année d'ancienneté dans l'entreprise bénéficie, en cas d'absence au travail justifiée par l'incapacité résultant de maladie ou d'accident constaté par certificat médical et contre-visite s'il y a lieu, d'une indemnité complémentaire à l'allocation journalière versée par le régime de base de Sécurité sociale, à condition d'avoir justifié dans les 48 heures de cette incapacité et d'être pris en charge par le régime de base.

Afin de permettre aux entreprises de faire face à leur obligation légale de maintien de salaire précitée, la présente prestation est fixée à un pourcentage (figurant au tableau ci-après) du salaire de référence et intervient dans les conditions suivantes :

- à compter du 1er jour d'arrêt de travail, si celui-ci est consécutif à un accident du travail ou à une maladie professionnelle ;
- à compter du 8ème jour d'arrêt de travail en cas de maladie ou d'accident de la vie privée.

Le salaire de référence pris en compte pour le calcul de la prestation est celui retenu pour le calcul des indemnités journalières légales versées par le régime de base de Sécurité sociale.

Les indemnités journalières complémentaires sont servies nettes de cotisations salariales, de CSG et de CRDS, dans la limite de la rémunération nette d'activité.

La garantie maintien de salaire est complétée par l'assurance des charges sociales patronales dues sur les indemnités journalières complémentaires versées au titre de la présente garantie (financée intégralement par l'employeur).

La contribution patronale qui finance le maintien de salaire n'a pas pour objet de conférer au salarié un avantage supplémentaire et ne constitue donc pas une contribution de l'employeur au financement d'un dispositif de prévoyance instituant des garanties complémentaires au profit des salariés.

Ancienneté			Indemnisation par période de 12 mois	
	Point de départ		**Durée en jours calendaires**	
	Maladie professionnelle Accident du travail	Maladie vie privée Accident vie privée	1ERE PERIODE à **90%** du salaire brut*	2EME PERIODE à **66,66%** du salaire brut*
De 1 an à 5 ans inclus	1er jour	8ème jour	30 jours	30 jours
De 6 à 10 ans inclus	1er jour	8ème jour	40 jours	40 jours
De 11 à 15 ans inclus	1er jour	8ème jour	50 jours	50 jours
De 16 à 20 ans inclus	1er jour	8ème jour	60 jours	60 jours
De 21 à 25 ans inclus	1er jour	8ème jour	70 jours	70 jours
De 26 à 30 ans inclus	1er jour	8ème jour	80 jours	80 jours
31 ans et plus	1er jour	8ème jour	90 jours	90 jours
**Sous déduction des indemnités journalières du régime de base de Sécurité sociale*				

TITRE 5

COUVERTURE DE PREVOYANCE INCAPACITE DE TRAVAIL

ARTICLE 5.1
DISPOSITIONS COMMUNES

5.1.1 Contrôle de l'Institution

Contrôle médical

Les prestations susceptibles d'être servies par l'Institution au titre de la garantie incapacité de travail peuvent être suspendues ou supprimées suite à un contrôle médical exercé par le médecin conseil mandaté par l'Institution.

Le médecin conseil mandaté par l'Institution pourra diligenter un contrôle médical auprès du participant ayant fait une demande d'indemnisation au titre de l'incapacité temporaire ou permanente, et ce, afin qu'il puisse constater son état d'incapacité de travail.

Dans le cadre de ce contrôle médical, le médecin conseil mandaté par l'Institution demandera au participant de faire établir par son médecin traitant un certificat médical, lequel sera envoyé sous pli confidentiel à l'adresse du médecin dûment mandaté par l'Institution. Au vu de ce certificat médical, le médecin conseil mandaté par l'Institution pourra demander des pièces ou des examens médicaux complémentaires auprès du participant.

En cas de contestation par le participant, une procédure d'expertise médicale amiable peut être initiée entre le médecin choisi par ce dernier et le médecin désigné par l'Institution.

En cas de désaccord entre le médecin du participant et celui de l'Institution, ceux-ci désignent, d'un commun accord, un troisième médecin expert.

Les frais relatifs à l'arbitrage opéré par le troisième médecin expert sont supportés par moitié par chacune des parties.

L'avis du médecin expert s'impose de plein droit à l'Institution comme au participant.

Les conclusions du contrôle médical peuvent conduire l'Institution à cesser le versement des prestations sans que le participant puisse se prévaloir de la poursuite de l'indemnisation par le régime de base.

De plus, le refus de satisfaire aux contrôles médicaux, l'utilisation de documents inexacts ainsi que les fausses déclarations ayant pour objet d'induire l'Institution en erreur sur les effets et les suites de la maladie ou de l'accident entraînent la perte de tout droit aux prestations de l'Institution.

Contrôle de la persistance des droits

L'Institution pourra demander au participant tout justificatif qui lui semblerait nécessaire afin de vérifier que le montant de l'indemnisation ne dépasse pas les limites de cumul des prestations définies à l'article suivant.

Le défaut de production de justificatif, peut entrainer la suspension ou l'interruption du versement des prestations par l'Institution.

5.1.2 Cumul des prestations

Les prestations d'incapacité temporaire et permanente de travail sont servies en complément de celles attribuées par l'assurance maladie, invalidité ou par l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

Le total des sommes versée au titre :

- des prestations nettes du régime de base,
- des fractions de salaire net maintenues par l'employeur,
- de tous autres revenus nets liés à une activité professionnelle,
- des pensions nettes de toutes natures versées au titre d'un régime collectif,
- de tous revenus nets de remplacement,
- et de la présente garantie,

ne peut avoir pour effet de porter le total des indemnités à une somme supérieure au salaire net d'activité perçu avant l'incapacité de travail.

Si, après la liquidation par l'Institution d'une prestation au titre de la garantie incapacité de travail (indemnités journalières, pension d'invalidité, rente accident du travail), le participant venait à poursuivre ou reprendre une activité professionnelle et à bénéficier à ce titre, pour un taux d'activité identique, d'une augmentation de salaire, l'Institution n'en tiendra pas compte pour l'application de sa règle de cumul.

Dans l'hypothèse de la réduction du montant des indemnités servies au participant par le régime de base dans le cadre du dispositif de pénalités financières en cas d'inobservation des règle du Code de la Sécurité sociale, le montant des prestations allouées par l'Institution diminuera dans les mêmes proportions.

La majoration pour tierce personne versée par le régime de base au participant bénéficiaire d'une pension d'invalidité catégorie 3 ou d'une rente accident du travail ou maladie professionnelle n'est pas prise en compte pour l'application de la règle de cumul visées ci-dessus.

5.1.3 Revalorisation des prestations

A la fin de chaque année civile, la revalorisation des prestations incapacité de travail est examinée par le Conseil d'administration de l'Institution lequel fixe, pour chaque exercice, le coefficient servant à la revalorisation des prestations en cours de service.

5.1.4 Maintien des prestations

En cas de résiliation du contrat ou de rupture du contrat de travail intervenant avant la fin de la période d'indemnisation du participant par le régime de base, le versement des prestations complémentaires est maintenu jusqu'à la fin de l'indemnisation par ce régime.

5.1.5 Exclusions de garanties

Sont garantis par l'Institution, au titre du présent contrat, tous les risques d'incapacité de travail, à l'exclusion de ceux résultant :

- **de la guerre,**
- **de maladies ou accidents qui sont le fait volontaire du participant, à l'exception de la tentative de suicide.**

ARTICLE 5.2
INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

5.2.1 Les prestations

En cas d'incapacité temporaire de travail, les prestations susceptibles d'être versées par l'Institution sont des indemnités journalières complémentaires à celles versées au titre de l'assurance maladie ou de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles par le régime de base.

Pour bénéficier des indemnités journalières complémentaires, le participant doit :

- percevoir des indemnités journalières du régime de base,

être affilié au contrat et **avoir cotisé au contrat pendant toute la durée du délai de franchise,** décompté à partir de la date à laquelle l'interruption totale de travail initiale est survenue.

