



banque & assurances

SALARIÉS

RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

Production agricole

« Régime conventionnel national de frais de santé des
salariés non cadres en Agriculture »

Annexe à la Notice d'Information

EN PARTENARIAT AVEC



Groupe AGRICA

AGRI PRÉVOYANCE

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	3
Article 1 Objet	4
Article 2 Champ d'application	4
Article 3 Groupe assuré	4
Article 4 Adhésion au contrat	4
Article 5 Montant des garanties	4
Article 6 Tableau des garanties	4
Article 7 Les prestations de la garantie assistance	6
CONVENTION D'ASSISTANCE	
OFFRE AGRICOLE AGRI PREVOYANCE N° 922 254	6
1. Événements garantis	6
2. Résumé des prestations et prises en charge	7
3. Validité de la convention	8
4. Définitions contractuelles	8
5. Prestations	9
6. Responsabilité	12
7. Exclusions générales	12
8. Modalités d'examen des réclamations	12
9. Compétence juridictionnelle	12
10. Prescription	13
11. Loi informatique et libertés	13
12. Autorité de contrôle	13
13. Loi applicable - langue utilisée	13
Article 8 Les services du réseau de soins	13

PRÉAMBULE

La présente Annexe à la Notice d'Information a pour objet de vous préciser le niveau de vos garanties du socle conventionnel obligatoire conforme à l'Accord national de la production agricole et, le cas échéant, les différentes garanties qui peuvent être choisies en complément par vos partenaires sociaux locaux ou votre entreprise, ou à défaut souscrites par vous-même.

Ce régime prévoit un socle national minimum conventionnel qui est accordée **à titre obligatoire** aux seuls salariés.

Les partenaires sociaux locaux ou l'entreprise ont la possibilité d'améliorer le socle obligatoire conventionnel en optant pour l'un des 3 garanties optionnelles : « Option 1 », « Option 2 » ou « Option 3 ». A défaut de choix par vos partenaires sociaux locaux ou votre entreprise, vous avez la possibilité d'opter à titre facultatif, pour ce renforcement.

Votre entreprise vous propose à titre facultatif de couvrir vos ayants droit.

ANNEXE À LA NOTICE D'INFORMATION

Article 1

OBJET

La présente Annexe complète votre Notice d'Information de la « Production agricole ».

La présente **Annexe à la Notice d'Information** précise notamment les garanties correspondant au niveau du socle conventionnel obligatoire et aux niveaux renforcés de l'Accord national de la production agricole.

La garantie Assistance et le réseau de soins sont définis aux Articles 7 et 8 de la présente Annexe à la Notice d'Information.

Article 2

CHAMP D'APPLICATION

Votre entreprise doit relever de l'Accord relatif à la mise en place du régime conventionnel national de frais de santé des salariés non cadres en Agriculture, et avoir préalablement complété et signé le Bulletin d'adhésion au présent contrat.

Article 3

GROUPE ASSURÉ

Les bénéficiaires des garanties frais de santé sont les suivants :

- 1. vous-même en tant que salarié, sauf si vous êtes titulaire d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois (auquel cas vous pourrez bénéficier du versement santé sous certaines conditions),**
- 2. vos ayants droit définis au Titre 7 de la Notice d'Information, sous réserve que l'Accord collectif dont relève votre entreprise le prévoit et que votre employeur ait choisi de les couvrir à titre obligatoire ou que vous ayez demandé l'extension facultative de vos garanties frais de santé à leur bénéfice.**

Article 4

ADHÉSION AU CONTRAT

Vos partenaires sociaux locaux ou votre entreprise choisissent le niveau de garanties en adhérant au seul socle obligatoire conventionnel prévu par l'Accord collectif national ou en souscrivant, pour l'ensemble du groupe assuré, une garantie optionnelle.

Lorsque vos partenaires sociaux locaux ou votre entreprise ne choisissent pas à titre obligatoire les garanties optionnelles « Option 1 », « Option 2 » ou « Option 3 », vous avez la possibilité de renforcer vos garanties en optant à titre facultatif pour l'une de ces options.

Si votre entreprise ou vos partenaires sociaux locaux ont choisi les garanties optionnelles « Option 1 » ou « Option 2 » à titre obligatoire, vous pouvez choisir d'améliorer votre niveau de couverture en demandant votre affiliation aux options « Option 1 » ou « Option 2 », « Option 3 ». Dans ce cas, le niveau de garanties que vous avez choisi s'applique également à vos ayants droit affiliés.

