
ENTREPRISE

**Convention Collective Nationale
des entreprises du paysage
Ouvriers et employés**

Conditions Générales



AGRI PREVOYANCE



SOMMAIRE

TITRE	1	PRÉAMBULE	5
TITRE	2	DISPOSITIONS GENERALES	6
ARTICLE	2.1	OBJET DU CONTRAT	6
ARTICLE	2.2	COMPOSITION DU CONTRAT	6
ARTICLE	2.3	ORGANISME ASSUREUR	6
ARTICLE	2.4	DELEGATION DE GESTION	6
ARTICLE	2.5	LA GARANTIE ASSISTANCE	7
ARTICLE	2.6	LE RESEAU DE SOINS	7
ARTICLE	2.7	PRESCRIPTION	7
ARTICLE	2.8	RECOURS CONTRE LE TIERS RESPONSABLE	7
ARTICLE	2.9	PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL	8
ARTICLE	2.10	RECLAMATIONS – MEDIATION	8
ARTICLE	2.11	DEGRE ELEVE DE SOLIDARITE	9
ARTICLE	2.12	FAUSSE DECLARATION	9
ARTICLE	2.13	LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DUTERRORISME	9
TITRE	3	EXECUTION DU CONTRAT	10
ARTICLE	3.1	PRESENTATION DU CONTRAT	10
ARTICLE	3.2	ADHESION DE L'ENTREPRISE	10
ARTICLE	3.3	PRISE D'EFFET, DUREE ET RESILIATION DU CONTRAT	10
ARTICLE	3.4	GROUPE ASSURE	10
ARTICLE	3.5	AFFILIATION ET ADMISSION DANS L'ASSURANCE	11

ARTICLE	3.6	REVISION DU CONTRAT	12
ARTICLE	3.7	COTISATIONS	12
ARTICLE	3.8	OBLIGATIONS DE L'INSTITUTION	13
ARTICLE	3.9	OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHERENTE	13
ARTICLE	3.10	OBLIGATIONS DU PARTICIPANT	14
TITRE	4	GARANTIES DE PREVOYANCE	15
ARTICLE	4.1	INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL	15
ARTICLE	4.2	INCAPACITE PERMANENTE DE TRAVAIL	16
ARTICLE	4.3	REVALORISATION DES PRESTATIONS INCAPACITE DE TRAVAIL	16
ARTICLE	4.4	CUMUL DES PRESTATIONS INCAPACITE DE TRAVAIL	16
ARTICLE	4.5	CONTROLE DE L'INSTITUTION	17
ARTICLE	4.6	CAPITAL DECES	17
ARTICLE	4.7	RENTE EDUCATION	18
ARTICLE	4.8	INDEMNITE FRAIS D'OBSEQUES	19
ARTICLE	4.9	EXCLUSIONS	19
ARTICLE	4.10	MAINTIEN DES PRESTATIONS DECES	19
ARTICLE	4.11	VERSEMENT DES PRESTATIONS DECES	19
TITRE	5	GARANTIE FRAIS DE SANTE	21
ARTICLE	5.1	BENEFICIAIRES DE LA GARANTIE	21
ARTICLE	5.2	ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES	21
ARTICLE	5.3	MONTANT DES GARANTIES	21
ARTICLE	5.4	LIMITES ET EXCLUSIONS DE LA GARANTIE	21
ARTICLE	5.5	ETENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE	22
ARTICLE	5.6	REGLEMENT DES PRESTATIONS	22
ARTICLE	5.7	CONTROLE DES PRESTATIONS	22
ARTICLE	5.8	MAINTIEN GRATUIT DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTE AUX AYANTS DROIT D'UN PARTICIPANT DECEDE	22

	ARTICLE 5.9	MAINTIEN DES GARANTIES SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL	22
TITRE 6		MAINTIEN DES GARANTIES PREVOYANCE ET FRAIS DE SANTE AU TITRE DE LA PORTABILITE	23
	ARTICLE 6.1	PRESENTATION DU DISPOSITIF	23
	ARTICLE 6.2	BENEFICIAIRES	23
	ARTICLE 6.3	OUVERTURE ET DUREE DES DROITS A PORTABILITE	23
	ARTICLE 6.4	OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHERENTE	23
	ARTICLE 6.5	OBLIGATIONS DE L'ANCIEN SALARIE	23
	ARTICLE 6.6	PRESTATIONS	23
	ARTICLE 6.7	CESSATION DE LA PORTABILITE	24
TITRE 7		DEFINITIONS DES AYANTS DROIT	25
TITRE 8		TABLEAU DES GARANTIES DE PREVOYANCE	26
TITRE 9		TABLEAUX DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTE	28
TITRE 10		RESEAU DE SOINS	31
TITRE 11		GARANTIE ASSISTANCE	32

TITRE 1

PRÉAMBULE

Les présentes Conditions générales précisent les modalités de mise en oeuvre du régime de Prévoyance et de Frais de santé à destination des ouvriers et employés des entreprises du Paysage.

Ce régime, unique et indissociable, entré en vigueur au 1^{er} janvier 2015, a été mis en place dans le cadre de la Convention Collective Nationale des entreprises du Paysage en 2008 et réexaminé par les partenaires sociaux en 2018, donnant lieu à un nouvel avenant, l'avenant n°23, signé le 3 décembre 2018.

Les présentes Conditions générales sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2019.

TITRE 2

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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. 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 par le chapitre VII de la Convention Collective Nationale des entreprises du Paysage du 10 octobre 2008 et ses avenants.
- d'un certificat d'adhésion valant conditions particulières signé par AGRI PREVOYANCE et confirmant la prise en compte de l'adhésion de l'entreprise.

ARTICLE 2.3

ORGANISME ASSUREUR

Les garanties du contrat sont assurées par :

- **AGRI PREVOYANCE**, Institution de prévoyance, régie par les dispositions de l'article L.727-2 du Code rural et de la pêche maritime et du livre IX du 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 :

- **Mutuaide Assistance**, 8-14 Avenue des Frères Lumière, 94368 Bry sur Marne CEDEX

AGRI PREVOYANCE et Mutuaide Assistance sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), dont le siège se situe 4, place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS cedex 09.

ARTICLE 2.4

DELEGATION DE GESTION

- **Pour les entreprises de la métropole :**

- Prévoyance et Santé

La gestion administrative des prestations incapacité temporaire de travail et des prestations frais de santé est déléguée aux caisses de la Mutualité Sociale Agricole dont relèvent les entreprises adhérentes et les participants.

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

- Prévoyance

La gestion des prestations incapacité temporaire de travail est assurée directement par l'Institution.

- Santé

L'Institution délègue le versement des prestations complémentaires frais de santé 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 oeuvre et les modalités sont décrites au Titre 11 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.