5.2.2 Conditions de l'indemnisation

Le versement de l'indemnité journalière complémentaire intervient à condition que le participant perçoive des indemnités journalières par le régime de base.

En cas d'accident du travail, de trajet et de maladie professionnelle, le bénéfice de la garantie incapacité temporaire de travail est accordée **sans condition d'ancienneté**.

En cas de maladie et d'accident de la vie privée, le bénéfice de cette même garantie est accordé, sous réserve de justifier de **12 mois d'ancienneté continus ou non** dans l'entreprise.

5.2.3 Modalités de l'indemnisation

Le versement de l'indemnité journalière complémentaire intervient pour chaque arrêt de travail :

- à compter du 1er jour d'arrêt de travail, si celui-ci est consécutif à un accident du travail, de trajet ou à une maladie professionnelle ;

- à compter du 8ème jour d'arrêt de travail, s'il est consécutif à une maladie ou un accident de la vie privée.

5.2.4 Montant de l'indemnisation

L'indemnisation globale (indemnités journalières versées par le régime de base ainsi que les indemnités complémentaires CPCEA) est fixée à :

- **100%** du salaire net pendant 90 jours puis,
- **80%** du salaire net, tant que dure le versement des indemnités journalières du régime de base.

Le salaire net retenu correspond au salaire net perçu se rapportant à la période de référence retenue par le régime de base pour le calcul de ses propres indemnités journalières, augmenté des rémunérations autres que le salaire mensuel (telles que, le cas échéant, le revenu de remplacement versé par l'entreprise adhérente, notamment en cas d'activité partielle, d'activité partielle de longue durée, de congé de reclassement ou de congé de mobilité) . Le salaire net s'entend du salaire brut déduction faite des cotisations et contributions sociales légales et conventionnelles.

En cas de réduction ou de suspension des prestations en espèces du régime de base, les indemnités journalières complémentaires versées par l'Institution sont également réduites ou suspendues dans les mêmes conditions et proportions que celles du régime de base.

5.2.5 Règlement des indemnités journalières complémentaires

Dès qu'elle en a connaissance, l'entreprise adhérente doit déclarer l'arrêt de travail du Participant à l'Institution, via son espace adhérent, ou le cas échéant auprès du délégataire de gestion. Dans ce cadre, il est demandé à l'entreprise adhérente :

- de renseigner les salaires en fonction de la période retenue pour la détermination du salaire de base servant au calcul des prestations prévues au contrat ;
- de fournir au minimum les décomptes des 30 premiers jours indemnisés par le régime de base ;
- d'informer par la suite l'Institution, ou le cas échéant le délégataire de gestion, de tout changement de situation (mi-temps thérapeutique en communiquant le taux de reprise, reprise d'activité...).

L'Institution ou le cas échant le délégataire de gestion se réserve le droit de demander tout document justificatif complémentaire jugé nécessaire à la constitution ou au suivi du dossier en vue du règlement de la prestation

Pour les participants de la métropole, l'indemnité journalière complémentaire est réglée par la caisse de la Mutualité Sociale Agricole conjointement et selon la même périodicité que les indemnités journalières de base.

Pour les participants des DROM, l'indemnité journalière complémentaire est réglée directement par CCMO Mutuelle, dès réception des justificatifs du régime de base. Elle est versée directement au participant ou à l'entreprise adhérente lorsque celle-ci est subrogée dans les droits de l'intéressé.

5.2.6 Cotisations sur indemnités journalières

La garantie incapacité temporaire de travail est complétée par une assurance des charges patronales financée par une cotisation à la charge de l'entreprise.

Cette assurance prévoit le versement d'indemnités correspondant aux charges sociales patronales dues sur les indemnités journalières complémentaires versées en cas d'incapacité temporaire de travail d'un salarié.

Les charges sociales dues sur les indemnités journalières complémentaires sont payées à la Caisse de Mutualité Sociale Agricole (le cas échéant) par CPCEA.

Dans tous les cas, les indemnités journalières sont servies nettes de cotisations salariales, de CSG et de CRDS.

5.2.7 Durée de l'indemnisation

Le service de l'indemnité journalière de l'Institution est ouvert lorsque l'incapacité temporaire donne lieu au versement d'indemnités journalières par le régime de base.

Ce versement cesse définitivement :

- à la date de cessation du versement des indemnités journalières par le régime de base ;
- à la date de reconnaissance par le régime de base d'un état d'incapacité permanente ;
- à la date d'attribution de la pension vieillesse du régime de base étant précisé que pour les participants bénéficiaires du cumul Emploi-Retraite, le service des indemnités journalières attribuées au titre de sa reprise d'activité, cesse à la rupture du contrat de travail.

ARTICLE 5.3
INCAPACITE PERMANENTE DE TRAVAIL

5.3.1 Les Prestations

En cas d'incapacité permanente de travail, les prestations susceptibles d'être versées par l'Institution sont :

- une pension mensuelle complémentaire en cas d'attribution par le régime de base d'une pension dans le cadre de l'assurance invalidité ;
- une rente mensuelle complémentaire en cas d'attribution par le régime de base d'une rente d'incapacité permanente dans le cadre de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

5.3.2 Conditions de l'indemnisation

Le droit à la pension d'invalidité complémentaire est ouvert **aux salariés justifiant d'une ancienneté continue ou non de 12 mois** dans l'entreprise qui seraient reconnus invalides sans indemnisation préalable au titre de la garantie incapacité temporaire.

Toutefois, les salariés précédemment indemnisés au titre de la garantie incapacité temporaire bénéficient de la prestation sans condition d'ancienneté.

L'attribution de la pension complémentaire est conditionnée au versement par le régime de base d'une **pension d'invalidité catégorie 2 ou 3** ou d'une r**ente accident du travail ou maladie professionnelle** pour incapacité professionnelle correspondant à un **taux égal ou supérieur à 66,66 %.**

5.3.3 Modalités de l'indemnisation

- Si le participant perçoit de la part du régime de base une pension **catégorie 2 ou 3**, il bénéficie d'une pension mensuelle complémentaire lui garantissant :
  - 1/12ème de **80%** du salarie net défini ci-dessous, sous déduction des prestations servies par le régime de base de la Sécurité sociale.

En cas d'attribution par le régime de base d'une rente dans le cadre de l'assurance des accidents du travail et maladies professionnelles :

- Si le participant perçoit une rente correspondant à un **taux d'incapacité supérieur ou égal à 66,66%**, il bénéficie d'une pension mensuelle complémentaire lui garantissant :
  - 1/12ème de **80%** du salaire net défini ci-dessous, sous déduction des prestations servies par le régime de base de la Sécurité sociale.

Le salaire net retenu pour calculer le montant de la pension complémentaire correspond au 12ème des salaires nets perçus au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail pour maladie ou accident, augmenté, le cas échéant, du revenu

de remplacement versé par l'entreprise adhérente, notamment en cas d'activité partielle, d'activité partielle de longue durée, de congé de reclassement ou de congé de mobilité .

Le salaire net s'entend du salaire brut déduction faite des cotisations et contributions sociales légales et conventionnelles.

5.3.4 Règlement de la pension

Dès qu'il a connaissance de sa mise en incapacité permanente de travail par le régime de base, le participant doit la déclarer via son espace client. Dans ce cadre, il lui sera demandé de joindre :

- la notification d'attribution de pension délivrée par le régime de base indiquant le montant brut et net versé ;
- un relevé d'identité bancaire (RIB) au nom du participant ;
- un document d'identité du Participant en cours de validité (carte d'identité, passeport) ;
- les bulletins de salaire en cas d'activité rémunérée ;
- le certificat de travail en cas de licenciement ;
- la notification d'attribution de l'aide au retour à l'emploi et les avis de versement de France travail indiquant le montant brut et net ;
- les avis d'imposition N-2 et N-3.

