



Santé

ENTREPRISE

Santé +

Conditions générales



CPCEA



Groupe AGRICA

| | |
|--|-----------|
| Titre 1 — Dispositions générales | 04 |
| ARTICLE 1 – 1 OBJET DU CONTRAT | 04 |
| ARTICLE 1 – 2 PRÉSENTATION DU CONTRAT | 04 |
| ARTICLE 1 – 3 DÉLÉGATION DE GESTION | 04 |
| ARTICLE 1 – 4 ORGANISMES ASSUREURS | 04 |
| ARTICLE 1 – 5 ADHÉSION | 04 |
| ARTICLE 1 – 6 DURÉE DU CONTRAT | 05 |
| ARTICLE 1 – 7 RÉVISION DU CONTRAT | 05 |
| ARTICLE 1 – 8 GROUPE ASSURÉ | 05 |
| ARTICLE 1 – 9 AFFILIATION ET PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE | 05 |
| ARTICLE 1 – 10 CESSATION DE L'AFFILIATION ET DE LA GARANTIE | 06 |
| ARTICLE 1 – 11 DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL | 07 |
| ARTICLE 1 – 12 OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHÉRENTE | 07 |
| ARTICLE 1 – 13 OBLIGATIONS DU PARTICIPANT | 07 |
| Titre 2 — Cotisations | 08 |
| ARTICLE 2 – 1 STRUCTURE TARIFAIRE | 08 |
| ARTICLE 2 – 2 MONTANT DES COTISATIONS | 08 |
| ARTICLE 2 – 3 MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS | 08 |
| ARTICLE 2 – 4 DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS | 08 |
| Titre 3 — Garantie santé | 10 |
| ARTICLE 3 – 1 BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE | 10 |
| ARTICLE 3 – 2 ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA GARANTIE | 10 |
| ARTICLE 3 – 3 MONTANT DE LA GARANTIE | 10 |
| ARTICLE 3 – 4 LIMITES ET EXCLUSIONS DE LA GARANTIE | 10 |
| ARTICLE 3 – 5 ÉTENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE | 10 |
| ARTICLE 3 – 6 RÈGLEMENT DES PRESTATIONS | 10 |
| ARTICLE 3 – 7 CONTRÔLE DES PRESTATIONS | 11 |
| ARTICLE 3 – 8 PORTABILITÉ DES DROITS | 11 |
| ARTICLE 3 – 9 MAINTIEN DE LA GARANTIE SOUS FORME CONTRAT INDIVIDUEL | 12 |
| Titre 4 — Garanties assistance | 13 |
| ARTICLE 4 – 1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES DE LA GARANTIE ASSISTANCE | 13 |
| ARTICLE 4 – 2 DESCRIPTIF DES GARANTIES ASSISTANCE | 16 |
| Titre 5 — Dispositions diverses | 20 |
| ARTICLE 5 – 1 PRESCRIPTION | 20 |
| ARTICLE 5 – 2 FAUSSE DÉCLARATION | 20 |
| ARTICLE 5 – 3 INFORMATIQUE ET LIBERTÉS | 20 |
| ARTICLE 5 – 4 RÉCLAMATIONS – MÉDIATION | 21 |
| ARTICLE 5 – 5 RECOURS CONTRE LE TIERS RESPONSABLE | 21 |
| ARTICLE 5 – 6 LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME | 21 |
| Annexe 1 — Définitions des ayants droit | 22 |
| Annexe 2 — Tableau des garanties santé | 22 |
| Annexe 3 — Tableau des garanties assistance | 23 |

Préambule

Le contrat Santé + fait partie de la gamme CPCEA.

Il s'agit d'un contrat sur-complémentaire santé qui renforce le régime complémentaire santé déjà mis en place dans l'entreprise.

Les paramètres techniques, déterminés par l'Institution, sont communs à l'ensemble des entreprises adhérentes. Les résultats sont mutualisés, quelles que soient les modalités de souscription.

Le contrat se compose :

- du Bulletin d'adhésion signé par l'entreprise, dont les dispositions complètent les Conditions générales, valant engagement de l'entreprise de faire bénéficier l'ensemble des salariés appartenant au groupe assuré des garanties du contrat ;
- des présentes Conditions générales, qui précisent les obligations réciproques des parties et les garanties proposées ;
- d'un certificat d'adhésion valant Conditions particulières, qui matérialise l'adhésion de l'entreprise et précise notamment le module ou la combinaison de modules choisi(e) et le taux de cotisation correspondant.

Il est régi par le LIVRE IX du Code de la Sécurité sociale.

Titre 1 — Dispositions générales

ARTICLE 1-1 Objet du contrat

Le présent contrat est un contrat sur-complémentaire santé à affiliation obligatoire, qui a pour objet :

- le remboursement total ou partiel des dépenses de santé en complétant les prestations versées par le régime de base et par un régime complémentaire santé (d'entreprise ou de branche), dans la limite des frais réellement engagés ;
- le service de prestations d'assistance en cas de maladie ou d'accident.

ARTICLE 1-2 Présentation du contrat

Le contrat est composé de 4 modules qui se combinent entre eux pour former 5 formules au choix de l'entreprise ou des partenaires sociaux de la branche.

LES MODULES SONT LES SUIVANTS :

- Module Soins (prestations d'assistance incluses)
- Module Hospitalisation et transports (prestations d'assistance Transports incluses)
- Module Optique
- Module Dentaire

LES FORMULES SONT LES SUIVANTES :

- **Formule 1** : Soins
- **Formule 2** : Soins + Hospitalisation et transports
- **Formule 3** : Soins + Optique
- **Formule 4** : Soins + Dentaire
- **Formule 5** : Soins + Hospitalisation et transports + Optique + Dentaire

Le détail des modules est présenté en Annexe 2.

ARTICLE 1-3 Délégation de gestion

Pour les entreprises relevant de la CCN52, la gestion administrative des prestations frais de santé est déléguée à la Mutualité Sociale Agricole (MSA).

Pour les entreprises relevant de l'Accord National du Paysage, l'appel, le recouvrement des cotisations, le paiement des prestations et l'affiliation sont réalisés par la MSA d'Alsace ou par CCMO pour les participants des DROM.

Pour les entreprises adhérentes au contrat SantéA (Santé collective CPCEA), la gestion administrative des prestations frais de santé est déléguée à CCMO Mutuelle.

ARTICLE 1-4 Organismes assureurs

La garantie sur-complémentaire santé du présent contrat est assurée par :

CPCEA
21, rue de la Bienfaisance
75382 PARIS Cedex 08

Institution de prévoyance, ci-après dénommée « l'Institution », régie par le Code de la Sécurité sociale.

La garantie assistance du présent contrat est assurée par : MUTUAIDE ASSISTANCE – 8-14 avenue des Frères Lumière – 94368 Bry-sur-Marne Cedex, SA au capital de 9 590 040 € entièrement versé – Entreprise régie par le Code des assurances.

Les organismes assureurs sont soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située 4, place de Budapest - CS 92459 - 75 436 Paris Cedex 09 – 383 974 086 RCS Créteil.

ARTICLE 1-5 Adhésion

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

Au moment de son adhésion, l'entreprise choisit une formule correspondant à un type de garantie donné.

Dans tous les cas, l'Institution confirme la prise en compte de l'adhésion de l'entreprise par l'envoi d'un certificat d'adhésion valant Conditions particulières.

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

Chaque année, à la date d'échéance du contrat, l'entreprise a la possibilité de changer de formule dans les conditions suivantes :

- possibilité de passage de la formule 1 à toute autre formule,
- possibilité de passage des formules 2, 3 ou 4 à la formule 5.

Ce changement, qui prend effet le 1^{er} janvier de l'année suivante, est formalisé par la signature d'un nouveau bulletin d'adhésion.

En l'absence de changement de formule pendant 2 années consécutives, l'entreprise a la possibilité, à la date d'échéance du contrat, de changer pour la formule de son choix sans condition.