Ces services, décrits au Titre 10 du présent contrat, sont mis en oeuvre 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 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 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 ignoré 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 de 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 et e-mail 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 santé communiquées au Médecin conseil de l'Institution ;
- les données bancaires ;
- 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 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.

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.

Les données ne font pas l'objet d'un transfert vers des pays tiers n'appartenant pas à l'Union Européenne. Si toutefois, elles devaient faire l'objet d'un tel transfert, l'Institution s'engage à l'effectuer en conformité avec la réglementation européenne et nationale relative à la protection des données à caractère personnel.

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@groupagric.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 : AGRIPREVOYANCE, 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 (prévoyance, santé).

Dès lors, l'Institution 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 fautive 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 LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DUTERRORISME

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. Cette couverture est définie aux tableaux des garanties annexés au 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 AGRI PREVOYANCE, 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

Toutes les entreprises relevant de la CCN des entreprises du Paysage et ses avenants peuvent demander leur adhésion à l'Institution qui leur adresse, en retour, un dossier d'adhésion comprenant notamment les présentes Conditions générales, la notice d'information et le 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 d'adhésion.

ARTICLE 3.3

PRISE D'EFFET, DUREE ET RESILIATION DU CONTRAT

Prise d'effet

Le contrat prend effet au 1^{er} jour du mois civil suivant la date de réception du bulletin d'adhésion par l'Institution ou au plus tôt à la date d'embauche du premier salarié.

Le certificat d'adhésion de l'entreprise précise la prise d'effet du contrat.

Durée

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

Résiliation

Le présent régime résultant d'une obligation prévue dans une convention de branche, et conformément à l'article L.932-12 du Code de la Sécurité sociale, les seuls cas de cessation de l'adhésion sont :

- la cessation d'activité de l'entreprise ;
- le changement d'activité faisant sortir l'entreprise du champ d'application de la CCN des entreprises du Paysage ;
- le changement d'organisme assureur recommandé par les partenaires sociaux ;
- la dénonciation du chapitre VII de la CCN des entreprises du Paysage décidée par les partenaires sociaux.

ARTICLE 3.4

GROUPE ASSURE

Le groupe assuré est constitué par l'ensemble des ouvriers et employés ne relevant pas de l'Accord du 15 juin 2012 relatif au régime des TAM et des cadres des entreprises du Paysage et des articles 4, 4 bis et de l'article 36 de l'annexe 1 de la CCN AGIRC du 14 mars 1947.

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 3.5

AFFILIATION ET ADMISSION DANS L'ASSURANCE

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

Principes

ENTREPRISES DE LA METROPOLE

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 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.

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 7 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.

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 CMU-C 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.

Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

- Suspension du contrat de travail pour cause de maladie, maternité, accident

Lorsque le participant est indemnisé par le régime de base de Sécurité sociale au titre de l'incapacité de travail (temporaire ou permanente) ou de la maternité, il continue, ainsi que ses ayants droit inscrits au contrat, à bénéficier des garanties dans les mêmes conditions qu'en activité. L'entreprise adhérente et le participant sont exonérés du versement des cotisations prévoyance et frais de santé dans

les conditions définies à l'alinéa « Exonération des cotisations » de l'article 3-7 des présentes Conditions générales.

→ 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 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 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 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.

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**

L'affiliation des ayants droit à la garantie frais de santé 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.

Cessation du droit aux garanties

Sans préjudice du droit à portabilité prévu au Titre 6, 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 :

- le dernier jour du mois au cours duquel il cesse d'appartenir au groupe assuré visé à l'article 3-4 des présentes Conditions générales (promotion, rupture du contrat de travail quel que soit le motif, y compris en cas de liquidation de la pension vieillesse) ;
- à la résiliation du présent contrat par l'entreprise adhérente ou par l'Institution.

ARTICLE 3.6

REVISION 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 de Sécurité sociale.

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 3.7

COTISATIONS

Taux et montant 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 euros. la cotisation est due dès l'affiliation du participant.

Assiette des 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.

Dispositions spécifiques à la garantie frais de santé

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.

Modalités 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 la caisse de la Mutualité Sociale Agricole (s'agissant des cotisations frais de santé), 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, 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 et à la caisse de la 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.

Pour les entreprises des DROM, les cotisations sont appelées et recouvrées par l'Institution.

Défaut de paiement des cotisations

Sous réserve des cas de maintien des garanties sous forme de contrat individuel, dans les conditions prévues au présent contrat, 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.

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.

Exonération 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 3.8

OBLIGATIONS DE L'INSTITUTION

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 ;
- à informer les participants des conditions dans lesquelles ils peuvent bénéficier du maintien des garanties prévues à l'article 5-9 des présentes Conditions générales.

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

ARTICLE 3.9

OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHERENTE

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 régime ;
- informer les participants lorsqu'ils sortent du groupe assuré des conditions dans lesquelles ils peuvent bénéficier de la portabilité des droits.

Il appartient également à l'entreprise adhérente d'informer les participants des garanties qu'elle a décidé de souscrire auprès de l'Institution.

A l'égard de l'Institution

L'entreprise adhérente s'oblige :

- à affilier l'ensemble des participants appartenant au groupe assuré ;
- à fournir les éléments nécessaires à la gestion du présent contrat, notamment la liste des entrées et des sorties des participants ;
- à verser les cotisations selon les modalités définies au présent contrat ;

- à répondre aux questions de l'Institution, de la CCMO Mutuelle (pour les DROM) ou de la caisse de la 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 ladite déclaration des données de paramétrage transmises par l'Institution.

ARTICLE 3.10

OBLIGATIONS DU PARTICIPANT

Chaque participant s'oblige :

- à accepter le précompte des cotisations sur son salaire correspondant aux garanties souscrites ;
- à fournir à l'Institution, à la CCMO Mutuelle ou à la Caisse de la 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 5-9 des présentes Conditions générales.
- à retourner tous justificatifs demandés par l'Institution ou la caisse de la Mutualité Sociale Agricole afin de vérifier la persistance des droits.

TITRE 4

GARANTIES DE PREVOYANCE

ARTICLE 4.1

INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

Les prestations

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

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 continu ou non** dans l'entreprise.

Modalités de l'indemnisation

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

- à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail, si celui-ci est consécutif à un accident du travail, de trajet ou à une maladie professionnelle ou à une maternité ;
- à compter du 8^{ème} jour d'arrêt de travail, s'il est consécutif à une maladie ou un accident de la vie privée.

Montant de l'indemnisation

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

- **100%** du salaire net pendant 90 jours puis,
- **80%** du salaire net, tant que dure le verment 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. 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.

Règlement des indemnités journalières complémentaires

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 l'Institution, 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.

Cotisations sur indemnités journalières complémentaires

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 indemnités journalières sont servies nettes de cotisations salariales, de CSG et de CRDS.