L'Institution se réserve le droit de demander tout document justificatif complémentaire qu'elle jugera nécessaire à la constitution ou au suivi du dossier en vue du règlement de la prestation.

La pension nette de CSG et CRDS et de toute autre taxe est payable mensuellement à terme échu par l'Institution, sous réserve que le participant présente à l'Institution les justificatifs nécessaires au règlement du dossier, notamment la notification du régime de base, pendant toute la durée de l'incapacité permanente de travail.

La pension est versée directement au participant par l'Institution.

La pension mensuelle peut être réduite, suspendue ou supprimée en cas de réduction du degré d'incapacité du participant, ainsi que s'il reprend une activité professionnelle en application des dispositions relatives au cumul des prestations.

5.3.5 Durée de l'indemnisation

Le service de la pension complémentaire d'incapacité permanente est ouvert tant que la pension d'invalidité ou la rente accident du travail ou maladies professionnelles est servie au participant par le régime de base.

Le versement cesse définitivement :

- à la date d'attribution au participant de sa pension vieillesse par le régime de base ;
- au décès du participant s'il intervient avant la liquidation de sa pension de vieillesse.

TITRE 6

COUVERTURE DE PREVOYANCE DECES

ARTICLE 6.1
CAPITAL DECES

Il est prévu, en cas de décès, une garantie comprenant le versement d'un capital décès, d'une rente éducation et d'une indemnité frais d'obsèques.

Le versement de la garantie décès n'est assorti d'**aucune condition d'ancienneté**, excepté pour la rente éducation dont 12 mois d'ancienneté continus ou non dans l'entreprise sont requis.

6.1.1 Montant du capital décès de base

En cas de décès d'un participant, il est versé aux bénéficiaires un capital de base égal à **120%** du salaire annuel de base tel que défini au titre « Définitions » des présentes Conditions générales.

6.1.2 Montant des majorations familiales

Le capital décès de base est majoré en fonction de la situation familiale du participant au moment du décès de :

- **+25%** du salaire annuel de base tel que défini au titre "Définitions" des présentes Conditions générales, **lorsque le participant laisse un enfant à charge** ;

6.1.3 Bénéficiaires

Les prestations décès sont attribuées dans les conditions suivantes :

Capital de base

Le capital est versé comme suit :

- **en présence d'un conjoint et/ou descendants survivants, ci-après désignés « bénéficiaires prioritaires » :**

- en totalité au conjoint survivant non séparé de corps, si le salarié n'a pas notifié de répartition à l'Institution entre les bénéficiaires prioritaires ;

- entre le conjoint qui ne peut se voir attribuer moins de 50% du capital, et les descendants, si le salarié a notifié à l'Institution une répartition entre ces derniers.

Le co-contractant d'un PACS est assimilé au conjoint non séparé de corps. En l'absence de conjoint survivant non séparé de corps, le capital décès est versé aux descendants.

- **en cas d'absence de bénéficiaires prioritaires, le capital décès est attribué dans l'ordre suivant :**

- aux bénéficiaires (personnes physiques) désignés par le participant ;

-au concubin, tel que défini au titre 8 ;

- aux héritiers.

La désignation peut :

- se faire en remplissant le bulletin de désignation prévu à cet effet ;

- ou faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

Afin d'éviter tout risque d'homonymie et pour faciliter la recherche du (des) bénéficiaire(s) désigné(s), le participant doit indiquer, pour chaque bénéficiaire, toutes précisions permettant son identification exacte, notamment ses nom, prénoms, date et lieu de naissance.

Toute désignation ou changement de désignation non portés à la connaissance de l'Institution lui est inopposable.

Si plusieurs personnes sont désignées, le capital de base est attribué par parts égales entre elles sauf si une autre répartition a été indiquée à l'Institution par le participant.

Si une des personnes désignées est décédée au jour du versement du capital de base, sa fraction de capital est répartie par parts égales entre les bénéficiaires restants.

Dans ce cas, le participant a également la possibilité de prévoir que la fraction du capital en principe due au bénéficiaire prédécédé, sera versée aux héritiers de ce dernier ou à un représentant qu'il aura nommément désigné.

Majorations familiales

Les majorations familiales sont versées dans tous les cas aux seules personnes qui les ont générées.

En tout état de cause, la somme des majorations générées par les enfants à charge du participant, est répartie par parts égales entre eux, étant précisé que les enfants à charge du participant doivent être reconnus comme tels au jour de son décès.

6.1.4 Invalidité absolue et définitive

Est assimilée au décès, l'invalidité absolue et définitive interdisant au participant toute activité rémunérée et lui permettant de bénéficier de l'assistance d'une tierce personne au sens de l'assurance invalidité ou de l'assurance accident du travail et maladie professionnelle du régime de base.

L'invalidité absolue et définitive ouvre droit :

- dès la constatation médicale fournie à l'Institution par le participant ;
- pour autant que cet état persiste ;
- et à condition que l'intéressé ne puisse pas prétendre à une retraite de base à taux plein notamment au titre de l'inaptitude au travail,

au paiement par anticipation entre les mains de l'invalide ou de son représentant légal du capital décès de base (tel que défini ci-dessus) et de l'éventuelle majoration pour décès accidentel.

S'agissant des majorations familiales, rentes éducation et/ou de conjoint, prévues le cas échéant au contrat, celles-ci ne seront servies qu'à compter de la date du décès du participant sous réserve que ses enfants à charge et son conjoint tels que définis au titre « Définitions » des présentes Conditions générales soient reconnus comme tels au jour de votre décès.

Le paiement du capital décès s'effectue automatiquement par un versement unique et met définitivement fin à l'attribution de celui-ci. Si l'invalidité cesse d'être absolue et définitive postérieurement au versement par anticipation du capital décès de base et avant la liquidation de la retraite de base de l'intéressé, les bénéficiaires ne peuvent plus prétendre au versement dudit capital décès.

Pour le règlement de la prestation, il sera demandé les pièces suivantes :

- la notification d'invalidité catégorie 2 ou 3 (selon ce qui est prévu au contrat) délivrée par le régime de base ;
- le relevé d'identité bancaire (RIB) du Participant ;
- la pièce d'identité en cours de validité du Participant.

L'Institution se réserve le droit de demander tout document justificatif complémentaire qu'elle jugera nécessaire à la constitution ou au suivi du dossier en vue du règlement de la prestation.

ARTICLE 6.2
RENTE EDUCATION

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive d'un participant, il est attribué une rente annuelle à ses enfants à charge.

La rente éducation est versée soit au représentant légal de l'enfant ou avec son accord, à la personne ayant la charge effective des enfants lorsqu'ils sont mineurs, soit aux enfants eux-mêmes lorsqu'ils sont majeurs.

Le montant de la rente éducation, par an et par enfant à charge, est égal à :

- **3%** du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (**PASS**) pour un enfant de 0 à 10 ans ;
- **4,5%** du **PASS** pour un enfant de 11 à 17 ans ;
- **6%** du **PASS** pour un enfant de 18 à 26 ans (si poursuite d'études)**.**

(*) Cf conditions précisées à la définition des enfants à charge du présent contrat.

ARTICLE 6.3
INDEMNITE FUNERAIRE

En cas de décès du participant ou de son conjoint, cocontractant d'un PACS ou concubin, ou de ses enfants à charge, il est versé une indemnité funéraire.

Cette indemnité est égale au montant des **frais réellement engagé** et limité à **100%** du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (**PMSS**) en vigueur à la date du décès.

L'indemnité funéraire est versée à la personne qui a supporté elle-même les frais d'obsèques.

En cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans, l'indemnité funéraire sera limitée aux frais réels conformément à l'article L.932-23 du Code de la Sécurité sociale, et en tout état de cause ne pourra dépasser le montant prévu par le contrat.