ARTICLE 1-6

Durée du contrat

—

1. PRISE D'EFFET

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

Toutefois, d'un commun accord, la date de prise d'effet peut être fixée à une date ultérieure, le 1^{er} jour d'un mois civil. Cette date est alors précisée sur le bulletin d'adhésion. Dans le cas d'un accord de branche, le contrat prend effet à la date d'entrée en vigueur dudit accord ou, ultérieurement, à la date d'entrée de l'entreprise dans le champ d'application de l'accord ou le premier jour du mois civil qui suit la réception du bulletin d'adhésion.

2. DURÉE

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

3. RÉSILIATION

Le présent contrat peut être résilié par l'entreprise adhérente ou par l'Institution au 31 décembre de chaque année civile. La résiliation par l'entreprise adhérente s'effectue par **lettre recommandée avec accusé de réception ou par envoi recommandé électronique**, sous un préavis de 2 mois, soit, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, pour que le contrat cesse de produire ses effets au 31 décembre de cette même année.

—

La résiliation du présent contrat par l'Institution s'effectue dans les mêmes délais par lettre recommandée.

En cas de résiliation, l'entreprise ne peut, par la suite, souscrire à nouveau au présent contrat qu'au terme d'un délai de deux ans.

En tout état de cause, la résiliation du contrat complémentaire santé socle emporte automatiquement la résiliation du présent contrat.

ARTICLE 1-7

Révision du contrat

—

Les dispositions du présent contrat sont établies en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur, notamment de celle applicable au régime de base (MSA ou Sécurité sociale).

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

En fonction des résultats techniques constatés et de l'équilibre du risque, l'Institution se réserve le droit d'ajuster les cotisations et les garanties du présent contrat.

—

L'entreprise adhérente pourra refuser ces modifications dans le mois qui suit la notification des nouvelles conditions et demander la résiliation du présent contrat par l'envoi d'une **lettre recommandée avec accusé de réception ou par envoi recommandé électronique**. La résiliation prendra alors effet le premier jour du mois civil suivant la date figurant sur l'accusé de réception ou sur l'envoi recommandé électronique.

ARTICLE 1-8

Groupe assuré

—

Le groupe assuré est constitué de la ou des catégories de personnel définies conformément aux dispositions réglementaires en vigueur et indiquées sur le bulletin d'adhésion. Ces salariés sont dénommés ci-après « participants ».

ARTICLE 1-9

Affiliation et prise d'effet de la garantie

—

Doivent être obligatoirement affiliés au présent contrat les salariés présents et futurs répondant à la définition du groupe assuré, tel que défini dans le bulletin d'adhésion et déjà affiliés au sein de l'entreprise au contrat santé complémentaire socle.

—

L'affiliation et l'admission dans l'assurance prennent effet :

- à la date de prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise au présent contrat lorsqu'il est inscrit sur les registres du personnel et qu'il fait partie du groupe assuré ;
- à compter de sa date d'entrée dans le groupe assuré, notamment lorsqu'il est engagé postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise au présent contrat.

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

- à la date de prise d'effet de l'affiliation du participant ;
- à la date de survenance de l'événement engendrant un changement de la situation familiale du participant tel que défini à l'Annexe 1, dûment déclaré à l'Institution dans le délai de 30 jours suivant l'événement. Hors ce délai, l'affiliation prend effet le premier jour du mois qui suit la déclaration.

Les participants et leurs ayants droit ouvrent droit aux prestations dès le premier jour d'affiliation.

—

Dans le cadre du contrat complémentaire SantéA, l'affiliation des ayants droit à titre facultatif (extension de garanties) peut être demandée par le participant :

- à la date de prise d'effet de l'affiliation du participant au présent contrat. Les ayants droit sont alors affiliés et admis dans l'assurance en même temps que le participant ;
- à tout moment en cours d'année. Les ayants droit sont alors admis dans l'assurance le premier jour du mois qui suit la demande ;
- à la date d'un changement de la situation familiale du participant tel que défini à l'Annexe 1, dûment déclaré à l'Institution dans le délai de 30 jours suivant l'événement. Hors ce délai, les ayants droit sont alors admis dans l'assurance le 1^{er} jour du mois qui suit la demande.

Les garanties sont accordées aux ayants droit, moyennant le versement d'une cotisation par le participant telle que définie à l'article 3-2 des présentes Conditions générales.

Le participant a la faculté de dénoncer l'extension des garanties à ses ayants droit :

- annuellement, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique adressé à l'Institution, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. La dénonciation prend alors effet à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante ;
- en cours d'année, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique adressé à l'Institution, dans les 30 jours qui suivent l'événement, en cas de changement de sa situation familiale. La dénonciation prend alors effet à compter du 1^{er} jour du mois civil qui suit l'événement.

En cas de dénonciation, toute nouvelle demande d'extension des garanties aux ayants droit du participant ne peut intervenir, au plus tôt, qu'à l'expiration d'un délai de 2 ans.

DISPENSES D'AFFILIATION

Sans préjudice des cas de dispenses d'ordre public prévus par les textes législatifs et réglementaires en vigueur, les participants se trouvant dans l'une des situations prévues par l'article R.242-1-6 du Code de la Sécurité sociale, et sous réserve que l'acte juridique instituant la garantie frais de santé le prévoit, pourront se dispenser d'affiliation.

Préalablement à la demande de dispense, l'employeur

informe le 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 frais de santé et qu'il ne bénéficiera pas des prestations, ni du droit à portabilité. Le salarié doit compléter le formulaire de demande type mis à disposition par son employeur prenant la forme d'une déclaration sur l'honneur indiquant notamment que le salarié reconnaît avoir été informé en bonne et due forme. Lorsque la dispense prend fin ou n'est pas renouvelée, l'entreprise adhérente doit en informer l'Institution ou la MSA d'Alsace pour les entreprises relevant de l'Accord National du Paysage dans les plus brefs délais.

Le participant doit demander la dispense d'affiliation par écrit à son employeur, au plus tard le 8 du mois précédant la mise en œuvre de cette dispense.

Le participant doit produire chaque année à l'employeur auprès duquel il bénéficie d'une dispense d'affiliation tous documents justifiant de la couverture frais de santé.

ARTICLE 1-10

Cessation de l'affiliation et de la garantie

1. CESSATION DE L'AFFILIATION

L'affiliation du participant au contrat cesse :

- à la date à laquelle il cesse d'appartenir au groupe assuré, tel que défini à l'article 1-8 des présentes Conditions générales ;
- à la date de rupture de son contrat de travail, quel qu'en soit le motif, étant précisé qu'en ce qui concerne le participant bénéficiant des dispositions légales applicables en matière de cumul emploi-retraite, il s'agit de la date de rupture de son contrat de travail au titre de l'activité cumulée avec sa retraite ;
- à la date de prise d'effet de la résiliation du présent contrat par l'entreprise adhérente.

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 de l'Annexe 1 des présentes Conditions générales.

2. CESSATION DE LA GARANTIE

Sous réserve des dispositions relatives à la portabilité prévues à l'article 3-8 et au maintien de la garantie sous forme de contrat individuel défini à l'article 3-9, pour chaque participant et ayant droit, les garanties souscrites prennent fin à la date de cessation de leur affiliation dans les conditions du paragraphe ci-dessus.

ARTICLE 1-11

Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

1. SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL POUR CAUSE DE MALADIE, MATERNITÉ OU ACCIDENT

La garantie est maintenue, pendant la période de suspension du contrat de travail, au participant indemnisé au titre de l'incapacité temporaire 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. À titre exceptionnel, lorsque l'entreprise adhérente relève de l'Accord national du paysage, la garantie est maintenue y compris en cas de suspension du contrat liée à une incapacité permanente.

Les cotisations continuent à être versées, dans les conditions prévues à l'article 2-3.

2. SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL POUR UNE AUTRE CAUSE

En cas de suspension du contrat de travail pour incapacité permanente de travail, ou dans les cas prévus par le Code du travail ou par convention collective (congé sans solde, congé parental, congé pour création d'entreprise, etc.), le participant peut demander le maintien de la garantie moyennant le versement complet de la cotisation correspondante (parts patronale et salariale). À titre exceptionnel, lorsque l'entreprise adhérente relève de l'Accord national du paysage, la garantie est maintenue y compris en cas de suspension du contrat liée à une incapacité permanente.

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

ARTICLE 1-12

Obligations de l'entreprise adhérente

1. À 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 ;
- avertir par écrit les participants des modifications apportées à leurs droits et obligations à la suite d'une révision du présent contrat ;
- prévenir les participants lorsqu'ils sortent du groupe assuré des conditions dans lesquelles ils peuvent bénéficier de la portabilité et du maintien des garanties sous forme de contrat individuel prévus aux articles 3-8 et 3-9.

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

2. À L'ÉGARD DE L'INSTITUTION

L'entreprise adhérente s'oblige :

- à affilier l'ensemble des participants appartenant au groupe assuré ;
- à verser les cotisations selon les modalités définies ci-après ;
- à répondre aux questions de l'Institution relatives à l'application du contrat ;
- à fournir à l'Institution ou au délégataire de gestion les éléments nécessaires à la gestion du présent contrat, notamment les entrées et sorties du personnel.

L'entreprise adhérente devra respecter le dispositif légal relatif à la Déclaration Sociale Nominative (DSN) à compter de sa date d'entrée en vigueur. Pour la gestion du présent contrat, l'entreprise adhérente s'engage, notamment, à compléter ladite déclaration des données de paramétrage transmises par l'Institution.

ARTICLE 1-13

Obligations du participant

Chaque participant s'oblige :

- à accepter le précompte des cotisations sur son salaire ;
- à fournir à l'Institution ou la MSA d'Alsace pour les entreprises relevant de l'Accord National du Paysage les renseignements nécessaires à l'établissement de ses droits et obligations.

Titre 2 — Cotisations

ARTICLE 2-1 Structure tarifaire

—
Pour les entreprises relevant de la CCN52 ou de l'Accord National du Paysage, la cotisation est de type « uniforme » ou « famille », cela signifie qu'elle couvre le participant et sa famille, quelle que soit la composition de celle-ci.

Pour les entreprises adhérentes à SantéA, la cotisation est dépendante de la structure tarifaire choisie par l'entreprise pour le socle SantéA. La cotisation peut être de type « uniforme », « adulte/enfant » en obligatoire ou en facultatif ou encore « isolé/famille » en obligatoire ou en facultatif.

ARTICLE 2-2 Montant des cotisations

—
Son montant varie selon la formule choisie par l'entreprise adhérente ou par les partenaires sociaux dans le cadre de l'accord de branche.

—
La cotisation 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.

—
Sans préjuger des ajustements nécessaires à l'équilibre technique du régime, la cotisation (hors taxes) évolue proportionnellement à la moyenne des taux d'accroissement des trois dernières années de l'indice national de la consommation médicale totale, sauf décision ponctuelle de la CPCEA.

ARTICLE 2-3 Modalités de paiement des cotisations

—
Les cotisations, obligatoires ou facultatives dans le cas du contrat socle SantéA, sont exigibles le **1^{er} jour du trimestre civil** suivant celui auquel elles se rapportent. Le versement de ces cotisations à l'Institution doit être effectué dans le délai d'un mois à compter de la date d'exigibilité.

Dans le cas d'un choix d'extension de la garantie aux ayants droit par le participant, les cotisations de type facultatif sont à la charge exclusive du salarié. Elles sont précomptées sur sa fiche de paie et réglées dans les conditions prévues ci-dessus.

À défaut de production de la déclaration annuelle des salaires dans le délai imparti ou en cas de déclaration inexacte par l'entreprise adhérente, l'Institution peut exiger le versement d'une pénalité selon les modalités déterminées par le Conseil d'administration de l'Institution. Les cotisations sont dues jusqu'à la date de la cessation d'affiliation du participant telle que définie à l'article 1-10.

—
Chaque mois, l'entreprise adhérente doit procéder à la Déclaration Sociale Nominative (DSN) qui donnera lieu, le cas échéant après traitement par l'Institution, à une régularisation annuelle des cotisations au cours du 1^{er} 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 adhérente, à savoir soit le 1^{er} jour du mois suivant le mois civil auquel elles se rapportent, soit le 1^{er} jour du trimestre suivant le trimestre civil auquel elles se rapportent.

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

ARTICLE 2-4 Défaut de paiement des cotisations

—
Le versement des cotisations prévues par le présent contrat est de la seule responsabilité de l'entreprise adhérente, même si une fraction de celles-ci est à la charge effective des participants.

Dans les cas de suspension du contrat de travail prévus à l'article 1-11-2, le paiement des cotisations est de la responsabilité du participant.

—
En cas de non-paiement des cotisations dans le délai imparti, il sera fait application de majorations de retard au taux de 0,9 % par mois de retard.

—
En tout état de cause, l'Institution ou la MSA d'Alsace peut poursuivre le recouvrement des cotisations par toutes voies de droit, les frais engagés étant à la charge de l'entreprise adhérente. À défaut de paiement des cotisations dans les délais impartis, l'Institution ou la MSA d'Alsace adresse à

l'entreprise adhérente une mise en demeure, passé un délai de 10 jours, par lettre recommandée avec accusé de réception.

—

En cas de mise en demeure restée infructueuse, passé un délai de 30 jours, l'Institution ou la MSA d'Alsace pourra suspendre la garantie, puis résilier le présent contrat, 10 jours plus tard.

—

Le contrat non résilié reprend effet à midi, le lendemain du jour où ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

—

Par ailleurs, cette procédure est indépendante du droit pour l'Institution ou la MSA d'Alsace d'appliquer les majorations de retard à la charge exclusive de l'adhérent prévues ci-dessus et de poursuivre le recouvrement des cotisations par voie judiciaire.

Titre 3 — Garantie santé

ARTICLE 3-1 Bénéficiaires de la garantie

La garantie est accordée au participant en activité ou en situation de suspension de son contrat de travail pour incapacité temporaire de travail, de maternité ou pour incapacité permanente de travail pour les salariés relevant l'Accord National du Paysage, ainsi qu'à ses ayants droit, affiliés dans les conditions définies dans l'article 1-9.

ARTICLE 3-2 Entrée en vigueur de la garantie

1. PARTICIPANT

La garantie entre en vigueur **immédiatement**, dès la prise d'effet de l'affiliation du participant, conformément aux dispositions de l'article 1-9.

2. AYANTS DROIT

La garantie entre en vigueur **immédiatement**, dès la prise d'effet de l'affiliation des ayants droit, conformément aux dispositions de l'article 1-9.

ARTICLE 3-3 Montant de la garantie

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 remboursements seront automatiquement révisés dans les conditions et délais fixés par les textes.

Les remboursements garantis par le présent contrat s'effectuent, poste par poste, acte par acte ou par acte global au sens de la classification commune des actes médicaux, dans la limite des frais réellement engagés et dans les conditions prévues au tableau des garanties figurant en Annexe 2 du présent contrat.

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale ou en euros. Les forfaits exprimés en euros et par an s'entendent par bénéficiaire et par année civile, c'est-à-dire du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Les prestations optiques « équipement, verres et monture » sont limitées à un équipement (2 verres et une monture)

toutes les 2 années décomptées à partir de la date d'acquisition de l'équipement. Ce délai est réduit à 1 an en cas d'évolution de la vue ou pour les enfants âgés de moins de 18 ans.