Les charges sociales dues sur les indemnités journalières complémentaires sont payées à la Caisse de Mutualité Sociale Agricole par AGRI PREVOYANCE.

Durée de l'indemnisation

Le service de l'indemnité journalière complémentaire est maintenu tant que l'indemnité journalière du régime de base est servie au participant.

En cas de rupture du contrat de travail intervenant avant la fin de la période d'indemnisation du régime de base, les indemnités journalières complémentaires continuent à être versées jusqu'à la fin de l'indemnisation par le régime de base.

Toutefois, pour les participants bénéficiaires du dispositif cumul Emploi-Retraite, le service de l'indemnité journalière, attribuée au titre de sa reprise d'activité, cesse à la rupture du contrat de travail.

ARTICLE 4.2

INCAPACITE PERMANENTE DE TRAVAIL

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 pension 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.

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 rente accident du travail ou maladie professionnelle pour incapacité professionnelle correspondant à un taux égal ou supérieur à 66,66 %.

Montant de l'indemnisation

Le montant de la pension complémentaire annuelle est au maximum égal à :

- **80%** du salaire net sous déduction de la pension d'invalidité ou de la rente incapacité professionnelle servie au titre du régime de base obligatoire.

Le salaire net retenu pour calculer le montant de la pension complémentaire correspond au 12^{ème} des salaires nets perçus au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail pour maladie ou accident.

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

Règlement de la pension

La pension complémentaire, nette de toutes cotisations et contributions, est payée au participant par l'Institution **mensuellement, à terme échu**, sous réserve de présentation des justificatifs nécessaires, notamment de la notification du régime de base, pendant toute la durée de l'incapacité permanente de travail, jusqu'aux termes prévus à l'article ci-dessous.

Durée de l'indemnisation

Le versement de la pension complémentaire est maintenu tant que la pension d'invalidité catégorie 2 ou 3 ou la rente accident du travail ou maladie professionnelle pour une incapacité au moins égale à 66,66 % du régime de base est servie au participant.

En tout état de cause, le versement de la pension complémentaire attribuée au titre de l'invalidité ou de l'incapacité professionnelle cesse :

- **au décès du participant** s'il intervient avant la liquidation de la pension de vieillesse ;

- **à la date d'attribution de la pension de vieillesse** par un régime de Sécurité sociale et, au plus tard, à la date de la liquidation de la pension de vieillesse à taux plein, y compris lorsque la pension est complémentaire à une rente accident du travail ou maladie professionnelle.

ARTICLE 4.3

REVALORISATION DES PRESTATIONS INCAPACITE DE TRAVAIL

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

ARTICLE 4.4

CUMUL DES PRESTATIONS INCAPACITE DE TRAVAIL

Le cumul des prestations nettes versées par le régime de base et par l'Institution, ainsi que les fractions de salaires nets éventuellement payées, ne peut excéder le montant du salaire retenu pour le calcul des prestations.

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 visée ci-dessus.

ARTICLE 4.5**CONTROLE 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 ci-dessus.

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

ARTICLE 4.6**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.

Montant du capital décès**CAPITAL DE BASE**

En cas de décès d'un participant, l'Institution verse à la demande du (des) bénéficiaire(s) ou de l'entreprise adhérente un capital décès de base d'un montant égal à **120%** de son salaire brut annuel retenu dans la limite de 4 fois le plafond de la Sécurité sociale.

Le salaire annuel brut servant de base au calcul du capital décès est égal à la somme des rémunérations brutes ayant donné lieu à cotisations au titre des 4 derniers trimestres civils ayant précédé le décès ou l'arrêt de travail pour maladie ou accident.

Lorsque le participant a moins de 4 trimestres civils d'activité dans l'entreprise adhérente, ses rémunérations sont reconstituées sur 4 trimestres civils complets.

En cas de décès précédé d'une indemnisation au titre de l'incapacité temporaire ou permanente de travail, le salaire annuel brut est celui ayant servi au calcul de l'indemnité journalière complémentaire ou de la pension d'invalidité. Dans ce cas, il est revalorisé en appliquant le coefficient de revalorisation des prestations concernées en cours de service.

MAJORATION POUR ENFANT A CHARGE

Le capital de base est majoré de **25%** du salaire brut annuel retenu dans la limite de 4 plafonds de la Sécurité sociale, par enfant à charge, au jour du décès.

Bénéficiaires du capital décès

Le capital décès est attribué au(x) bénéficiaire(s), personne (s) physique(s), désigné(s) par le participant.

Cette 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.

Le participant peut à tout moment modifier son choix en remplissant un nouveau bulletin.

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 tout changement de désignation non porté à la connaissance de l'Institution lui est inopposable.

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 désignés par le participant ;

- au concubin, tel que défini au titre 7 ;

- aux héritiers.

Si l'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.

Majoration pour enfant à charge

Les majorations pour enfant à charge sont versées aux enfants les ayant générées, directement à l'enfant à charge si ce dernier est majeur, ou à son représentant légal, s'il est mineur. Pour ouvrir droit au versement de cette majoration, l'enfant à charge doit être reconnu comme tel au jour du décès du participant.

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.

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 à la demande du participant ou de son représentant légal, après constatation médicale, au paiement par anticipation du

capital décès de base (y compris, éventuellement, la majoration pour décès accidentel), tel que défini ci-dessus, hors majoration pour enfant(s) à charge.

La survenance ultérieure du décès du participant en invalidité absolue et définitive ne donnera pas lieu au versement d'un nouveau capital.

Toutefois, les majorations pour enfant à charge seront, le cas échéant, versées aux enfant(s) à charge du participant au jour de son décès.

ARTICLE 4.7

RENTE EDUCATION

En cas de décès d'un participant, justifiant de 12 mois d'ancienneté continu ou non dans l'entreprise, l'Institution verse à chaque enfant à charge, tel que défini au Titre 7 des présentes Conditions générales, une rente annuelle d'éducation.

Montant de la rente éducation

Le montant annuel de cette rente d'éducation est égale à :

- 50 points pour un enfant de 0 à 10 ans ;
- 75 points pour un enfant de 11 à 17 ans ;
- 100 points pour un enfant de 18 à 26 ans, à condition qu'il poursuive ses études ou qu'il soit reconnu invalide avant son 21^{ème} anniversaire.

La valeur du point est fixée chaque année par le Conseil d'administration, après approbation préalable de la Commission paritaire de suivi.

À titre d'information, la valeur du point est de 22,53 € au 1^{er} janvier 2019.

Bénéficiaires de la rente éducation

La rente éducation est versée :

- soit directement à l'enfant à charge, s'il est majeur ;
- soit à son représentant légal ou avec son accord, à la personne ayant la charge effective, s'il est mineur.

Pour le bénéfice de la rente éducation, les définitions de « enfants » et « enfants à charge » sont celles énoncées au titre 7.