ARTICLE 6.4
EXCLUSIONS

Sont garantis par l'Institution tous les risques de décès ou d'invalidité absolue et définitive, à l'exclusion de ceux résultant :

- **de la guerre civile ou étrangère ;**
- **de maladies ou accidents qui sont le fait volontaire du bénéficiaire ;**
- **d'un fait du participant, s'il est intentionnel ou frauduleux - étant précisé que le suicide ou la tentative de suicide sont garantis.**

EXCLUSIONS LIEES A LA GARANTIE INDEMNITE FUNERAIRE

Sont garantis par l'Institution tous les risques de décès, à l'exclusion de ceux résultant :

- **de la guerre ;**
- **de maladies ou accidents qui sont le fait volontaire du participant ou de l'ayant-droit ;**
- **d'un fait de la personne décédée, s'il est intentionnel ou frauduleux - étant précisé que le suicide ou la tentative de suicide sont garantis.**

ARTICLE 6.5
MAINTIEN DES PRESTATIONS DECES

L'ensemble des garanties décès sont maintenues dans les cas suivants :

- **si le participant est indemnisé par l'Institution au titre des garanties incapacité temporaire ou permanente de travail lorsque son contrat de travail est rompu ;**
- **si le participant est indemnisé par l'Institution au titre des garanties incapacité temporaire ou permanente de travail lorsque l'entreprise adhérente a résilié le présent contrat ;**
- **au-delà de la date de radiation conformément aux dispositions légales relatives à la portabilité prévues au présente contrat.**

ARTICLE 6.6
VERSEMENT DES PRESTATIONS DECES

En cas de décès du participant, l'entreprise adhérente ou le (s) bénéficiaire(s) des prestations déclare(nt) dans les plus brefs délais le décès du participant à l'Institution. Cette dernière doit transmettre dans un délai de quinze jours après réception de l'avis de décès et de sa prise de connaissance des coordonnées du (des) bénéficiaire(s), un dossier de demande de règlement de prestations pour demander au(x) bénéficiaire(s) de lui fournir l'ensemble des pièces justificatives suivantes :

- un certificat médical (ou Procès-Verbal), à l'attention du Médecin Conseil de la Caisse indiquant la cause du décès ;
- un relevé d'identité bancaire (RIB) du ou des bénéficiaire(s) ;
- une photocopie d'un document d'identité en cours de validité du ou des bénéficiaire(s) (carte nationale d'identité ou passeport) ;
- un acte de notoriété ou une attestation dévolutive, ou à défaut de ces documents, l'acte de décès du Participant accompagné de la copie intégrale de son acte de naissance (établi dans les 3 mois suivants le décès du Participant).

Si le participant décédé vivait en concubinage :

- une copie intégrale de l'acte de naissance du (de la) concubin(e) (établi dans les 3 mois suivants le décès du Participant) ;
- les justificatifs de deux années de vie commune (factures de téléphone fixe ou mobile, d'électricité, de gaz ou d'eau, quittances de loyer, avis d'imposition ou de non-imposition, relevés de comptes bancaires, etc...) sauf si un enfant est né de cette union de fait.

Si le Participant décédé était célibataire, divorcé, veuf, séparé de corps, sans enfant :

- une copie intégrale du livret de famille des ascendants, y compris les pages vierges.

Pour le participant licencié :

- une photocopie de la notification de décision et un avis de paiement de France Travail jusqu'au décès.

Pour les enfants à charge :

- pour les enfants majeurs : certificat de scolarité, contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, attestation de non-indemnisation par France Travail, une photocopie de la carte d'invalidité devenue carte mobilité inclusion (CMI) mention invalidité ou un justificatif attestant d'une mission de service civique ou tout autre document permettant de justifier que l'enfant était à charge du Participant au moment de son décès ;
- le cas échéant, une copie du jugement de divorce ;
- le cas échéant, la désignation du tuteur légal des enfants ou la délibération du conseil de famille ou l'autorisation du Juge des Tutelles.

En complément des pièces indiquées ci-dessus, il devra être fourni, en fonction des garanties prévues au contrat, les pièces complémentaires suivantes :

Pour le règlement d'une rente éducation ou d'une rente de conjoint assurée par l'Institution, devra être transmis chaque année jusqu'à la date à laquelle l'enfant ou le conjoint ne remplit plus les conditions pour bénéficier de la rente :

- une copie de l'avis d'imposition.

Pour le règlement d'une indemnité funéraire :

- la facture acquittée des frais d'obsèques indiquant le nom de la personne ayant procédé au règlement ;
- le relevé d'identité bancaire (RIB) et une copie d'un document d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport) de la personne qui a supporté les frais d'obsèques si elle ne fait pas partie des bénéficiaires du capital décès.

L'Institution se réserve le droit de demander tout document justificatif complémentaire qu'elle jugera nécessaire à la constitution ou au suivi du dossier en vue du règlement des prestations.

Dans les cas où l'Institution communique le dossier de demande de règlement de prestations au-delà d'un délai de 15 jours après réception de l'avis de décès et de sa prise de connaissance des coordonnées du (des) bénéficiaire(s), le capital produira de plein droit intérêt au double du taux légal durant un mois puis, à l'expiration de ce délai d'un mois, au triple du taux légal.

Les prestations sont versées dans le délai d'un mois civil suivant la réception des pièces nécessaires au paiement. A défaut, les sommes produisent de plein droit intérêt au double du taux légal pendant deux mois puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal. Si le capital a déjà produit des intérêts en raison du retard de l'Institution dans la communication du dossier de règlement des prestations en application de la règle précitée, cette période ayant déjà produit des intérêts s'impute sur le délai de deux mois susmentionné.

Lorsqu'un bénéficiaire n'a pu être identifié à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de prise de connaissance par l'Institution du décès du participant, les sommes dues au titre des prestations décès seront déposées à la Caisse des dépôts et consignations. Ce dépôt libère l'Institution de ses obligations envers le bénéficiaire.

Par suite, le bénéficiaire a la possibilité de demander le versement de sa prestation auprès de la Caisse des dépôts et consignations.

A défaut de demande de versement, ces sommes sont acquises à l'Etat dans un délai de trente ans suivant le décès du participant.

Revalorisation post mortem :

Entre le jour du décès et la réception des pièces justificatives permettant le versement des sommes par l'Institution, s'applique une revalorisation annuelle du capital, calculée en application du TME fixé au 1er novembre de l'année précédente. Cette revalorisation est calculée prorata temporis en fonction du délai écoulé.

TITRE 7

COUVERTURE FRAIS DE SANTE

ARTICLE 7.1
BENEFICIAIRES DES GARANTIES

La garantie est accordée au participant, en activité ou en incapacité de travail (temporaire ou permanente) pour maladie, accident de la vie privée, maternité, accident du travail ou maladie professionnelle, et à ses ayants droit, tels que définis au Titre 9 des présentes Conditions générales, dans la mesure où le participant bénéficie de droits ouverts au titre des prestations en nature du régime de base.

ARTICLE 7.2
ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES

Pour le participant

La garantie entre en vigueur immédiatement, dès la prise d'effet de l'affiliation du participant, conformément aux dispositions du présent contrat.

Pour les ayants droit du participant

La garantie entre en vigueur à l'égard des ayants droit immédiatement, soit :

- à la date de prise d'effet de l'affiliation du participant ;
- à la date de survenance d'un événement modifiant la situation familiale (mariage, concubinage, PACS, naissance ou adoption d'un enfant) et dûment déclaré à la caisse de la Mutualité Sociale Agricole ou à la CCMO Mutuelle (pour les DROM).

ARTICLE 7.3
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 aux tableaux des garanties figurant au présent contrat.

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale et/ou en euros et/ou en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) en vigueur à la date des soins.

Les forfaits exprimés en euros ou en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) en vigueur à la date des soins et par an s'entendent par bénéficiaire et par année civile, c'est-à-dire du 1er 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 thermale, 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;
- Pour les véhicules destinés à des personnes en situation de handicap (VPH) en location de courte durée (LCD), à hauteur des PLV ;
- Pour les prothèses capillaires de classe II, à hauteur des PLV.