ARTICLE 3-4 Limites et exclusions de la garantie

De manière générale, ne sont pas pris en charge :

- les frais engagés, au titre d'actes exécutés avant la date d'entrée en vigueur des garanties ou après la cessation des garanties ;
- les frais résultants d'actes qui, bien qu'inscrits à la nomenclature des actes professionnels, ne sont pas pris en charge par le régime de base, sauf cas prévus au tableau de garanties figurant en Annexe 2 du présent contrat ;
- les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins, de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 3-5 Étendue territoriale de la garantie

La garantie frais de santé s'exerce **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 social de base français, sauf exceptions prévues par le tableau des garanties.

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

ARTICLE 3-6 Règlement des prestations

Les prestations versées dans le cadre du présent contrat sont réglées directement au participant par le délégataire de gestion.

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, 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 3-7 **Contrôle des prestations**

—

En cas de suspicion de fraude aux prestations, l'Institution se réserve la possibilité d'effectuer des contrôles, voire des expertises médicales, et/ou de demander toutes autres justifications qui lui paraîtraient nécessaires, notamment les prescriptions médicales et les factures détaillées.

—

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 3-8 **Portabilité des droits**

—

En cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, les anciens salariés bénéficient du maintien des garanties frais de santé prévue par le présent contrat 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 du présent contrat.

—

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

3-8-1. BÉNÉFICIAIRES

Continuent à bénéficier des garanties frais de santé, qui les couvrait 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 à la garantie frais de santé avant la rupture de leur contrat de travail.

Le bénéfice de cette couverture est étendu aux ayants droit de l'ancien salarié s'ils étaient déjà couverts avant la rupture du contrat de travail de ce dernier.

3-8-2. OUVERTURE ET DURÉE DES DROITS À PORTABILITÉ

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

—

La durée du maintien des garanties frais de santé est égale à la durée du dernier contrat de travail de l'ancien salarié ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail de l'intéressé lorsqu'ils sont consécutifs dans l'entreprise adhérente.

—

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

3-8-3. OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHÉRENTE

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

3-8-4. OBLIGATIONS DE L'ANCIEN SALARIÉ

L'ancien salarié doit justifier auprès de l'Institution, à l'ouverture ainsi qu'au cours de la période de portabilité, qu'il remplit les conditions requises.

—

À ce titre, l'ancien salarié doit fournir une copie de son certificat de travail et de l'attestation de prise en charge par l'assurance chômage.

—

Chaque mois, l'ancien salarié doit adresser une copie des attestations de paiement de Pôle emploi.

—

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.

3-8-5. PRESTATIONS

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

—

Toute modification de ces prestations intervenant au cours de la période de portabilité est applicable aux bénéficiaires du maintien des garanties frais de santé.

—

3-8-6. CESSATION DE LA PORTABILITÉ

Le maintien des garanties frais de santé 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 a droit si elle est inférieure à 12 mois ;
- à la date de reprise d'une activité professionnelle par l'ancien salarié ;
- à la date de cessation du versement des allocations chômage ;
- en cas de décès de l'ancien salarié ;
- 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 résiliation du présent 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.

ARTICLE 3-9

Maintien de la garantie sous forme contrat individuel

3-9-1. AU PARTICIPANT, EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

En application de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Évin », l'Institution proposera aux participants, dans les 2 mois qui suivent la date de cessation de leur contrat de travail ou la date de fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits, le maintien de leur couverture 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 bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- être privés d'emploi et bénéficier d'un revenu de remplacement ;
- être en rupture de contrat de travail et être bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'une pension d'invalidité et percevoir à ce titre des prestations en espèces de leur 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.

—

Les garanties entrent en vigueur dès la date de cessation des garanties du présent contrat collectif, sous réserve du paiement par le participant des cotisations depuis cette date.

À défaut, les garanties entrent en vigueur au lendemain de la demande d'adhésion.

—

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.

3-9-2. AUX AYANTS DROIT D'UN PARTICIPANT DÉCÉDÉ

En application de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Évin », 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 la couverture 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.

—

Pour être recevable, la demande d'adhésion doit parvenir à l'Institution au plus tard 6 mois après le décès du participant.

—

Les garanties entrent en vigueur dès la date de cessation des garanties du présent contrat collectif, sous réserve du paiement par les ayants droit des cotisations depuis cette date. À défaut, les garanties entrent en vigueur au lendemain de la demande d'adhésion.

—

Ces garanties sont maintenues pendant une durée minimale de 12 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.

Titre 4 — Garanties assistance

ARTICLE 4-1 Dispositions générales de la garantie assistance

1. OBJET DE L'ASSISTANCE

La garantie AGRICA ASSISTANCE assurée par MUTUAIDE ASSISTANCE est proposée en inclusion du module Soins et du module Transport et hospitalisation. Elle comprend un ensemble de prestations mises en œuvre :

- au domicile du bénéficiaire, pour couvrir les conséquences d'une maladie ou d'un accident ;
- lors d'un déplacement d'ordre professionnel au-delà de 100 km du domicile, en cas de maladie, blessure et/ou d'hospitalisation sur place.

2. BÉNÉFICIAIRES

- les salariés couverts par le contrat Santé + CPCEA,
- leurs ayants droit tels que définis en Annexe 1.

3. DÉBUT ET FIN DE LA GARANTIE

La garantie AGRICA ASSISTANCE entre en vigueur dès l'affiliation du salarié à la garantie Santé + CPCEA. Elle cesse tous ses effets en cas de cessation de la garantie Santé + CPCEA. Dans ce cas, les prestations prévues sont prises en charge si l'événement qui y a donné naissance est antérieur à la date de résiliation ou de sortie du contrat.

4. DÉFINITIONS

L'assistance Santé

L'assistance aux personnes comprend l'ensemble des prestations mises en œuvre au domicile du bénéficiaire, à la suite d'une hospitalisation ou d'une immobilisation au domicile.

Domicile

Le lieu de résidence principal et habituel du bénéficiaire en France métropolitaine, principautés d'Andorre ou de Monaco ou dans les DROM, et figurant sur la déclaration d'impôt sur le revenu.

Événements garantis

Pour l'assistance Santé :

- hospitalisation ou immobilisation du bénéficiaire au domicile ;
- immobilisation de l'enfant du bénéficiaire au domicile.

Pour l'assistance aux personnes en déplacement :

- maladie ou blessure empêchant le bénéficiaire de poursuivre son déplacement dans les conditions prévues.

Hospitalisation

Séjour d'une durée égale ou supérieure à 48 heures, dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical, à la suite d'une atteinte corporelle grave. Un séjour en maternité d'une durée inférieure à 12 jours n'est pas considéré comme une hospitalisation.

Immobilisation d'un bénéficiaire au domicile

L'état qui empêche le bénéficiaire d'exercer son activité habituelle et qui entraîne, à la suite d'une maladie ou d'un accident, son immobilisation au domicile pour une durée égale ou supérieure à 8 jours consécutifs, pour des raisons médicalement justifiées et prouvées.

Atteinte corporelle grave

Accident ou maladie à caractère imprévisible dont la nature met en jeu le pronostic vital ou risque d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de l'état de la victime si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

Par accident on entend : altération brutale de la santé ayant pour cause un événement extérieur soudain, imprévisible, violent et indépendant de la volonté de la victime.

L'intoxication alimentaire est assimilée à un accident.

Par maladie on entend : altération soudaine et imprévisible de la santé constatée par une autorité médicale compétente. Par maladie grave on entend : maladie mettant en jeu le pronostic vital.

Blessure

Toute atteinte corporelle médicalement constatée, consécutive à un événement soudain et fortuit, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure atteignant le bénéficiaire et non intentionnelle de la part de ce dernier.

Proche

Toute personne physique désignée par le bénéficiaire domiciliée :

- en France métropolitaine, principautés d'Andorre ou de Monaco si le bénéficiaire est domicilié en France métropolitaine, principautés d'Andorre ou de Monaco ;
- dans le même DROM que le bénéficiaire s'il est domicilié dans les DROM.

Par DROM (départements et régions d'outre-mer), on entend la nouvelle appellation des DOM-TOM, depuis la réforme constitutionnelle du 17 mars 2003 venant modifier les dénominations des DOM-TOM et leurs définitions.