Règlement de la rente éducation

Le paiement de la rente s'effectue dans les 10 jours ouvrés, hors délais bancaires, suivant la réception par l'Institution de la demande de prestations comportant l'attestation par l'entreprise que le participant était bien garanti à la date du décès et sous réserve de la complétude du dossier.

Le premier versement de la rente est effectué lors du paiement du capital décès, hors invalidité absolue et définitive (IAD).

Par la suite, la rente est versée annuellement avant le 31 octobre de chaque année au représentant légal de l'enfant mineur ou du majeur protégé ou à l'enfant majeur sur sa demande.

Si la demande de prestations est présentée plus d'un an après le décès, la rente est versée à compter du premier jour suivant la date à laquelle l'Institution l'a reçue.

La rente cesse d'être payée à la fin du trimestre au cours duquel l'enfant n'est plus à charge.

ARTICLE 4.8

INDEMNITE FRAIS D'OBSEQUES

Le versement de l'indemnité frais d'obsèques n'est assorti d'aucune condition d'ancienneté.

En cas de décès du participant, de son conjoint, cocontractant d'un PACS ou concubin ou d'un enfant à charge du participant, tel que défini au Titre 7 des présentes Conditions générales, l'Institution verse au participant, ou à la personne qui a personnellement supporté les frais, une indemnité frais d'obsèques.

Cette indemnité est égale au montant des **frais réellement engagés** et limitée à 100 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès.

Le règlement de cette indemnité s'effectue dans les 15 jours suivant la date de réception par l'Institution du dossier de demande de versement, dûment complété et accompagné de l'intégralité des pièces justificatives.

ARTICLE 4.9

EXCLUSIONS

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

- de la guerre civile ou étrangère ;
- du fait volontaire du bénéficiaire, le suicide étant toutefois pris en charge.

ARTICLE 4.10

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 4.11

VERSEMENT DES PRESTATIONS DECES

L'Institution 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 bulletin de décès ;
- un extrait d'acte de naissance de l'assuré décédé avec mentions marginales (datant de moins de 3 mois) ;
- un certificat médical, à l'attention du Médecin Conseil de la Caisse indiquant la cause du décès ;
- un certificat d'hérédité ;
- un relevé d'identité bancaire au nom des bénéficiaires ;
- une photocopie lisible du livret de famille tenu à jour ;
- une attestation de concubinage délivrée par la Mairie et précisant le début de vie commune jusqu'au jour du décès ou une photocopie du PACS ;
- une photocopie de la carte d'identité ou du passeport au nom des bénéficiaires.

Pour l'assuré divorcé ou séparé de corps :

- une photocopie du jugement de divorce ou de séparation.

Pour l'assuré licencié :

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

Pour les enfants mineurs :

- la désignation du tuteur légal des enfants ou la délibération du conseil de famille ou l'autorisation du jugement des Tutelles.

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.

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 1^{er} novembre de l'année précédente. Cette revalorisation est calculée prorata temporis en fonction du délai écoulé.

TITRE 5**GARANTIE FRAIS DE SANTE****ARTICLE 5.1****BENEFICIAIRES DE LA GARANTIE**

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 7 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 5.2**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 de l'article 3-5 des présentes Conditions générales.

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 5.3**MONTANT DES GARANTIES**

Les montants des remboursements garantis par le présent contrat correspondent à ceux prévus par la CCN des entreprises du Paysage et ses avenants.

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 aux tableaux des garanties figurant au Titre 9 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 un an en cas d'évolution de la vue ou pour les enfants âgés de moins de 18 ans.

ARTICLE 5.4**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 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 aux tableaux des garanties annexés au 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 5.5**ETENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE**

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 5.6**REGLEMENT DES PRESTATIONS**

Les prestations complémentaires santé prévues au présent contrat sont réglées directement par la caisse de la Mutualité Sociale Agricole du domicile des participants demeurant en métropole ou par la CCMO Mutuelle pour les participants demeurant dans les DROM.

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, la Mutualité Sociale Agricole ou la CCMO Mutuelle délivre au participant une carte complémentaire (sous forme papier) qui devra lui être restituée lorsque le participant cesse de bénéficier dudit contrat.

ARTICLE 5.7**CONTROLE DES PRESTATIONS**

En cas de suspicion de fraude aux prestations, la caisse de la Mutualité Sociale Agricole, la CCMO Mutuelle ou 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.

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 5.8**MAINTIEN GRATUIT DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTE AUX AYANTS DROIT D'UN PARTICIPANT DECEDÉ**

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 5.9**MAINTIEN DES GARANTIES SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL**

La garantie frais de santé peut être maintenue au participant et à ses ayants droit, sans période probatoire ni contrôle médical, sous forme de garantie individuelle, au-delà de la date de cessation de garantie prévue à l'article 3-5 des présentes Conditions générales :

- **aux anciens participants** bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement.

La proposition d'adhésion au contrat individuel est adressée au participant ou aux ayants droit concernés, au plus tard, dans un délai de 2 mois à compter de la cessation de la garantie collective Frais de santé.

Pour être recevable, la demande d'adhésion doit parvenir à l'Institution, au plus tard dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail du participant ou le cas échéant la fin de la période de portabilité.

L'ancien participant peut obtenir le maintien de sa garantie pour lui-même et/ou ses éventuels ayants droit, sous forme de contrat individuel, à la condition qu'il en fasse la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de son contrat de travail.

- **aux ayants droit du participant décédé**, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès. Sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès, les ayants droit du participant décédé peuvent demander le maintien à titre individuel de la garantie.

Conformément aux dispositions de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Évin ». Le tarif applicable, aux anciens salariés et aux ayants droit du participant décédé, ne pourra être supérieur aux tarifs globaux en vigueur pour les participants actifs dans les limites fixées par la réglementation.

TITRE 6**MAINTIEN DES GARANTIES PREVOYANCE ET FRAIS DE SANTE AU TITRE DE LA PORTABILITE****ARTICLE 6.1****PRESENTATION DU DISPOSITIF**

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.

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 6.2**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 leur contrat de travail.

ARTICLE 6.3**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 6.4**OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHERENTE**

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

ARTICLE 6.5**OBLIGATIONS DE L'ANCIEN SALARIE**

L'ancien salarié doit justifier auprès de l'Institution et la caisse de la Mutualité Sociale Agricole 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, ainsi qu'une copie de l'ensemble des attestations de paiement de Pôle emploi précédant l'arrêt de travail.

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 Pôle emploi 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 6.6**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 6.7

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 7

DEFINITIONS DES AYANTS DROIT

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 Pacte Civil de Solidarité (PACS) avec le participant, conformément aux dispositions de l'article 515-1 et suivants du Code civil.