Vos partenaires sociaux locaux ou votre entreprise déterminent également la structure tarifaire de la cotisation et vous permettent d'étendre vos garanties à vos ayants droit, soit de manière obligatoire, soit à titre facultatif.

Article 5

MONTANT DES GARANTIES

Les remboursements garantis par votre contrat figurant à l'Article 6 de la présente Annexe à la Notice d'Information.

Article 6

TABLEAU DES GARANTIES

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale ou en euros et comprennent les remboursements du régime de base de la Sécurité sociale.

Les forfaits exprimés en euros et par an s'entendent par bénéficiaire et par année civile, c'est-à-dire du 1er janvier au 31 décembre.

Les prestations optique « 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.

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT RÉGIME DE BASE		REMBOURSEMENT GARANTIES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ (incluant le remboursement du régime de base)			
	MSA Hors Alsace-Moselle	MSA Alsace-Moselle	Socle obligatoire conventionnel	Option 1	Option 2	Option 3
Frais médicaux						
● Honoraires et dépassements d'honoraires des généralistes et spécialistes ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR (non CAS) 170 % BR (CAS)	200 % BR (non CAS) 220 % BR (CAS)	200 % BR (non CAS) 220 % BR (CAS)
● Actes Techniques et dépassements d'honoraires ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR (non CAS) 170 % BR (CAS)	200 % BR (non CAS) 220 % BR (CAS)	200 % BR (non CAS) 220 % BR (CAS)
● Radiologie et dépassements d'honoraires (radio, scanner, IRM...) ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR (non CAS) 170 % BR (CAS)	190 % BR (non CAS) 210 % BR (CAS)	190 % BR (non CAS) 210 % BR (CAS)
● Sages-femmes	70 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
● Auxiliaires médicaux	60 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
● Analyses médicales	60% BR ou 100% BR	90% BR à 100% BR	100 % BR	120 % BR	180 % BR	180 % BR
● Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture	-	-	30 € / 1 séance / an / bénéficiaire	30 € / 2 séances / an / bénéficiaire	30 € / 4 séances / an / bénéficiaire	30 € / 4 séances / an / bénéficiaire
● Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0 € à 150 € / an / bénéficiaire	0 € à 150 € / an / bénéficiaire	0 € à 150 € / an / bénéficiaire	30 € à 180 € / an / bénéficiaire	50 € à 200 € / an / bénéficiaire	50 € à 200 € / an / bénéficiaire
● Actes de prévention ⁽²⁾	35 % BR à 70 % BR	35 % BR à 90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie						
● Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	65 % BR	90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Médicaments à service médical rendu "modéré"	30 % BR	80 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Médicaments à service médical rendu "faible"	15 % BR	15 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base	-	-	-	20 € / an / bénéficiaire	30 € / an / bénéficiaire	40 € / an / bénéficiaire
● Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	-	-	20 € / an / bénéficiaire	30 € / an / bénéficiaire	40 € / an / bénéficiaire
Hospitalisation (conventionné ou non)						
● Frais de séjour	80% BR à 100% BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Honoraires médicaux et chirurgicaux	80% BR à 100% BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Dépassements d'honoraires ⁽¹⁾	-	-	100% BR (non CAS) 155% BR (CAS)	100% BR (non CAS) 155% BR (CAS)	100% BR (non CAS) 250% BR (CAS)	100% BR (non CAS) 250% BR (CAS)
● Forfait Journalier hospitalier (sauf établissements médicaux sociaux)	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
● Forfait actes lourds (18 €) (actes affectés d'un coefficient ≥ 60 ou d'un tarif ≥ 120 €)	-	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
● Chambre particulière	Hospitalisation (hors maternité et psychiatrie)		25 € / jour	30 € / jour	40 € / jour	75 € / jour pdt 60 jours maximum / an puis 25 € par jour