L'assistance aux personnes en déplacement

L'assistance aux personnes comprend l'ensemble des prestations mises en œuvre en cas d'événement garanti, lors d'un déplacement garanti.

Déplacements garantis

Les 90 premiers jours de tout déplacement d'ordre professionnel au-delà de 100 km du domicile.

Franchise

100 km du domicile.

Bagages

Les effets courants de voyage (maximum 20 kg).

AGRICA ASSISTANCE organise :

AGRICA ASSISTANCE accomplit les démarches nécessaires pour accomplir la prestation.

AGRICA ASSISTANCE prend en charge :

AGRICA ASSISTANCE finance le coût de la prestation.

5. ÉTENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE**Pour l'assistance Santé :**

- au domicile du bénéficiaire situé en France métropolitaine, principautés d'Andorre ou de Monaco ou dans les DROM.

Pour l'assistance aux personnes en déplacement :

- monde entier **sauf pays de domicile**, France métropolitaine et DROM, pour la garantie « Avance des frais médicaux et d'hospitalisation » ;
- monde entier pour la garantie « rapatriement médical ».

Dans tous les cas, une franchise de 100 km est appliquée.

Les garanties ne sont pas accordées dans les pays en état de guerre civile ou étrangère, déclarée ou non, ni dans les pays d'instabilité politique notoire, subissant des représailles, des restrictions à la libre circulation des personnes et des biens, et ce, quel qu'en soit le motif, notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, ni dans les pays subissant des actes de terrorisme, ayant subi des catastrophes naturelles ou une désintégration du noyau atomique.

6. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DE LA GARANTIE

L'assistance doit toujours faire l'objet d'une demande préalable auprès d'AGRICA ASSISTANCE.

En tout état de cause l'assistance qui n'a pas été organisée par AGRICA ASSISTANCE, ou en accord avec elle, ne donne pas droit, a posteriori, à un remboursement ou à une quelconque indemnisation.

Déclenchement de la garantie

Seul l'appel téléphonique au moment de l'événement permet le déclenchement de l'assistance.

Pour bénéficier des prestations d'assistance, le bénéficiaire ou son représentant doit contacter AGRICA ASSISTANCE préalablement à toute intervention. Lors du premier appel, un numéro de dossier d'assistance lui sera communiqué. Il devra le rappeler systématiquement, lors de toutes relations ultérieures avec le service.

Pour contacter AGRICA ASSISTANCE 7 jours sur 7 – 24 heures sur 24

| | DE FRANCE | DE L'ÉTRANGER |
|----------------------|--|--|
| PAR TÉLÉPHONE | 01 45 16 65 15 | + 33 1 45 16 65 15 précédé de l'indicatif local d'accès au réseau international |
| PAR FAX | 01 45 16 63 92 OU 01 45 16 63 94 | + 33 1 45 16 63 92 OU + 33 1 45 16 63 94 précédé de l'indicatif local d'accès au réseau international |

AGRICA ASSISTANCE a tout pouvoir d'appréciation pour définir, au cas par cas, la durée d'application des garanties appropriées. Il sera notamment tenu compte, pour ce faire, de l'état de santé et de l'environnement familial du bénéficiaire.

Les garanties d'assistance n'ont vocation à s'appliquer que dans les cas où l'entourage du bénéficiaire ne peut apporter à ce dernier l'aide requise par les circonstances.

Éléments à communiquer

Le bénéficiaire ou son représentant doit fournir les informations suivantes, lors de chaque appel :

- l'identifiant du contrat ;
- ses nom et prénom ;
- son numéro de Sécurité sociale ;
- l'adresse de son domicile ;
- le cas échéant, les nom et prénom de la personne qui bénéficiera des prestations ;

- le lieu et le numéro de téléphone où le bénéficiaire ou son représentant peut être joint ;
- la nature de la demande.

Remboursement des frais engagés

AGRICA ASSISTANCE rembourse, après accord express, sur présentation des factures originales correspondant aux frais engagés, et ce, sous réserve d'avoir été contacté dans les délais impartis. Ces demandes doivent être adressées à :

AGRICA ASSISTANCE

Service Gestion des Sinistres

8-14 avenue des Frères Lumière
94368 BRY-SUR-MARNE Cedex

Contrôle

Pour ouvrir droit au bénéfice d'une prestation, AGRICA ASSISTANCE peut demander au bénéficiaire de la garantie de justifier de la qualité qu'il invoque et de produire, à ses frais, les pièces ou documents prouvant ce droit.

7. LIMITES DE RESPONSABILITÉ

La responsabilité d'AGRICA Assistance ne peut en aucun cas être engagée pour des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engin, effet nucléaire ou radioactif, empêchement climatique.

8. LIMITES ET EXCLUSIONS DE LA GARANTIE

Outre les exclusions prévues à l'article 20, la garantie assistance exclut :

- les prestations qui n'ont pas été organisées par les soins d'AGRICA ASSISTANCE ou avec son accord ;
- la prise en charge des conséquences résultant d'actes intentionnels ou dolosifs du bénéficiaire ;
- les prestations servant à couvrir les conséquences d'infractions à la législation française ou étrangère ;
- les conséquences de l'exposition à des agents biologiques infectants, à des agents chimiques type gaz de combat, à des agents incapacitants, neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifiques de la part des autorités sanitaires internationales et/ou sanitaires locales du pays où vous séjournez et/ou nationale de votre pays de domicile ;

- les conséquences d'actes dolosifs, de suicide ou de tentative de suicide ;
- les conséquences de toute mutilation volontaire du bénéficiaire ;
- les dommages provoqués intentionnellement par le bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou à une rixe, sauf en cas de légitime défense ;
- le montant des condamnations et leurs conséquences,
- l'usage de stupéfiants ou de drogues non prescrits médicalement et ses conséquences ;
- l'état d'imprégnation alcoolique et ses conséquences,
- la pratique, à titre professionnel, de tout sport ;
- la participation à des compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre ou aérien ;
- les conséquences des événements survenus au cours d'épreuves, courses et compétitions motorisées (et leurs essais) soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque le bénéficiaire y participe en tant que concurrent ;
- les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- l'inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales ;
- les interdictions officielles, les saisies ou contraintes par la force publique ;
- l'absence d'aléa ;
- l'utilisation par le bénéficiaire d'appareils de navigation aérienne ;
- l'utilisation d'engins de guerre, explosifs et armes à feu ;
- les dommages résultant d'une faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire conformément à l'article L.113-1 du Code des assurances ;
- les frais non justifiés par des documents originaux.

—

AGRICA ASSISTANCE ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence et intervient dans la limite des accords donnés par les autorités locales, ni prendre en charge les frais ainsi engagés, à l'exception des frais de transport en ambulance ou en taxi jusqu'au lieu le plus proche où pourront être prodigués les soins appropriés, en cas d'affection bénigne ou de blessures légères ne nécessitant ni un rapatriement ni un transport médicalisé.

—

Exclusions de l'assistance en déplacement :

- les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement médical ou d'intervention de chirurgie esthétique ;
- les événements survenus après le 90^e jour du déplacement ;
- les événements survenus lors d'un déplacement à moins de 100 km du domicile ;
- les frais engagés après le retour du voyage ou l'expiration de la garantie ;
- les sinistres survenus dans les pays exclus de la garantie ou en dehors des dates de validité du contrat, et notamment au-delà de la durée du déplacement prévu ;
- les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec le bénéficiaire ;
- les maladies chroniques ;
- les frais médicaux et d'hospitalisation dans le pays de domicile du bénéficiaire, en France métropolitaine et dans les DROM ;
- les frais médicaux et d'hospitalisation dans le pays de domicile du bénéficiaire ;
- les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et/ou qui n'empêchent pas le bénéficiaire de poursuivre son voyage ;
- les convalescences et les affections en cours de traitement, non encore consolidées et comportant un risque d'aggravation brutale ;
- les rééducations, kinésithérapies, chiropraxies et les frais en découlant ;
- les maladies et/ou blessures préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation ambulatoire dans les 3 mois précédant la date du départ en voyage, qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état ;
- les événements liés à un traitement médical ou à une intervention chirurgicale qui ne présenteraient pas un caractère imprévu, fortuit ou accidentel ;
- les services médicaux ou paramédicaux et l'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française, et les frais s'y rapportant ;
- les frais de prothèse (optique, dentaire, acoustique, fonctionnelle) ;
- les frais de douane, de restauration, hôtel, sauf ceux précisés dans le texte des garanties.