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 deux ans, sous réserve que le participant soit libre au regard de l'état civil et 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 adopté.

ENFANTS A CHARGE

Sont considérés comme ayants droit du participant au sens dudit contrat les enfants à charge définis comme suit :

- 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 à condition également que 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.

Et dès lors que ces enfants remplissent l'une des conditions suivantes :

- être âgés de moins de 16 ans quelle que soit leur situation ;
- être âgés de moins de 20 ans sous contrat d'apprentissage ;
- être âgés de moins de 26 ans, sous réserve qu'ils poursuivent leurs études ;
- être reconnus invalides au sens de la législation des assurances sociales, quel que soit leur âge, à condition que l'invalidité ait été constatée avant leur 21^{ème} anniversaire.

TITRE 8

TABLEAU DES GARANTIES DE PREVOYANCE

Le tableau des garanties de prevoyance est présenté à la page suivante.

Tableau des prestations prévoyance

→ Garantie incapacité temporaire de travail

Événement	Conditions requises	Prestation versée	À compter du	Cessation de la prestation
<ul style="list-style-type: none"> En cas d'arrêt de travail suite à un accident du travail, de trajet ou à une maladie professionnelle 	Sans condition d'ancienneté.	Indemnité journalière (y compris I.J. MSA) : <ul style="list-style-type: none"> 100 % du salaire net pendant 90 jours ; puis 80 % du salaire net. 	1^{er} jour d'arrêt de travail.	Tant que le régime de base intervient, et ce, dans la limite de 1 095 jours maximum.
<ul style="list-style-type: none"> 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) : <ul style="list-style-type: none"> 100 % du salaire net pendant 90 jours ; puis 80 % du salaire net. 	8^e jour d'arrêt de travail.	

→ Garantie incapacité permanente

Événement	Conditions requises	Prestation versée	À compter du	Cessation de la prestation
<ul style="list-style-type: none"> 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).
<ul style="list-style-type: none"> 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 %.	

→ Garantie décès

Événement	Conditions requises	Prestation versée	À compter du	Cessation de la prestation
<ul style="list-style-type: none"> En cas de décès du salarié 	Aucune ancienneté.	Capital de base égal à 120 % du salaire annuel brut. Majoration enfant à charge de 25 % du salaire annuel brut par enfant à charge. Rente éducation* annuelle : <ul style="list-style-type: none"> 50 points par enfant âgé de 0 à 10 ans ; 75 points par enfant âgé de 11 à 17 ans ; 100 points par enfant âgé de 18 à 26 ans s'il poursuit des études ou quel que soit son âge s'il est reconnu invalide avant 21 ans. 	Dès réception de toutes les pièces justificatives. Si enfant(s) à charge au jour du décès du salarié (dès réception de toutes les pièces justificatives).	Prestation à versement unique.
	Ancienneté de 12 mois, continus ou non, dans l'entreprise au jour du décès du salarié.		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.
<ul style="list-style-type: none"> 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).	
En cas de décès : <ul style="list-style-type: none"> 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 ait réglé lui-même les frais d'obsèques, et ait 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.	Prestation à versement unique.

* Valeur du point AGRI PRÉVOYANCE : 22,53 € au 1^{er} janvier 2019.

TITRE 9**TABLEAUX DE LA GARANTIE
FRAIS DE 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, 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 du décret du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats responsables : prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier, planchers et plafonds pour les frais d'optiques, plafonnement des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents 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-CO).

Tableau des prestations santé hors Alsace-Moselle, en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2019

Les garanties de ce régime s'appliquent pour la France métropolitaine et les départements d'outre-mer. Le total des remboursements ne pourra dépasser le montant des frais réellement engagés. Tous les actes bénéficiant d'un remboursement du régime de base font l'objet d'un remboursement complémentaire au minimum au ticket modérateur (sauf les cures thermales). Pour l'optique, le ticket modérateur des garanties est limité à une prise en charge tous les 2 ans. Toutes les garanties en euros s'entendent par an et par bénéficiaire (sauf pour les équipements optique). **Les garanties sont acquises sans condition d'ancienneté.**

Nature des risques	Remboursements du régime de base	Remboursements complémentaires
Frais médicaux		
● Honoraires praticiens (généralistes, spécialistes hors ophtalmologues, chirurgiens-dentistes, sages-femmes)	70 % BR	30 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	–	220 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	–	100 % BR
● Auxiliaires médicaux	60 % BR	40 % BR
● Analyses, examens de laboratoire	60 % à 100 % BR	40 % à 0 % BR
● Radiographie	70 % BR	30 % BR
● Actes de prévention ⁽²⁾	35 % à 70 % BR	de 30 % à 65 % BR
● Honoraires de médecine douce reconnus par le ministère de la Santé (chiropractie, ostéopathie)	–	20 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire
Pharmacie		
● Pharmacie remboursable	15 % à 65 % BR	35 % à 85 % BR
Optique		
● Consultation ophtalmologue	70 % BR	30 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	–	220 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	–	100 % BR
Équipement verres et monture par bénéficiaire et pour 2 ans*		
● Monture adulte et enfant	60 % BR	120 €
● Verres adultes (par verre ou lentille)		
- BR = 2,29 €	60 % BR	80 €
- BR = 3,66 €	60 % BR	88 €
- BR = 7,32 €	60 % BR	112 €
- Autres BR	60 % BR	128 €
● Verres enfants (par verre ou lentille)		
- BR = 12,04 €	60 % BR	80 €
- BR ≥ 14,94 €	60 % BR	88 €
● Lentilles non remboursées par le régime de base	–	Crédit de 175 €/an/bénéficiaire
● Chirurgie de l'œil au laser non remboursée par le régime de base	–	Crédit de 250 €/an/œil/bénéficiaire
Dentaire		
● Soins dentaires remboursés par le régime de base Conventionné	70 % BR	100 % BR
Non conventionné	70 % BR	100 % BR
● Prothèses dentaires remboursées par le régime de base, y compris couronne implanto-portée (sauf inlays core)	70 % BR	250 % BR
● Prothèses dentaires non remboursées par le régime de base (sauf inlays core)	–	Crédit de 215 €/an/bénéficiaire
● Parodontologie non remboursée par le régime de base	–	Crédit de 100 €/an/bénéficiaire
● Orthodontie prise en charge par le régime de base	100 % BR	230 % BR
● Orthodontie non prise en charge par le régime de base	–	Crédit de 200 €/an/bénéficiaire
● Inlay core	70 % BR	180 % BR
Appareillage		
● Fournitures médicales, pansements	60 % BR	100 % FR
● Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses (sauf prothèses auditives)	60 % BR	240 % BR
● Prothèses auditives prises en charge par le régime de base	60 % BR	390 % BR + crédit de 500 €/oreille /bénéficiaire tous les 3 ans
Hospitalisation		
● Frais de séjour	80 % BR	20 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	–	220 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	–	100 % BR
● Chambre particulière (y compris ambulatoire)	–	50 €/jour
● Frais d'accompagnant	–	25 €/jour
● Forfait journalier hospitalier	–	100 % du forfait
Maternité		
● Frais de séjour	100 % BR	–
● Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	–	220 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	–	100 % BR
● Prime de naissance : maternité ou adoption ⁽¹⁾	–	250 € par enfant (350 € à partir du 3 ^e)
● Forfait journalier hospitalier	–	100 % du forfait
Psychiatrie		
● Frais de séjour	80 % BR	20 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	–	220 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	–	100 % BR
● Forfait journalier hospitalier	–	100 % du forfait
Divers		
● Transport pris en charge par le régime de base	65 % BR	35 % BR
● Vaccins prescrits non pris en charge par le régime de base	–	Crédit 40 €/an/bénéficiaire
● Forfait actes lourds ⁽³⁾	–	100 % du forfait
● Assistance	–	OUI – Mutuaide Assistance
● Réseau de soins	–	OUI – Carte Blanche – réseau Optique