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 7.4
REGLEMENT DES PRESTATIONS

Le présent contrat met à disposition du participant et de ses 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 délivre au participant une carte complémentaire (sous forme papier) qui devra lui être restituée lorsque le participant cesse de bénéficier dudit contrat.

ARTICLE 7.5
LIMITES ET EXCLUSIONS DE GARANTIES

De manière générale, ne sont pas pris en charge :

- **les frais engagés au titre d'actes exécutés avant la prise d'effet ou après la cessation des garanties ;**
- **les frais de santé résultant d'actes qui, bien qu'inscrits à la nomenclature des actes professionnels, ne sont pas pris en charge par le régime de base, sauf exceptions prévues au tableau des garanties annexé au présent contrat ;**
- **les pénalités appliquées en cas de non respect du parcours de soins (majoration du ticket modérateur et dépassement 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 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 7.6
CONTROLE DES PRESTATIONS

En cas de suspicion de fraude aux prestations, la Caisse de Mutualité Sociale Agricole ou la CCMO Mutuelle (pour les participants demeurant dans les DROM) se réserve la possibilité d'effectuer des contrôles, voire des expertises médicales, et/ou de demander toutes autres justifications qui lui paraitraient nécessaires, notamment les prescriptions médicales et les factures détaillées.

Le participant qui, intentionnellement, fournit de faux renseignements ou use de documents faux ou dénaturés, à l'occasion d'une demande de règlement, perd 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 se réserve le droit de récupérer toutes prestations indûment réglées au participant.

ARTICLE 7.7
ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

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

Par exception, les prestations prévues au tableau de 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 7.8
MAINTIEN GRATUIT DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTE AUX AYANTS DROIT D'UN PARTICIPANT DECEDE

Les ayants droit d'un participant décédé bénéficient d'un maintien gratuit à la garantie Frais de santé jusqu'à la fin des 3 mois civils suivant le décès.

ARTICLE 7.9
MAINTIEN DES GARANTIES SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL

7.9.1 Au participant, en cas de rupture du contrat de travail

En application de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Evin », l'Institution proposera aux participants, dans les 2 mois qui suivent la date de cessation de leur contrat de travail ou la fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits, le maintien de leur couverture correspondant au niveau des garanties et à la structure tarifaire choisis à titre obligatoire par l'entreprise dans le cadre d'une adhésion à un contrat individuel, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire, sous réserve qu'ils répondent à l'une des conditions suivantes :

- être bénéficiaire d'une pension de retraite ;
- être privé d'emploi et bénéficier d'un revenu de remplacement ;
- avoir un contrat de travail rompu et être bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'une pension d'invalidité et percevoir à ce titre des prestations en espèces de son régime de base obligatoire.

Pour être recevable, la demande d'adhésion doit parvenir à l'Institution au plus tard six mois après la rupture du contrat de travail du participant ou, le cas échéant, de la fin de la période de la portabilité.

La garantie entre en vigueur dès la date decessation de la garantie du présent contrat collectif, sous réserve du paiement par le participant des cotisations depuis cette date.

Les tarifs applicables aux anciens salariés pourront être supérieurs aux tarifs globaux en vigueur pour les participants actifs dans les limites fixées par la réglementation.

7.9.2 Aux ayants droit d'un participant décédé

En application de la loi n° 89-1009 du 31décembre 1989 dite loi « Evin », l'Institution proposera aux ayants droit d'un participant décédé inscrits au contrat, dans les 2 mois qui suivent la date de cessation des garanties, le maintien de leur couverture correspondant au niveau des garanties et à la structure tarifaire choisis à titre obligatoire par l'entreprise dans le cadre d'une adhésion à un contrat individuel, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire.

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.

Pour être recevable, la demande d'adhésion doit parvenir à l'Institution au plus tard six mois après le décès du participant.

La garantie entre en vigueur dès la date de cessation de la garantie du présent contrat collectif, sous réserve du paiement par les ayants droit des cotisations depuis cette date. Cette garantie est maintenue pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès.

Les tarifs applicables aux ayants droit d'un participant décédé pourront être supérieurs aux tarifs globaux en vigueur pour les participants actifs dans les limites fixées par la réglementation.

En cas de changement d'organisme assureur, les contrats individuels souscrits en application de la loi « Evin » antérieurement à la résiliation du présent contrat seront transférés au nouvel assureur à compter de la date d'effet du nouveau contrat collectif.

TITRE 8

PORTABILITE DES DROITS

En cas de cessation de son contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, le participant peut bénéficier du maintien des garanties prévu par le contrat de l'entreprise en application de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale et ce, pour toute notification de rupture intervenue à compter de la date d'effet dudit contrat.

Si l'entreprise disposait de garanties prévoyance et frais de santé préalablement à l'entrée en vigueur du présent contrat, elle doit, dans un délai de trente jours suivant la souscription du contrat, informer l'Institution des anciens salariés susceptibles d'ouvrir droit à la portabilité au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Le bénéfice du maintien des garanties est acquis au participant sans versement de cotisation durant la période de portabilité, le financement de ce maintien étant inclus dans la cotisation des actifs.

ARTICLE 8.1
BENEFICIAIRES

Continuent à bénéficier des garanties qui les couvraient en tant qu'actifs, les anciens salariés de l'entreprise adhérente, dont le contrat de travail a été rompu et remplissant les conditions suivantes :

- ouvrir droit à indemnisation par le régime de l'assurance chômage ;
- avoir été affilié et ouvrir droit aux garanties avant la rupture de son contrat de travail.

ARTICLE 8.2
OUVERTURE ET DUREE DES DROITS A PORTABILITE

L'ancien salarié a acquis la possibilité de se voir ouvrir, sous conditions, des droits à prestations au titre de la portabilité à compter de la date de rupture effective de son contrat de travail.

La durée du maintien des garanties est égale à la durée de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, de ses derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs dans l'entreprise.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite maximale de 12 mois.

ARTICLE 8.3
OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHERENTE

L'entreprise adhérente doit informer l'Institution de la cessation du contrat de travail du salarié susceptible d'ouvrir droit à la portabilité.

ARTICLE 8.4
OBLIGATIONS DE L'ANCIEN SALARIE

L'ancien salarié doit justifier auprès de l'Institution qu'il remplit les conditions requises au plus tard au moment de la demande de versement des prestations.

Pour les prestations incapacité de travail (temporaire ou permanente), l'ancien salarié doit fournir une copie de son certificat de travail et de l'attestation de prise en charge par l'assurance chômage ainsi qu'une copie de l'ensemble des attestations de paiement de France Travail précédant l'arrêt de travail.

En cas de décès de l'ancien salarié, l'ensemble des pièces justificatives doivent être produites par le(s) bénéficiaire(s) au moment de la demande d'attribution des prestations décès.

L'ancien salarié doit informer l'Institution de la cessation du versement des allocations chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité.

ARTICLE 8.5
PRESTATIONS

Les prestations pour les bénéficiaires de la portabilité sont identiques à celles définies par le présent contrat pour les salariés en activité.

Toutefois, pour les prestations incapacité temporaire et permanente de travail, le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir une indemnisation globale (y compris indemnisation du régime de base) supérieure à celle des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

Toute modification des prestations du présent contrat intervenant au cours de la période de portabilité est applicable aux bénéficiaires du maintien des garanties.

ARTICLE 8.6
CESSATION DE LA PORTABILITE

Le maintien des garanties cesse au plus tard 12 mois après la date de rupture du contrat de travail de l'ancien salarié et, en tout état de cause :

- à la fin de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié ouvre droit si elle est inférieure à 12 mois ;
- à la date à laquelle l'ancien salarié reprend une activité professionnelle ;
- à la date de cessation du versement des allocations chômage ;
- à la date de la liquidation de la pension d'assurance vieillesse du régime de base, y compris pour inaptitude au travail ;
- en cas de décès de l'ancien salarié ;
- en cas de résiliation du contrat par l'entreprise adhérente.