Exclusions de l'assistance Santé :

- l'hospitalisation du bénéficiaire pour une durée inférieure à 48 heures consécutives ;
- l'immobilisation du bénéficiaire pour durée inférieure à 8 jours ;
- l'immobilisation de l'enfant du bénéficiaire pour durée inférieure à 3 jours ;
- les maladies chroniques ;
- l'invalidité ou l'infirmité préexistante ;
- les séjours en maison de repos et les frais en découlant ;
- les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant ;
- les maladies chroniques ;
- les frais de cure thermale, traitement esthétique, vaccination et les frais en découlant.

ARTICLE 4-2

Descriptif des garanties assistance

Les prestations d'assistance proposées par le contrat sont résumées au tableau de l'Annexe 3.

1. INFORMATIONS ET SERVICES SANTÉ

Informations pratiques et juridiques

AGRICA ASSISTANCE met à la disposition du bénéficiaire un service de renseignements et d'informations fonctionnant sans interruption 24 h/24 et 7 j/7. Les prestations sont fournies les jours ouvrables, entre 9 h 00 et 21 h 00, dans les délais normalement nécessaires à la satisfaction de la demande.

AGRICA ASSISTANCE recherche les informations pratiques à caractère documentaire destinées à orienter le salarié dans les domaines de la vie quotidienne. Les informations communiquées par AGRICA ASSISTANCE sont des renseignements à caractère documentaire visés par l'article 66-1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971. Elles ne constituent pas des consultations juridiques.

Informations par téléphone sur les adresses des professionnels de santé proches du domicile

AGRICA ASSISTANCE recherche et communique au bénéficiaire des informations à caractère général dans le domaine de la maladie et de la santé telles que :

- renseignements généraux ;
- adresses et coordonnées de professionnels de santé (médecins, dentistes, infirmiers, ambulanciers, kinésithérapeutes, pharmacies de garde, laboratoires...) ;
- vaccinations ;
- hygiène-prévention ;
- diététique ;

- associations spécialisées ;
- magasins de matériel médical ;
- centres de cure, centres hospitaliers, centres de soins, de convalescence ;
- établissements spécialisés ;
- précautions à prendre en cas de voyage selon les pays visités.

Recherche et envoi d'un professionnel de santé

En cas d'absence du médecin traitant, AGRICA ASSISTANCE peut apporter toute l'aide nécessaire pour la recherche d'un professionnel de santé (médecin, dentiste, personnel paramédical), en fonction des disponibilités locales.

—

Les frais éventuels de déplacement, de soins, les honoraires et autres restent intégralement à la charge du bénéficiaire.

Réservation d'un lit en milieu hospitalier

Si une hospitalisation est jugée nécessaire par le médecin traitant du bénéficiaire, AGRICA ASSISTANCE réserve un lit dans le service hospitalier le plus proche de son domicile ou le plus apte à répondre aux besoins de traitement (après l'accord du centre d'admission).

Mise en relation avec un médecin

Si le bénéficiaire souhaite dialoguer avec un médecin, il peut contacter AGRICA ASSISTANCE 24 heures/24 qui organise la mise en relation avec l'un d'eux. Le bénéficiaire peut obtenir des informations médicales ou des explications sur des pathologies. Les médecins lui communiqueront les informations ou les renseignements souhaités, mais ne pourront en aucun cas faire de consultation médicale par téléphone.

Soutien psychologique

Le bénéficiaire est hospitalisé pour une durée égale ou supérieure à 48 heures, ou il est immobilisé au domicile pour une durée égale ou supérieure à 8 jours.

AGRICA ASSISTANCE organise et prend en charge une aide psychologique en mettant le bénéficiaire en relation téléphonique avec un psychologue, dans la limite de 6 entretiens téléphoniques par personne et par événement.

2. ASSISTANCE DE L'ENFANT MALADE

Garde des enfants

À la suite d'un problème médical imprévu constaté par un certificat médical, un des enfants du bénéficiaire doit garder la chambre pour une durée égale ou supérieure à **3 jours consécutifs**, et le bénéficiaire ne peut rester à son chevet.

AGRICA ASSISTANCE organise et prend en charge, au choix, dès le premier jour de l'immobilisation :

- **soit** la garde de l'enfant au domicile par une personne qualifiée, dans la limite des contraintes locales, à concurrence de 30 heures maximum, réparties du lundi au vendredi (hors jours fériés) pour 2 heures minimum par jour, dans une tranche horaire de 8 h 00 à 19 h 00 ;
- **soit** un voyage aller-retour permettant à un proche de se rendre au domicile du bénéficiaire, pour garder l'enfant, et ce, par les moyens les plus appropriés et en fonction des disponibilités locales.

Cette garantie est accordée 2 fois par an par enfant.

3. ASSISTANCE CAS D'HOSPITALISATION (PRÉVUE OU IMPRÉVUE)

Les prestations d'assistance détaillées ci-dessous sont acquises aux bénéficiaires, **dès le premier jour d'hospitalisation**, dans un établissement de soins pour une durée égale ou supérieure à **48 heures consécutives**.

Accompagnement administratif et social

Pendant ou au retour de l'hospitalisation, AGRICA ASSISTANCE met à la disposition du bénéficiaire, par téléphone, un service d'information et d'accompagnement dans les démarches administratives : constitution de dossier, coordination entre les éventuels intervenants à domicile, etc.

Garde des enfants de moins de 16 ans

Le bénéficiaire est hospitalisé et personne dans son entourage immédiat ne peut se charger de la garde des enfants au domicile. AGRICA ASSISTANCE organise et prend en charge, au choix :

- **soit** la garde de l'enfant au domicile par une assistante maternelle, dans la limite des contraintes locales, à concurrence de 20 heures maximum par événement, réparties du lundi au vendredi (hors jours fériés) pour 2 heures minimum par jour, dans une tranche horaire de 8 h 00 à 19 h 00. L'assistante maternelle se chargera, le cas échéant, de la conduite des enfants à l'école ;
- **soit** un voyage aller-retour permettant à un proche de se rendre au domicile du bénéficiaire pour garder l'enfant, et ce, par les moyens les plus appropriés et en fonction des disponibilités locales ;
- **soit** le transport aller-retour du ou des enfants, accompagné par une hôtesse le cas échéant, jusqu'au domicile d'un proche désigné par le bénéficiaire.

Cette garantie est accordée 1 fois par an.

Garde des ascendants

Le bénéficiaire est hospitalisé et personne dans son entourage immédiat ne peut se charger de la garde des ascendants à charge. AGRICA ASSISTANCE organise et prend en charge, au choix :

- **soit** la venue d'une personne qualifiée au domicile pour en assurer la garde, dans la limite des contraintes locales, à concurrence de 20 heures maximum par événement, réparties du lundi au vendredi (hors jours fériés) pour 2 heures minimum par jour, dans une tranche horaire de 8h00 à 19h00 ;
- **soit** un voyage aller-retour permettant à un proche de se rendre au domicile du bénéficiaire pour garder les ascendants, et ce, par les moyens les plus appropriés et en fonction des disponibilités locales ;
- **soit** le transport aller-retour des ascendants jusqu'au domicile d'un proche désigné par le bénéficiaire.

Cette garantie est accordée 1 fois par an.