* La période de prise en charge de 2 ans est réduite à 1 an pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue.

(1) Y compris pour l'adoption, versée après demande auprès du régime de base sur justificatif. (2) Actes de prévention, selon les conditions prévues dans l'arrêté du 18 novembre 2014 fixant la liste des prestations de prévention. L'ensemble des actes de prévention est pris en charge au titre du contrat. (3) Forfait acte lourd : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (24 € en 2019). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 €. (4) 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-Co).

Tableau des prestations santé **Alsace-Moselle**, en vigueur à compter du **1^{er} janvier 2019**

Les garanties de ce régime s'appliquent pour la France métropolitaine et les départements d'outre-mer. Le total des remboursements ne pourra dépasser le montant des frais réellement engagés. Tous les actes bénéficiant d'un remboursement du régime de base font l'objet d'un remboursement complémentaire au minimum au ticket modérateur (sauf les cures thermales). Pour l'optique, le ticket modérateur des garanties est limité à une prise en charge tous les 2 ans. Toutes les garanties en euros s'entendent par an et par bénéficiaire (sauf pour les équipements optique). **Les garanties sont acquises sans condition d'ancienneté.**

Nature des risques	Remboursements du régime de base	Remboursements complémentaires
Frais médicaux		
● Honoraires praticiens (généralistes, spécialistes hors ophtalmologues, chirurgiens-dentistes, sages-femmes)	90 % BR	10 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	-	220 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	-	100 % BR
● Auxiliaires médicaux	90 % BR	10 % BR
● Analyses, examens de laboratoire	90 % à 100 % BR	10 % à 0 % BR
● Radiographie	90 % BR	10 % BR
● Actes de prévention ⁽²⁾	35 % à 90 % BR	de 10 % à 65 % BR
● Honoraires de médecine douce reconnus par le ministère de la Santé (chiropractie, ostéopathie)	-	20 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire
Pharmacie		
● Pharmacie remboursable	80 % à 100 % BR	0 % à 20 % BR
Optique		
● Consultation ophtalmologue	90 % BR	10 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	-	220 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	-	100 % BR
Équipement verres et monture par bénéficiaire et pour 2 ans*		
● Monture adulte et enfant	90 % BR	112 €
● Verres adultes (par verre ou lentille)		
- BR = 2,29 €	90 % BR	80 €
- BR = 3,66 €	90 % BR	88 €
- BR = 7,32 €	90 % BR	112 €
- Autres BR	90 % BR	128 €
● Verres enfants (par verre ou lentille)		
- BR = 12,04 €	90 % BR	80 €
- BR ≥ 14,94 €	90 % BR	88 €
● Lentilles non remboursées par le régime de base	-	Crédit de 175 €/an/bénéficiaire
● Chirurgie de l'œil au laser non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 250 €/an/œil/bénéficiaire
Dentaire		
● Soins dentaires remboursés par le régime de base Conventionné	90 % BR	80 % BR
Non conventionné	90 % BR	80 % BR
● Prothèses dentaires remboursées par le régime de base, y compris couronne implanto-portée (sauf inlays core)	90 % BR	230 % BR
● Prothèses dentaires non remboursées par le régime de base (sauf inlays core)	-	Crédit de 215 €/an/bénéficiaire
● Parodontologie non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 100 €/an/bénéficiaire
● Orthodontie prise en charge par le régime de base	100 % BR	230 % BR
● Orthodontie non prise en charge par le régime de base	-	Crédit de 200 €/an/bénéficiaire
● Inlay core	90 % BR	160 % BR
Appareillage		
● Fournitures médicales, pansements	90 % BR	100 % FR
● Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses (sauf prothèses auditives)	90 % BR	210 % BR
● Prothèses auditives prises en charge par le régime de base	90 % BR	360 % BR + crédit 500 €/oreille/bénéficiaire tous les 3 ans
Hospitalisation		
● Frais de séjour	100 % BR	-
● Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	-	220 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	-	100 % BR
● Chambre particulière (y compris ambulatoire)	-	50 €/jour
● Frais d'accompagnant	-	25 €/jour
● Forfait journalier hospitalier	100 % du forfait	-
Maternité		
● Frais de séjour	100 % BR	-
● Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	-	220 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	-	100 % BR
● Prime de naissance : maternité ou adoption ⁽¹⁾	-	250 € par enfant (350 € à partir du 3 ^e)
● Forfait journalier hospitalier	100 % du forfait	-
Psychiatrie		
● Frais de séjour	100 % BR	-
● Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	-	220 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	-	100 % BR
● Forfait journalier hospitalier	100 % du forfait	-
Divers		
● Transport pris en charge par le régime de base	100 % BR	-
● Vaccins prescrits non pris en charge par le régime de base	-	Crédit 40 €/an/bénéficiaire
● Forfait actes lourds ⁽³⁾	100 % du forfait	-
● Assistance	-	OUI – Mutuaide Assistance
● Réseau de soins	-	OUI – Carte Blanche – réseau Optique

* La période de prise en charge de 2 ans est réduite à 1 an pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue.

(1) Y compris pour l'adoption, versée après demande auprès du régime de base sur justificatif. (2) Actes de prévention, selon les conditions prévues dans l'arrêté du 18 novembre 2014 fixant la liste des prestations de prévention. L'ensemble des actes de prévention est pris en charge au titre du contrat. (3) Forfait acte lourd : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (24 € en 2019). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 €. (4) 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-Co).

TITRE 10**RESEAU DE SOINS**

→ CARTE BLANCHE EST UN RÉSEAU OUVERT À TOUS LES OPTICIENS

Le réseau vous permet de bénéficier du tiers payant, c'est-à-dire la dispense d'avance des frais sur vos équipements optiques.