En cas de changement d'organisme assureur, le nouvel assureur doit prendre en charge les bénéficiaires de la portabilité à compter de la date d'effet du nouveau contrat collectif.

TITRE 9

DEFINITIONS COUVERTURE PREVOYANCE ET FRAIS DE SANTE

ASSIETTE DE COTISATIONS

Les cotisations, appelées en pourcentage des salaires, sont calculées sur les éléments de rémunération brute entrant dans l'assiette des cotisations de Sécurité sociale telle que définie à l'article L.242-1 du Code de la Sécurité sociale ainsi que, le cas échéant, sur le revenu de remplacement versé et déclaré par votre employeur, notamment dans le cadre de l'activité partielle, de l'activité partielle de longue durée, du congé de reclassement ou du congé de mobilité.

CONJOINT

Par « conjoint », il faut entendre l'époux ou l'épouse du salarié non divorcé par un jugement définitif.

COCONTRACTANT D'UN PACS

Par « cocontractant d'un PACS », il faut entendre la personne ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS) avec le participant.

CONCUBIN

Par « concubin », il faut entendre la personne vivant en concubinage avec le participant selon les dispositions de l'article 515-8 du Code civil.

Par ailleurs, les concubins doivent justifier d'au moins deux ans de vie commune et être libres au regard de l'état civil d-e tout lien de mariage ou de PACS.

Toutefois, la condition de durée est considérée comme remplie lorsqu'au moins un enfant est né de l'union.

DELAI DE FRANCHISE

Par délai de franchise, il faut entendre la période pendant laquelle aucune prestation complémentaire ne sera versée par l'Institution. Ce délai se décompte par jour calendaire.

ENFANTS A CHARGE

Sont considérés comme ayants droit du participant au sens dudit contrat :

- les enfants à charge :

Par « enfants », il faut entendre :

- les enfants du participant, nés ou à naître, dont la filiation est légalement établie, y compris adoptive ;
- les enfants du conjoint, du cocontractant d'un PACS ou du concubin, dont la filiation est légalement établie, sous réserve d'être à la charge effective du participant au moment du décès, c'est à dire si celui-ci subvient à leurs besoins et assure leur éducation, et si ces enfants ne donnent pas lieu au versement d'une pension alimentaire par leur autre parent ;
- les enfants recueillis par le participant et pour lesquels la qualité de tuteur lui est reconnue.

Sont considérés comme « enfants à charge » :

- tous les enfants âgés de moins de 16 ans ;
- tous les enfants âgés de moins de 20 ans sous contrat d'apprentissage ;
- tous les 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) ;
- tous les 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 21ème anniversaire.

REGIME DE BASE

Par « régime de base », il faut entendre tout régime obligatoire de protection sociale (Sécurité Sociale ou Mutualité Sociale Agricole ou autre) couvrant tout ou partie des risques liés à la maladie, à la maternité et aux accidents de la vie privée et professionnelle, les maladies professionnelles et les invalidités.

SALAIRE ANNUEL DE BASE (SAB) POUR LA COUVERTURE DECES

Par salaire annuel de base, il faut entendre le salaire annuel brut du participant qui est déterminé à partir des éléments de rémunération retenus pour le calcul des cotisations et qui sert de base au calcul et au paiement des prestations.

Il est déterminé à partir des éléments de rémunération et, le cas échéant, du revenu de remplacement versé par l'entreprise adhérente, notamment en cas d'activité partielle, d'activité partielle de longue durée, de congé de reclassement ou de congé de mobilité, retenus pour le calcul des cotisations des quatre trimestres civils ayant précédé le décès.

Lorsque le participant a moins 4 trimestres civils d'activité dans l'entreprise, le salaire de référence est reconstitué sur 4 trimestres complets.

Salaire reconstitué :

Par salaire reconstitué, il faut entendre le salaire annuel brut que le participant aurait perçu si le participant n'avait pas interrompu ou réduit son activité (que les salaires aient été versés ou non).

ARTICLE 9.1
DEFINITIONS DES INTERVENANTS AU CONTRAT

ENTREPRISE ADHÉRENTE

L'employeur ayant souscrit le présent contrat collectif.

PARTICIPANT

Le salarié de l'entreprise adhérente définie ci dessus, appartenant au groupe assuré désigné aux Conditions Particulières et affilié au présent contrat.

AYANTS DROIT

Sont considérés comme ayants droit du participant au sens dudit contrat :

- le **conjoint** : la personne mariée avec le participant et non séparée de corps ou non divorcée par un jugement définitif passé enforce de chose jugée.

Sont assimilés au conjoint :

- le **cocontractant d'un PACS** : est assimilé au conjoint, la personne qui a conclu un Pacte Civil de Solidarité avec le participant conformément aux dispositions de l'article 515-1 et suivant du Code civil ;
- le **concubin** : il faut entendre la personne vivant en concubinage, selon les dispositions de l'article 515-8 du Code civil, avec le participant, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins deux ans à la date de l'évènement ouvrant droit aux prestations, sous réserve que les concubins soient 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'au moins 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 respectant les conditions ci-dessus.

ENFANTS

Par « enfant », il faut entendre :

- Les enfants dont la filiation est légalement établie, y compris adoptive ;
- les enfants du conjoint, cocontractant de PACS ou concubin, dont la filiation est légalement établie, sous réserve d'être à la charge du participant, c'est à dire s'il pourvoie à leurs besoins et assure leur entretien ;
- les enfants recueillis par le participant et pour lesquels sa qualité de tuteur est reconnue.

Sont considérées comme « enfants à charge » :

- tous les enfants âgés de moins de 16 ans ;
- les enfants âgés de moins de 20 ans sous contrat d'apprentissage ;
- tous les 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) ;
- tous les 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 21ème anniversaire.

CHANGEMENT DE SITUATION FAMILIALE

Sont considérés comme constituant un changement dans la situation familiale du participant, 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 9.2
DEFINITIONS 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 apparaitre 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 apparaitre a 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

Il s'agit d'un séjour dans un établissement thermal obligatoirement prescrit par un médecin afin de traiter certaines affections ou pathologies.

Les prestations prévues au tableau de garanties interviennent uniquement dans le cadre de cures thermales remboursées par le régime obligatoire.

Lorsque ces prestations figurent au tableau de garanties, les frais de transport et d'hébergement liés à une cure thermale remboursée par le régime obligatoire peuvent être pris en charge par l'Institution, selon qu'ils soient remboursés ou non par le régime obligatoire et sur présentation de justificatifs.

Si plusieurs bénéficiaires au contrat se rendent ensemble en cure thermale (les deux conjoints ou le participant et un ayant droit, etc.) au moyen du même taxi (ou équivalent) et/ou sont logés dans le même hébergement, la prestation prévue au contrat sera versée **dans la limite des frais globaux réellement engagés** et uniquement à la personne qui a supporté les frais.

Les frais de transport engendrés par l'usage d'un moyen de locomotion personnel (qu'ils soient ou non remboursés par le régime obligatoire) ne sont pas remboursés par l'Institution.

Frais de transport et d'hébergement d'une personne accompagnante :

Dans le cas où un assuré ne peut pas se déplacer seul en raison de son âge (moins de 16 ans) ou de son état de santé, ses frais de transport et d'hébergement ainsi que ceux d'une personne accompagnante également bénéficiaire du contrat peuvent être pris en charge.

La prestation prévue au contrat sera versée **une seule fois,** dans la limite des frais réels et selon les mêmes conditions et modalités que celles indiquées ci-dessus.

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 du participant 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 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 un montant fixé par l'Etat, 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.

Le montant de ce forfait est défini par arrêté.