4. ASSISTANCE AU RETOUR D'HOSPITALISATION OU EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE (PRÉVUE OU IMPRÉVUE)

Les prestations d'assistance détaillées ci-dessous sont acquises aux bénéficiaires :

- dès le premier jour du retour au domicile à la suite d'une hospitalisation d'une durée égale ou supérieure à **48 heures consécutives** ;
- dès le premier jour d'une immobilisation au domicile d'une durée égale ou supérieure à **8 jours consécutifs**.

Organisation et prise en charge de la venue d'un proche

Si le bénéficiaire souhaite la présence d'un proche parent, AGRICA ASSISTANCE organise et prend en charge les frais de transport du proche jusqu'à son chevet, et ce, par les moyens les plus appropriés et en fonction des disponibilités locales.

Cette garantie est accordée au maximum 2 fois par an. Aide-ménagère

Le bénéficiaire, immobilisé au domicile, est dans l'impossibilité de remplir ses obligations domestiques. AGRICA ASSISTANCE organise, en fonction des disponibilités locales, et prend en charge la venue d'une aide-ménagère pour aider aux tâches quotidiennes (entretenir le domicile, préparer les repas ou effectuer les courses).

Notre prise en charge ne peut excéder 30 heures au total, à

raison de 2 heures consécutives minimum par jour (du lundi au vendredi hors jours fériés et dans une tranche horaire de 8h00 à 19h00), réparties dans les 30 jours depuis le premier jour de l'immobilisation au domicile.

Cette garantie est accordée au maximum 2 fois par an.

Cette garantie n'est pas cumulable avec les garanties Recherche et livraison de repas et Recherche et livraison de médicaments.

AGRICA ASSISTANCE ne pourra en aucun cas se porter garant de la qualité des prestations et voir sa responsabilité engagée à ce titre.

Recherche et livraison de repas

Le bénéficiaire immobilisé au domicile est dans l'impossibilité de préparer les repas ou d'effectuer les courses. AGRICA ASSISTANCE organise et prend en charge, dans la limite des contraintes locales, la livraison des repas à son domicile, à raison d'une livraison par jour (comportant un ou deux repas), pendant 15 jours. Le coût des repas reste à sa charge.

Cette garantie est accordée 2 fois par an.

Cette garantie n'est pas cumulable avec la garantie Aide-ménagère.

Recherche et livraison de médicaments

Le bénéficiaire immobilisé au domicile n'est pas en mesure d'aller acheter ses médicaments. AGRICA ASSISTANCE organise et prend en charge, dans la limite des contraintes locales, la recherche et la livraison au domicile du bénéficiaire des médicaments indispensables à son traitement, sur présentation d'une prescription médicale.

Le coût des médicaments reste à la charge du bénéficiaire.

Cette garantie est accordée 6 fois par an.

Cette garantie n'est pas cumulable avec la garantie Aide-ménagère.

5. ASSISTANCE AUX PERSONNES EN DÉPLACEMENT

Ces garanties sont accordées lorsque le bénéficiaire est malade ou blessé, lors d'un déplacement garanti. AGRICA ASSISTANCE intervient dans les conditions suivantes :

- avance des frais médicaux et d'hospitalisation (hors du pays de domicile).

AGRICA ASSISTANCE peut procéder à l'avance des frais médicaux ou d'hospitalisation que le bénéficiaire doit engager **hors de son pays de domicile**, hors de France métropolitaine et hors des DROM, à hauteur de 7 500 € TTC maximum par bénéficiaire, aux conditions cumulatives suivantes :

- les médecins d'AGRICA ASSISTANCE doivent juger, après recueil des informations auprès du médecin local, qu'il est impossible de rapatrier le bénéficiaire, dans l'immédiat, dans son pays de domicile ;
- les soins auxquels s'applique l'avance doivent être prescrits en accord avec les médecins d'AGRICA ASSISTANCE.
- le bénéficiaire ou toute personne autorisée par lui doit :
 - s'engager formellement par la signature d'un document spécifique, fourni par AGRICA ASSISTANCE lors de la mise en œuvre de la présente prestation ;
 - engager les démarches de prise en charge des frais auprès des organismes d'assurance dans le délai de 15 jours, à compter de la date d'envoi des éléments nécessaires à ces démarches par AGRICA ASSISTANCE ;
 - effectuer les remboursements à AGRICA ASSISTANCE des sommes perçues à ce titre de la part des organismes d'assurance dans la semaine qui suit la réception de ces sommes.

—
Resteront uniquement à la charge d'AGRICA ASSISTANCE, et dans la limite du montant de prise en charge prévu pour la prestation, les frais non pris en charge par les organismes d'assurance. Le bénéficiaire doit communiquer à AGRICA ASSISTANCE l'attestation de refus de prise en charge de ces organismes d'assurance, dans la semaine qui suit sa réception.

Pour préserver ses droits ultérieurs, AGRICA ASSISTANCE se réserve le droit de demander au bénéficiaire ou à ses ayants droit soit une empreinte de carte bancaire, soit un chèque de caution, soit une reconnaissance de dette limitée au montant de l'avance.

—
À défaut d'avoir effectué les démarches de prise en charge auprès des organismes d'assurance dans les délais, ou à défaut de présentation à AGRICA ASSISTANCE, dans les délais, de l'attestation de refus de prise en charge des organismes d'assurance, le bénéficiaire ne pourra en aucun cas se prévaloir de la prestation Avance des frais médicaux et d'hospitalisation et devra rembourser l'intégralité des frais d'hospitalisation avancés par AGRICA ASSISTANCE,

qui engagera, le cas échéant, toute procédure de recouvrement utile, dont le coût sera supporté par lui.

Pour le cas où AGRICA ASSISTANCE ferait l'avance des fonds à hauteur des montants exprimés ci-dessus, le bénéficiaire s'engage à lui reverser les remboursements obtenus des organismes sociaux et de prévoyance dans un délai de 3 mois à compter du jour de l'avance.

—
Les sommes avancées par AGRICA ASSISTANCE sont dans tous les cas remboursables et exigibles dès le retour du bénéficiaire dans son pays de domicile, et dans un délai de 3 mois à compter de l'avance des fonds.

Rapatriement d'un bénéficiaire malade ou blessé

Le bénéficiaire est malade ou blessé lors d'un déplacement garanti. AGRICA ASSISTANCE organise et prend en charge son rapatriement médical au domicile ou dans un établissement hospitalier proche de chez lui.

—
Sur prescription de son médecin conseil, AGRICA ASSISTANCE organise et prend en charge le transport d'un ou deux accompagnants à son côté.

—
Seules les exigences d'ordre médical sont prises en considération pour arrêter la date du rapatriement, le choix du moyen de transport ou du lieu d'hospitalisation. La décision de rapatriement est prise par le médecin conseil d'AGRICA ASSISTANCE, après avis du médecin traitant occasionnel et éventuellement du médecin de famille.

Tout refus de la solution proposée par notre équipe médicale entraîne l'annulation de la garantie d'assistance aux personnes.

6. ASSISTANCE TRANSPORTS (GARANTIE INCLUSE DANS LE MODULE TRANSPORT ET HOSPITALISATION)

AGRICA ASSISTANCE recherche, en fonction des disponibilités locales, un taxi ou un véhicule médicalisé (taxi conventionné, véhicule sanitaire léger ou ambulance) et organise l'envoi de ce véhicule au domicile du bénéficiaire.

—
Le coût du déplacement reste à la charge du bénéficiaire (et peut éventuellement faire l'objet d'un remboursement par le régime de base, le régime complémentaire santé et la garantie Santé +).

Titre 5 — Dispositions diverses

ARTICLE 5-1 Prescription

Conformément aux articles 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 2 ans en ce qui concerne l'appel de cotisations ;
- par 2 ans en ce qui concerne le paiement des prestations frais de santé.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive 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 5-2 Fausse déclaration

Les déclarations faites tant par l'entreprise adhérente que par le participant servent de base à la garantie.

L'Institution peut opérer une vérification des données ainsi communiquées.