Carte Blanche assure la traçabilité des équipements. De plus, les opticiens partenaires offrent des prestations gratuites pour les assurés tels que l'entretien et le ré-ajustage des lunettes.

Les garanties des opticiens partenaires du Réseau CarteBlanche :

- Casse verres et monture de 2 ans (avec une franchise limitée à 40 %) ;
- Adaptation verres unifocaux et multifocaux de 6 mois ;
- Traitement antireflet de 2 ans ;
- Adaptation et déchirure lentilles 3 mois.

Les tarifs des verres pour les bénéficiaires Carte Blanchesont de 35 % à 40 % inférieurs aux prix du marché.

→ L'OFFRE CARTE BLANCHE - PRYSME

Carte Blanche propose aux assurés une monture fabriquée en France et équipée de verres simples ou progressifs sans reste à charge pour l'assuré (sous conditions de garantie).

TITRE 11

GARANTIE ASSISTANCE

Le tableau des prestations de la garantie Assistance est présenté à la page suivante.

1. Tableau des prestations de la garantie Assistance

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 <i>par événement</i>
Assistance de l'enfant malade <i>Durée minimale de l'immobilisation 3 jours</i>	
● Garde d'enfant malade <i>ou</i> venue d'un proche	Frais de garde 30 heures ou frais de transport <i>2 fois par an par enfant</i>
Assistance en cas d'hospitalisation <i>Durée minimale de l'hospitalisation 4 jours</i>	
● Accompagnement administratif et social	Inclus
● Enfants mineurs de moins de 16 ans : garde <i>ou</i> venue d'un proche <i>ou</i> transfert chez un proche	Frais de garde 15 heures ou frais de transport <i>1 fois par an</i>
● Ascendants : garde <i>ou</i> venue d'un proche <i>ou</i> transfert chez un proche	Frais de garde 15 heures ou frais de transport <i>1 fois par an</i>
Assistance au retour d'hospitalisation ou en cas d'immobilisation au domicile <i>Durée minimale de l'hospitalisation 4 jours ou de l'immobilisation 10 jours</i>	
● Organisation et prise en charge de la venue d'un proche	Frais de transport <i>2 fois par an</i>
● Aide-ménagère	10 heures réparties sur 30 jours <i>2 fois par an</i>
● Recherche et livraison de repas *	1 livraison par jour pendant 15 jours <i>2 fois par an</i>
● 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 € <i>par événement</i>
● Rapatriement médical (à plus de 100 km du domicile)	Frais de rapatriement <i>par événement</i>

*Garanties non cumulables avec l'aide-ménagère

II . Conditions Générales de la garantie Assistance

Article 1- Dispositions générales de la garantie assistance

1. Objet de l'assistance

La garantie ASSISTANCE est assurée par MUTUAIDE ASSISTANCE (entreprise régie par le Code des assurances située 8-14, avenue des Frères Lumière 94368 Bry sur Marne cedex) est proposée en inclusion de la garantie Frais de santé des salariés non cadres (ouvriers et employés) des entreprises du paysage. 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 hospitalisation sur place.

2. Bénéficiaires

- les salariés non cadres (ouvriers et employés) des entreprises du paysage,
- leurs ayants droit tels que définis au titre 7.

3. Début et fin de la garantie

La garantie entre en vigueur dès l'affiliation du salarié à la garantie Frais de santé. Elle cesse tous ses effets en cas de cessation de la garantie Frais de santé. 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, suite à une hospitalisation ou 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'impôts sur le revenu.

Evènements 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 suite à 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 territoire ou département d'Outre-mer que vous le bénéficiaire est domicilié dans les DROM.

Par « DROM » (départements et régions d'Outre-mer), on entend les nouvelles appellations 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'évènement 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).

La garantie organise:

La garantie accomplit les démarches nécessaires pour accomplir la prestation.

La garantie prend en charge :

La garantie finance le coût de la prestation.

5. Etendue 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.

La garantie n'est pas accordée 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 de MUTUAIDE.

En tout état de cause l'assistance qui n'a pas été organisée par MUTUAIDE ou en accord avec elle, ne donne pas droit, à 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 MUTUAIDE 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 MUTUAIDE 7 jours sur 7 – 24 heures sur 24

	De France	De l'étranger
Par téléphone	01 55 98 57 99	33 1 55 98 57 60 (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)

MUTUAIDE 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.

La garantie d'assistance n'a pas 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.

Eléments à communiquer

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

- l'identifiant du contrat ;
- son nom et prénom ;
- son numéro de Sécurité sociale ;
- l'adresse de son domicile ;
- le cas échéant, le 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

MUTUAIDE 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 :

MUTUAIDE
Service Gestion des Sinistres
8/14 avenue des Frères Lumière
94 368 Bry sur Marne cedex.

Contrôle

Pour ouvrir droit au bénéfice d'une prestation, MUTUAIDE 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 de MUTUAIDE 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 au point n° 5, la garantie assistance exclut :

- Les prestations qui n'ont pas été organisées par les soins de MUTUAIDE 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 incapacitant, neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances 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 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.

MUTUAIDE 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 90ème 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 para médicaux 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 une durée inférieure à 8 jours ;
- L'immobilisation de l'enfant du bénéficiaire pour une 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.

9. Traitement des données

En cas de désaccord ou de mécontentement sur la mise en œuvre des garanties d'assistance de votre contrat, nous vous invitons à le faire connaître à MUTUAIDE Assistance en appelant le 01.45.16.65.11 ou en écrivant à quotidien@mutuaide.fr.

Si la réponse que vous obtenez ne vous donne pas satisfaction, vous pouvez adresser un courrier à :

MUTUAIDE Assistance
Service Qualité Clients
8-14 avenue des Frères Lumière
94368 BRY SUR MARNE cedex

MUTUAIDE Assistance s'engage à accuser réception de votre courrier dans un délai de 10 jours ouvrés. Il sera traité dans les deux mois au plus.