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 apparaitre 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.

PROTHESE CAPILLAIRE TOTALE

Les personnes qui ont perdu leurs cheveux en raison d'une maladie ou du traitement de cette maladie (une chimiothérapie notamment) peuvent bénéficier d'une prise en charge de leur perruque totale ou prothèse capillaire totale pour masquer la chute de leurs cheveux (appelée alopécie) si celle-ci leur a été prescrite médicalement et fournie par un distributeur agréé spécialisé.

Les perruques totales ou prothèses capillaires totales sont réparties en 4 classes, selon leurs compositions et en fonction de la zone de cheveux qui a été implantée manuellement et non à la machine conformément à l'arrêté du 16 octobre 2025.

Depuis le 1er janvier 2026, leurs prises en charge varient selon la classe dont elles relèvent :

- classe I : Son prix, correspondant à la base de remboursement du régime obligatoire, est intégralement remboursé de manière conjointe par le régime obligatoire et l'Institution.
- classe II : Dans le cadre du dispositif 100 % SANTE, l'assuré est intégralement remboursé de manière conjointe par le régime obligatoire et l'Institution dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV).
- classe III : Son prix est remboursé de manière conjointe par le régime obligatoire et l'Institution dans la limite de la base de remboursement du régime obligatoire. Selon ce qui est prévu au tableau de garanties, les dépassements de tarifs au-delà de la base de remboursement du régime obligatoire peuvent être pris en charge en tout ou partie par l'Institution dans la limite du prix limite de vente (PLV).
- classe IV : Son prix est remboursé de manière conjointe par le régime obligatoire et l'Institution dans la limite de la base de remboursement du régime obligatoire. Selon ce qui est prévu au tableau de garanties, les dépassements de tarifs au-delà de la base de remboursement du régime obligatoire peuvent être pris en charge en tout ou partie par l'Institution.

La prise en charge de la prothèse capillaire comprend aussi la prise en charge indissociable d'un accessoire textile permettant de recouvrir la tête nue.

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 apparaitre 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 télémédecine 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 dabs 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

VEHICULE POUR PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Conformément à l'arrêté du 6 février 2025, les fauteuils roulants, aussi appelés véhicules pour les personnes en situation de handicap (VPH), inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPP), sont pris en charge intégralement à partir du 1er décembre 2025.

Les fauteuils à l'achat et les forfaits de location de longue durée sont intégralement pris en charge par le régime de base obligatoire dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV).

Dans le cadre du dispositif « 100 % SANTE », les forfaits de location de courte durée sont intégralement pris en charge de manière conjointe par le régime de base obligatoire et l'Institution dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV).

L'option d'achat consécutive à une location de courte durée est prise en charge de manière conjointe par le régime de base obligatoire et l'Institution dans la limite de la base de remboursement du régime obligatoire.

Le forfait de location de courte durée d'un véhicule pour personnes en situation de handicap (VPH) inclut la prise en charge des éléments suivants :

- Le fauteuil,
- Les adjonctions et accessoires adaptés au besoin de la personne,
- Les éventuelles réparations nécessaires pendant la période de location,
- Le changement de fauteuil pour un fauteuil équivalent en cas de casse,
- Le forfait « mise à disposition » (MAD) visant les fauteuils modulaires, à savoir les FRM (fauteuils roulants modulaires à propulsion manuelle ou à pousser) et FRE (fauteuils roulants modulaires à propulsion par moteur électrique), qui comprend :
- les essais adaptés au type de fauteuil concerné ;
- la préparation du fauteuil roulant (réception, contrôle de conformité à la commande et assemblage) ;
- le réglage pour adaptation au patient ;
- et éventuellement un déplacement à domicile pour les réglages après quelques jours ou semaines d'utilisation.

Le forfait « mise à disposition » (MAD) est pris en charge dans la limite d'un épisode de location courte durée et par patient.

La prise en charge sans reste à charge (dans la limite des Prix Limites de Vente) s'applique aux fauteuils roulants qui respectent les exigences techniques minimales décrites dans la nomenclature.

Les définitions ci-dessus ont pour but d'aider les personnes assurées par le contrat à mieux comprendre les garanties dont elles 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/ »http://www.unocam.fr

TITRE 10

TABLEAU DES GARANTIES PREVOYANCE

Les garanties prévoyance figurent dans le tableau ci-après :

GARANTIE MAINTIEN DE SALAIRE

Événement	Conditions requises	Prestation versée	À compter du	Cessation de la prestation
• En cas d'arrêt de travail	1 an d'ancienneté dans l'entreprise.	Indemnité journalière (y compris I.J. MSA) : • 90 % du salaire brut pendant la 1ère période* • 66% du salaire brut pendant la seconde période*.	1er jour d'arrêt de travail en cas d'accident du travail, de trajet ou maladie professionnelle. 8e jour d'arrêt de travail en cas d'accident ou maladie de la vie privée.	Tant que le régime de base intervient, et ce, dans la limite de 90 jours maximum.

GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

Événement	Conditions requises	Prestation versée	À compter du	Cessation de la prestation
• En cas d'arrêt de travail suite à un accident du travail, de trajet ou à une maladie professionnelle	Sans conditions ancienneté.	Indemnité journalière (y compris I.J. MSA) : • 100 % du salaire net pendant 90 jours ; • puis 80 % du salaire net.	1er jour d'arrêt de travail.	Tant que le régime de base intervient.
• En cas d'arrêt de travail suite à une maladie ou à un accident de la vie privée	Sous réserve de 12 mois d'ancienneté, continue ou non, dans l'entreprise.	Indemnité journalière (y compris I.J. MSA) : • 100 % du salaire net pendant 90 jours ; • puis 80 % du salaire net.	8e jour d'arrêt de travail.	

GARANTIE INCAPACITÉ PERMANENTE

Événement	Conditions requises	Prestation versée	À compter du	Cessation de la prestation
• En cas d'incapacité permanente non professionnelle de cat. 2 ou 3 (à l'exception de la cat. 1)	Ancienneté de 12 mois, continue ou non, dans l'entreprise. Pas de condition d'ancienneté si l'état d'invalidité fait suite à une incapacité temporaire de travail indemnisée.	Indemnisation globale égale à 80 % du salaire net (pension du régime de base + **pension complémentaire**).	Date de reconnaissance par la MSA de l'état d'invalidité de cat. 2 ou 3 (à l'exception de la cat. 1).	Tant que le régime de base intervient, et ce jusqu'au décès du salarié ou jusqu'à la liquidation de la pension vieillesse (y compris lorsque la pension est versée en complément d'une rente accident du travail).
• En cas d'incapacité permanente professionnelle pour un taux d'incapacité au moins égal à 66,66 %		Indemnisation globale égale à 80 % du salaire net (rente du régime de base + **pension complémentaire**).	Date de reconnaissance par la MSA d'une rente attribuée au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle pour un taux d'incapacité au moins égal à 66,66 %.	

*La durée des périodes varie selon l'ancienneté du salarié dans l'entreprise. Pour connaître le détail de l'articulation entre la garantie maintien de salaire et la garantie incapacité temporaire de travail, se référer aux Conditions générales.