Toute déclaration intentionnellement fautive ou incomplète, toute réticence, omission ou inexactitude dans la déclaration du risque entraîne l'application des sanctions prévues par l'article L. 32-7 du 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 5-3 Informatique et Libertés

Les informations concernant les participants sont destinées aux services de l'Institution et au(x) mandataire(s) pour les opérations déléguées.

En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, les intéressés peuvent demander, en justifiant de leur identité, communication et rectification, s'il y a lieu, de toute information les concernant qui figurerait sur tout fichier utilisé dans le cadre du présent contrat, par courrier au siège de l'Institution CPCEA – Correspondant Informatique et Libertés – 21, rue de la Bienfaisance, 75382 PARIS Cedex 08, ou par courriel à l'adresse suivante : cnil.blf@groupagricar.com.

ARTICLE 5-4 Réclamations – Médiation

—
En cas de désaccord persistant concernant le présent contrat, et en dehors de toute demande de renseignement ou d'avis, il est possible d'adresser une réclamation :

- **soit par courrier** au siège de l'Institution, service Réclamations, 21, rue de la Bienfaisance 75382 PARIS Cedex 08 ;
- **soit par courriel** sur le site Internet d'AGRICA www.groupagric.com en cliquant sur la rubrique « Une question, contactez-nous » puis en précisant le sujet de la demande « Faire une réclamation ».

—
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 (santé).

—
Dès lors, l'Institution adresse un accusé de réception dans les 10 jours suivants puis traite la réclamation dans un délai maximal de 2 mois.

Par la 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 5-5 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 5-6 Lutte contre le blanchiment 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.

Annexe 1 — Définitions des ayants droit

Pour le bénéfice des garanties de prévoyance et de santé, les ayants droit sont définis comme suit :

CONJOINT

Par conjoint, il faut entendre la personne mariée avec le participant et non séparée de droit.

COCONTRACTANT D'UN PACS

Par cocontractant d'un PACS, il faut entendre la personne ayant conclu un PACS (pacte civil de solidarité) avec le participant.

CONCUBIN

Par concubin, il faut entendre la personne vivant en concubinage, selon les dispositions de l'article 515-8 du Code civil, avec le participant depuis au moins 2 ans, sous réserve que le participant soit libre 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.

ENFANTS À CHARGE

Se référer à la définition des enfants à charge telle qu'elle est définie dans les Conditions générales du contrat socle.

Annexe 2 — Tableau des garanties santé

Les garanties du présent contrat sont réputées solidaires et responsables lorsqu'elles interviennent en complément d'un régime complémentaire santé respectant l'ensemble des obligations liées aux contrats solidaires et responsables.

MODULE SOINS

- Consultations médecines douces : acupuncture, homéopathie, chiropractie, ostéopathie, étioopathie, psychologie, diététique
- Examen de mesure de la densité osseuse non pris en charge par la Ss (sur prescription)
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives, pris en charge par la Ss
- Prothèses auditives remboursées ou non par la Ss (y.c. entretien et accessoires)
- Pharmacie non remboursée par la Ss (sur prescription) (y.c. vaccins, sevrage tabagique)

ASSISTANCE

MODULE TRANSPORTS ET HOSPITALISATION

- Confort hospitalier (téléphone, TV, Wi-Fi)
- Frais d'accompagnant jusqu'aux 16 ans de l'enfant
- Remise en forme à la suite d'une maternité : ostéopathie, cure thermale (dans les 6 mois qui suivent la naissance)
- Transports pris en charge par la Ss
- Transports non pris en charge par la Ss (dans les trois mois qui suivent une hospitalisation d'au moins deux jours)

ASSISTANCE TRANSPORTS : organisation de l'envoi d'un véhicule (ambulance, VSL, taxi conventionné ou non)

MODULE OPTIQUE

- Lentilles remboursées ou non par la Ss (sur prescription) + produits de soins associés
- Forfait prévention solaire adulte
- Forfait prévention solaire enfant
- Chirurgie de l'œil

MODULE DENTAIRE

- Prothèses dentaires remboursées ou non par la Ss ou prothèses y compris couronnes implanto-portées
- Forfait prévention : vernis, blanchiment, curetage, surfaçage
- Orthodontie non remboursée par la Ss
- Implantologie/parodontologie (dont greffe gingivale)

| |
|---|
| 25 € par consultation limité à 5 consultations/an/famille |
| Crédit 40 € (1 acte remboursé par an par famille) |
| 100 % BR + crédit 150 €/an/famille |
| 400 €/an/famille |
| 80 €/an/famille |
| Cf. au verso |

| |
|--------------------------------------|
| 60 €/an/famille |
| 40 €/j limité à 60 j/an/bénéficiaire |
| 100 €/maternité |
| 200 % BR |
| 4 trajets / 50 € par trajet |
| Cf. au verso |

| |
|---------------------------|
| 200 €/an/bénéficiaire |
| 50 €/an/bénéficiaire |
| 50 €/an/bénéficiaire |
| 400 €/œil/an/bénéficiaire |

| |
|------------------|
| 100 €/an/famille |
| 80 €/an/famille |
| 150 €/an/famille |
| 400 €/an/famille |

BASE DE REMBOURSEMENT (BR) : tarif servant de référence au régime de base pour déterminer le montant de son remboursement.

Annexe 3 — Tableau des garanties assistance

| ASSISTANCE (incluse dans le module Soins) | | |
|--|---|---------------------------|
| Informations et services santé | | |
| ● Informations pratiques et juridiques | Inclus | |
| ● Informations par téléphone sur les adresses des professionnels de santé proches du domicile | Inclus | |
| ● Recherche et envoi d'un professionnel de santé | Inclus | |
| ● Réservation d'un lit en milieu hospitalier | Inclus | |
| ● Mise en relation avec un médecin | Inclus | |
| ● Soutien psychologique en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile | 6 entretiens par événement | |
| Assistance de l'enfant malade (durée minimale de l'immobilisation 3 jours) | | |
| ● Garde d'enfant malade ou venue d'un proche | Frais de garde 30 heures ou frais de transport 2 fois par an par enfant | |
| Assistance en cas d'hospitalisation (durée minimale de l'hospitalisation 2 jours) | | |
| ● Accompagnement administratif et social | Inclus | |
| ● Enfants mineurs de moins de 16 ans : garde ou venue d'un proche ou transfert chez un proche | Frais de garde 20 heures ou frais de transport 1 fois par an | |
| ● Ascendants : garde ou venue d'un proche ou transfert chez un proche | Frais de garde 20 heures ou frais de transport 1 fois par an | |
| Assistance au retour d'hospitalisation ou en cas d'immobilisation au domicile (durée minimale de l'hospitalisation 2 jours ou de l'immobilisation 8 jours) | | |
| ● Organisation et prise en charge de la venue d'un proche | Frais de transport 2 fois par an | |
| ● Aide-ménagère | 30 heures réparties sur 30 jours 2 fois par an | |
| ● Recherche et livraison de repas* | 1 livraison par jour pendant 15 jours 2 fois par an | |
| ● Recherche et livraison de médicaments* | 6 livraisons par an | |
| Assistance en cas de déplacement en France ou à l'étranger | | |
| ● Avance de frais médicaux (à l'étranger) | 7 500 € par événement | |
| ● Rapatriement médical (à plus de 100 km du domicile) | Frais de rapatriement par événement | |
| ASSISTANCE TRANSPORTS (incluse dans le module Transport et hospitalisation) | | |
| * Garanties non cumulables avec l'aide-ménagère. ● Organisation de l'envoi d'un véhicule (ambulance, VSL, taxi conventionné ou non) sur simple appel téléphonique | Inclus | |
| Pour contacter AGRICA ASSISTANCE 7 jours sur 7 – 24 heures sur 24 | | |
| | DE FRANCE | DE L'ÉTRANGER |
| PAR TÉLÉPHONE | 01 45 16 64 13 | + 33 1 45 16 64 13 |