Si le désaccord persiste, vous pouvez saisir la Médiation de l'Assurance par courrier à :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 PARIS cedex 09

10. Collecte des données

Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978, l'assuré reconnaît être informé que l'assureur, traite ses données personnelles et que par ailleurs :

- les réponses aux questions posées sont obligatoires et qu'en cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à son égard peuvent être la nullité de l'adhésion au Contrat d'assurance (article L 113-8 du Code des Assurances) ou la réduction des indemnités (article L 113-9 du Code des Assurances),

- Les destinataires des données le concernant sont principalement les collaborateurs de l'assureur mais aussi ses partenaires pour la mise en œuvre des garanties et les organismes professionnels habilités.
- En sa qualité d'organisme financier, l'assureur est soumis aux obligations légales issues principalement du code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et, qu'à ce titre, il met en œuvre un traitement de surveillance des contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon ou à une mesure de gel des avoirs conformément à l'autorisation unique donnée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) le 16 juin 2011.
- Ses données personnelles pourront également être utilisées dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude à l'assurance que la CNIL a autorisé l'assureur à mettre en œuvre conformément à l'autorisation unique en date du 17 juillet 2014 ; ce traitement pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.
- En sa qualité d'assureur, il est fondé à effectuer des traitements de données relatives aux infractions, condamnations et mesures de sûreté soit au moment de la souscription du contrat d'assurance, soit en cours de son exécution ou dans le cadre de la gestion de contentieux conformément à l'autorisation unique donnée par la CNIL en date du 23 janvier 2014.
- Les données personnelles pourront également être utilisées par l'assureur dans le cadre de traitements qu'il met en œuvre et dont l'objet est la recherche et le développement pour améliorer la qualité ou la pertinence de ses futurs produits d'assurance et offres de services.

Les données à caractère personnel le concernant peuvent être accessibles à certains des collaborateurs ou prestataires de l'assureur établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne. L'assuré pourra également demander une communication de ces renseignements et exercer son droit d'accès et de rectification sur l'ensemble des données le concernant en s'adressant au correspondant Relais Informatique et Libertés - MUTUAIDE ASSISTANCE 8/14 Avenue des Frères Lumière - 94368 BRY SUR MARNE Cedex.

Article 2 - Descriptif des garanties assistance

Les prestations d'assistance proposées par le contrat sont résumées au tableau des prestations de la garantie Assistance.

1. Informations et services santé

Informations pratiques et juridiques :

MUTUAIDE met à la disposition du bénéficiaire, un service de renseignements et d'informations fonctionnant sans interruption 24h/24 et 7j/7. Les prestations sont fournies les

jours ouvrables, entre 9H00 et 21H00, dans les délais normalement nécessaires à la satisfaction de la demande.

MUTUAIDE recherche les informations pratiques à caractère documentaire destinées à orienter le salarié dans les domaines de la vie quotidienne. Les informations communiquées par MUTUAIDE 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 :

MUTUAIDE 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, MUTUAIDE 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, MUTUAIDE 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 MUTUAIDE 24h/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.

MUTUAIDE organise et prend en charge une aide psychologique en mettant le bénéficiaire en relation téléphonique avec un psychologue dans la limite d'un nombre d'entretiens téléphoniques par personne et par événement, tels que défini dans le tableau des prestations de la garantie Assistance figurant au point I.

2. Assistance de l'enfant malade

Garde des enfants

Suite à 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. MUTUAIDE 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 d'un crédit d'heures défini dans le tableau des prestations de la garantie Assistance, 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 et 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.

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 celle définie dans le tableau des prestations de la garantie Assistance.

Accompagnement administratif et social

Pendant ou au retour de l'hospitalisation, MUTUAIDE 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 (...).

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. MUTUAIDE 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 d'un crédit d'heures défini dans le tableau des prestations de la garantie Assistance, réparties du lundi au vendredi (hors jours fériés) pour 2 heures minimum par jour, dans une tranche horaire de 8h00 à 19h00. L'assistante maternelle se chargera, le cas échéant, de la conduite des enfants à l'école
- **soit** un voyage aller et 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** un voyage aller et retour permettant à un proche de se rendre au domicile du bénéficiaire pour garder
- **soit** le transport aller et retour du ou des enfant(s), accompagné(s) par une hôtesse le cas échéant, jusqu'au domicile d'un proche désigné par le bénéficiaire.

Garde des ascendants

Le bénéficiaire est hospitalisé et personne dans son entourage immédiat ne peut se charger de la garde des ascendants à charge. MUTUAIDE 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 d'un crédit d'heures défini dans le tableau des prestations de la garantie Assistance, 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 et 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 et retour des ascendants jusqu'au domicile d'un proche, désigné par le bénéficiaire.

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 suite à une hospitalisation d'une durée égale à un crédit d'heures défini dans le tableau des prestations de la garantie Assistance ;
- dès le premier jour d'une immobilisation au domicile d'une durée égale à un crédit d'heures défini dans le tableau des prestations de la garantie Assistance.

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

Si le bénéficiaire souhaite la présence d'un proche parent, MUTUAIDE 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.

Aide-ménagère

Le bénéficiaire, immobilisé au domicile, est dans l'impossibilité de remplir ses obligations domestiques. MUTUAIDE 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 le crédit d'heures défini dans le tableau des prestations de la garantie Assistance, 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 n'est pas cumulable avec les garanties « Recherche et livraison de repas. » et « Recherche et livraison de médicaments. »

MUTUAIDE 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. MUTUAIDE organise et prend en charge, dans la limite des contraintes locales, la livraison des repas à son domicile (comprenant un ou deux repas) selon les conditions définies dans le tableau des prestations de la garantie Assistance.

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. MUTUAIDE organise et prend en charge, dans la limite des contraintes locales, la recherche 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 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. MUTUAIDE intervient dans les conditions suivantes :

Avance des frais médicaux et d'hospitalisation (hors du pays de domicile)

MUTUAIDE 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, dans la limite d'un montant, maximum par bénéficiaire, fixé dans le tableau des prestations de la garantie Assistance, aux conditions cumulatives suivantes :

- les médecins de MUTUAIDE 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 de MUTUAIDE.

Le bénéficiaire ou toute personne autorisée par lui doit :

- s'engager formellement par la signature d'un document spécifique, fourni par MUTUAIDE 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 MUTUAIDE ;
- effectuer les remboursements à MUTUAIDE 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 de MUTUAIDE, 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 MUTUAIDE l'attestation de refus de prise en charge de ces organismes, dans la semaine qui suit sa réception.

Pour préserver ses droits ultérieurs, MUTUAIDE 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.

A défaut d'avoir effectué les démarches de prise en charge auprès des organismes d'assurance dans les délais, ou à défaut de présentation à MUTUAIDE, 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 MUTUAIDE, qui engagera, le cas échéant, toute procédure de recouvrement utile, dont le coût sera supporté par lui.

Pour le cas où MUTUAIDE ferait l'avance des fonds à hauteur des montants exprimés dans le tableau des prestations de la garantie Assistance, 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 MUTUAIDE 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. MUTUAIDE 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, MUTUAIDE organise et prend en charge le transport d'un ou deux accompagnant(s) à ses côtés.

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 de MUTUAIDE, 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.



AGRI PRÉVOYANCE – Institution de prévoyance régie par le code rural et de la pêche maritime, soumise 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 - SIRET - 423 959 295 00035 - Membre du GIE AGRICA GESTION - RCS Paris n°493 373 682 - Siège social - 21 rue de la Bienfaisance 75008 Paris - Tél : 01 71 21 00 00 - Fax 01 71 21 00 01 - www.groupagric.com