GARANTIE DÉCÈS

Événement	Conditions requises	Prestation versée	À compter du	Cessation de la prestation
• En cas de décès du salarié	Aucune ancienneté.	**Capital de base** égal à 120 % du salaire annuel brut.	Dès réception de toutes les pièces justificatives.	Prestation à versement unique.
		Majoration enfant à charge de 25 % du salaire annuel brut par enfant à charge.	Si enfant(s) à charge au jour du décès du salarié (dès réception de toutes les pièces justificatives).	
	Ancienneté de 12 mois, continus ou non, dans l'entreprise au jour du décès du salarié.	**Rente éducation** annuelle : • 3 % du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS) pour un enfant de 0 à 10 ans révolus ; • 4,5 % du PASS pour un enfant de 11 à 17 ans révolus ; • 6 % du PASS pour un enfant de 18 ans à 26 ans (si poursuite d'études).	Si enfant(s) à charge au jour du décès du salarié (dès réception de toutes les pièces justificatives), et en fonction de l'âge de l'enfant.	Lorsque l'enfant ne remplit plus les conditions.
• En cas d'invalidité absolue et définitive du salarié	Aucune ancienneté.	Versement anticipé du **capital de base** (en une seule fois).	En cas d'invalidité absolue et définitive du salarié (dès réception de toutes les pièces justificatives).	Prestation à versement unique.
En cas de décès : • du salarié ; • du conjoint non séparé de corps ou du cocontractant de PACS ; • du concubin justifiant d'au moins 2 ans de vie commune. Cette condition n'est pas exigée lorsqu'un enfant est né de l'union (ou adopté) ; • d'un enfant à charge.	Que le salarié ou ses ayants droit aient réglé eux-mêmes les frais d'obsèques, et aient déposé la demande dans les 6 mois qui suivent le décès.	**Indemnité frais d'obsèques** égale au montant des frais réellement engagés et limitée à 100 % du PMSS au moment du décès.	Dès réception de toutes les pièces justificatives.	

TITRE 11

TABLEAUX DE LA GARANTIE SANTE

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 ainsi que le forfait location de courte durée d'un véhicule pour personnes en situation de handicap (VPH) et les prothèses capillaires de classe II 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 et/ou en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) en vigueur à la date des soins.

Les forfaits exprimés en euros ou en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) en vigueur à la date des soins 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, 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 infirmiers	60 % BR	**40 % BR**	**100 % BR**
• **Sages femmes** y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans et la vaccination anti - grippale	70 % BR	**30 % BR**	**100 % BR**
• **Consultation psychologue (dispositif Mon soutien Psy)** 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 dispsositif Mon soutien Psy)	-	**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)	de 65 % à 100 % BR	**de 35 % à 0 % 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 100 % santé** [7]			
- Forfait location de courte durée d'un véhicule pour personnes en situation de handicap (VPH) (et le forfait mise à disposition "MAD" associé)	60 % BR	**Frais réels - RO**	**Frais réels**
- Prothèses capillaires totales de classe II (y compris l'accessoire textile indissociable s'y rattachant)	60 % BR	**Frais réels - RO**	**Frais réels**
• **Matériel médical hors 100 % santé** [7]			
- Option d'achat après une location de courte durée d'un véhicule pour personnes en situation de handicap (VPH)	60 % BR	**40 % BR**	**100 % BR**
- Prothèses capillaires totales de classe I (y compris l'accessoire textile indissociable s'y rattachant)	60 % BR	**40 % BR**	**100 % BR**
- Prothèses capillaires totales de classes III [7] et IV (y compris l'accessoire textile indissociable s'y rattachant)	60 % BR	**240 % BR**	**300 % BR**
- Fournitures médicales, pansements	60 % BR	**100% FR - 60% BR**	**100% FR**
- Grands et petits appareillages (hors véhicule pour personnes en situation de handicap), orthopédie, accessoires, prothèses (autres que dentaires, auditives et capillaires totales), piles et accessoires pour les aides auditives	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**
• **Prothèses** (hors 100% Santé) :			
- prothèses à honoraires maîtrisés (hors inlays core)[7]	60 % BR	**260 % BR**	**320 % BR**
- prothèses à honoraires libres (hors inlays core)	60 % BR	**260 % BR**	**320 % BR**
- Inlay core à honoraires maîtrisés[7]	60 % BR	**190 % BR**	**250 % BR**
- Inlay core à honoraires libres	60 % BR	**190 % BR**	**250 % BR**
- Inlay onlay à honoraires maîtrisés[7]	60 % BR	**210 % BR**	**270 % BR**
- Inlay onlay à honoraires libres	60 % BR	**210 % BR**	**270 % 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'àmoins 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 obligaroire

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 eff ectué 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 ≤ +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 professif 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.

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, 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 infirmiers	90 % BR	**10 % BR**	**100 % BR**
• **Sages femmes** y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans et la vaccination anti - grippale	90 % BR	**10 % BR**	**100 % BR**
• **Consultation psychologue (dispositif Mon soutien Psy)** 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 Mon soutien Psy)	-	**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)	de 90 % à 100 % BR	**de 10 % à 0 % 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 100 % santé** [7]			
- Forfait location de courte durée d'un véhicule pour personnes en situation de handicap (VPH) (et le forfait mise à disposition "MAD" associé)	90 % BR	**Frais réels - RO**	**Frais réels**
- Prothèses capillaires totales de classe II (y compris l'accessoire textile indissociable s'y rattachant)	90 % BR	**Frais réels - RO**	**Frais réels**
• **Matériel médical hors 100 % santé** [7]			
- Option d'achat après une location de courte durée d'un véhicule pour personnes en situation de handicap (VPH)	90 % BR	**10 % BR**	**100 % BR**
- Prothèses capillaires totales de classe I (y compris l'accessoire textile indissociable s'y rattachant)	90 % BR	**10 % BR**	**100 % BR**
- Prothèses capillaires totales de classes III [7] et IV (y compris l'accessoire textile indissociable s'y rattachant)	90 % BR	**210 % BR**	**300 % BR**
- Fournitures médicales, pansements	90 % BR	**100% FR - 90% BR**	**100% FR**
- Grands et petits appareillages (hors véhicule pour personnes en situation de handicap), orthopédie, accessoires, prothèses (autres que dentaires, auditives et capillaires totales), piles et accessoires pour les aides auditives	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**

Nature des frais	Remboursement du régime de base Alsace Moselle	Remboursement complémentaire	Remboursement total Régime de base inclus
OPTIQUE (suite)			
• **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**
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**
• **Prothèses** (hors 100% Santé) :			
- prothèses à honoraires maîtrisés (hors inlays core) (7)	90 % BR	**230 % BR**	**320 % BR**
- prothèses à honoraires libres (hors inlays core)	90 % BR	**230 % BR**	**320 % BR**
- Inlay core à honoraires maîtrisés (7)	90 % BR	**160 % BR**	**250 % BR**
- Inlay core à honoraires libres	90 % BR	**160 % BR**	**250 % BR**
- Inlay onlay à honoraires maîtrisés (7)	90 % BR	**180 % BR**	**270 % BR**
- Inlay onlay à honoraires libres	90 % BR	**180 % BR**	**270 % 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 obligaroire

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 eff ectué 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 ≤ +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 professif 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 12

RESEAU 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 prémium 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 1er 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.

12.1 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.

12.2 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

Prysme, 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 groupagrica.com :

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

12.3 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 13

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 13.1
Evénements 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 évènements suivants :
  - Accident corporel,
  - Maladie.

ARTICLE 13.2
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 évènements 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 évènements survenus en France.

Durée de validité

Les prestations sont accordées exclusivement pour les évènements 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 13.3
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 évènement 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'évènement 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 télémédecine. 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 13.4
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.

13.4.1 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.

13.4.2 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**.

13.4.3 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. **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.**

13.4.4 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

13.4.5 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**

<u>Orientations vers des Médecins, infirmier(ère)s et hôpitaux</u>

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

<u>Deuxième avis médical</u>

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 fourni l'accès 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.

13.4.6 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.**

13.4.7 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 connaitre 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, habillement, 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 1ère et 2nde 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 13.5
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 13.6
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 13.7
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 13.8
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 13.9
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 13.10
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 13.11
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 13.12
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 pourrons 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 indemnisations 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 sinistre.	- Non. Il est entendu que la détection et la de 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.
- 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 délégataires de nos opérations (réclamations, informatique, services postaux, gestion de documents).

En définitive, nous pourrons 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) responsables(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

Réf. : 350_2027-01 - Crédit photo : © Thinkstock

AGRICA PRÉVOYANCE - www.groupagrica.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