	Maternité		25 € / jour	55 € / jour	80 € / jour	80 € / jour
	Psychiatrie		25 € / jour	30 € / jour	40 € / jour	75 € / jour pdt 45 jours / an
● Frais accompagnant (moins de 16 ans)	-	-	-	25 € / jour	35 € / jour	50 € / jour pdt 10 jours maximum / an puis 30 € par jour
● Maternité ⁽³⁾	-	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS	2/5 PMSS	2/5 PMSS
● Frais de transport	65 % BR	65 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Cure thermique (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	65 % BR à 70 % BR	65 % BR à 90 % BR	65 % BR à 90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 150 € / an / bénéficiaire
Dentaire						
● Soins Dentaires	70 % BR	90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Inlays et Onlays (acceptés par le régime de base)	70 % BR	90 % BR	125 % BR	200 % BR	225 % BR	250 % BR
● Inlay Cores (acceptés par le régime de base)	70 % BR	90 % BR	125 % BR	125 % BR	125 % BR	690 % BR
● Prothèses dentaires (acceptées par le régime de base y compris prothèses implantoportées)	70 % BR	90 % BR	210 % BR + 300 € / an / bénéficiaire	210 % BR + 360 € / an / bénéficiaire	210 % BR + 450 € / an / bénéficiaire	+400 € / an / bénéficiaire
● Prothèses dentaires (refusées par le régime de base) [y compris implantologie pour les options 1, 2 et 3]	-	-	-	150 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire
● Parodontologie (refusée par le régime de base)	-	-	-	80 € / an / bénéficiaire	90 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire
● Orthodontie (acceptée par le régime de base)	70 % BR à 100 % BR	90 % BR à 100 % BR	160 % BR	160 % BR	230 % BR	300 % BR
● Orthodontie (refusée par le régime de base)	-	-	-	100 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire
Optique						
● Fréquence de prise en charge de l'équipement optique (monture + verre) ⁽⁴⁾			Tous les 2 ans	Tous les 2 ans	Tous les 2 ans	Tous les 2 ans
● Monture seule	60 % BR	90 % BR	455 % BR	60 % / 90 % BR + 100 €	60 % / 90 % BR + 150 €	60 % / 90 % BR + 150 €
● 2 verres simples classe (a) ⁽⁵⁾	60 % BR	90 % BR	60 % / 90 % BR + 200 €	60 % / 90 % BR + 200 €	60 % / 90 % BR + 300 €	60 % / 90 % BR + 300 €
● 2 verres complexes classe (b) ⁽⁵⁾	60 % BR	90 % BR	60 % / 90 % BR + 350 €	60 % / 90 % BR + 500 €	60 % / 90 % BR + 600 €	60 % / 90 % BR + 600 €
● 2 verres très complexes classe (c) ⁽⁵⁾	60 % BR	90 % BR	60 % / 90 % BR + 350 €	60 % / 90 % BR + 500 €	60 % / 90 % BR + 600 €	60 % / 90 % BR + 600 €
● 1 verre simple classe (a) et 1 verre complexe classe (b) ⁽⁵⁾	60 % BR	90 % BR	60 % / 90 % BR + 275 €	60 % / 90 % BR + 350 €	60 % / 90 % BR + 450 €	60 % / 90 % BR + 450 €
● 1 verre simple classe (a) et 1 verre très complexe classe (c) ⁽⁵⁾	60 % BR	90 % BR	60 % / 90 % BR + 275 €	60 % / 90 % BR + 350 €	60 % / 90 % BR + 450 €	60 % / 90 % BR + 450 €
● 1 verre complexe classe (b) et 1 verre très complexe classe (c) ⁽⁵⁾	60 % BR	90 % BR	60 % / 90 % BR + 350 €	60 % / 90 % BR + 500 €	60 % / 90 % BR + 600 €	60 % / 90 % BR + 600 €
● Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)	0 % BR à 60 % BR	0 % BR à 90 % BR	100 % BR + 100 € / an / bénéficiaire	100 % BR + 150 € / an / bénéficiaire	100 % BR + 200 € / an / bénéficiaire	100 % BR + 200 € / an / bénéficiaire
● Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil)	-	-	-	-	-	300 € / an / bénéficiaire
Prothèses hors dentaire						
● Prothèse auditive (hors entretien)	60 % BR	90 % BR	100 % BR	400 % BR + 200 € / an / bénéficiaire	400 % BR + 200 € / an / bénéficiaire	400 % BR + 200 € / an / bénéficiaire
● Autres prothèses et petit appareillage	60 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
● Gros appareillage	100 % BR	100 % BR	100 % BR	200 % BR	200 % BR	285 % BR + 200 € / an (fauteuil roulant)
● Fourniture médicale et pansement	60 % BR	90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Services associés						
● Assistance	-	-	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
● Réseau de soins optique	-	-	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus

BR : Base de Remboursement. CAS : Contrat d'Accès aux Soins. PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. FR : Frais Réels. (1) Le remboursement diffère selon que le médecin est signataire ou non d'un Contrat d'Accès aux Soins (CAS). (2) Tous les actes de prévention (cf. arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du présent dispositif frais de santé et pour chaque bénéficiaire. (3) Dans la limite des frais réellement engagés. (4) Prise en charge tous les 2 ans sauf pour les mineurs, sauf changement d'acuité visuelle et sauf pour les lentilles. Verres simples classe (a) : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre ≤ + 4,00 dioptries. Verres complexes classe (b) : verres unifocaux dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre > + 4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs. Verres très complexes classe (c) : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries. (5) Y compris forfait monture

ANNEXE À LA NOTICE D'INFORMATION

Article 7

LES PRESTATIONS GARANTIE ASSISTANCE

La garantie assistance est assurée par Mondial Assistance, société d'assurance régie par le code des assurances dans le cadre de la présente convention.

CONVENTION D'ASSISTANCE OFFRE AGRICOLE AGRI PREVOYANCE N° 922 254

Besoin d'assistance ?

**Contactez-nous (24/24)
au 01 40 25 53 34**

Veillez nous indiquer :

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

Les prestations de la présente convention d'assistance souscrite par AGRI PREVOYANCE auprès de :

AWP P&C

SA au capital de 17 287 285 €
519 490 080 RCS Bobigny
Siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen
Entreprise régie par le Code des assurances
sont mises en œuvre par :

AWP FRANCE SAS

SAS au capital de 7 584 076,86 €
490 381 753 RCS Bobigny
Siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen
Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669 - <http://www.orias.fr/>
Ci-après désignée sous le nom commercial « **Mondial Assistance** ».

I. ÉVÉNEMENTS GARANTIS

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

I.1 ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION À DOMICILE

Les prestations décrites à l'article 5.1.1 « INFORMATIONS – CONSEILS – SERVICES À LA PERSONNE » peuvent être délivrées à tout moment pendant les heures d'ouverture du service d'information.

Les prestations décrites à l'article 5.1.2 « ASSISTANCE DE L'ENFANT MALADE » sont délivrées en cas :

→ d'Hospitalisation du Bénéficiaire

ou

→ d'Immobilisation à Domicile du Bénéficiaire, précédée ou non d'une Hospitalisation.

Les prestations décrites à l'article 5.1.3 « ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION » sont délivrées en cas :

→ d'Hospitalisation du Bénéficiaire.

Les prestations décrites à l'article 5.1.4 « ASSISTANCE AU RETOUR D'HOSPITALISATION OU EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE » sont délivrées en cas :

→ d'Immobilisation à Domicile du Bénéficiaire, précédée ou non d'une Hospitalisation.

Certaines prestations complémentaires sont délivrées lorsque le Bénéficiaire faisant l'objet de l'Hospitalisation ou l'Immobilisation à Domicile est un Enfant.

L'ensemble des prestations est délivré conformément aux conditions et limites indiquées à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE ».

I.2 ASSISTANCE VOYAGE

Les prestations décrites à l'article 5.2.1 « ASSISTANCE AUX PERSONNES » sont délivrées en cas de survenance, lors d'un déplacement privé, d'un des événements suivants :

→ Accident corporel,

→ Maladie.

Une Franchise kilométrique de cent (100) km est appliquée pour les prestations prévues à l'article 5.2.1 « ASSISTANCE AUX PERSONNES ».

2. RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE

INFORMATIONS – CONSEILS – SERVICES A LA PERSONNE

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Informations pratiques et juridiques	Illimité	Utilisable à tout moment dès la souscription pendant les heures d'ouverture du service.
Téléconseil santé	Illimité	Prestation rendue par téléphone exclusivement.
Services à la personne	Mise en relation avec le réseau de Prestataires agréés dans le cadre de la loi Borloo, sans prise en charge	Le coût des éventuels devis et/ou travaux réalisés à l'issue de ces prestations reste à la charge du Bénéficiaire.

ASSISTANCE DE L'ENFANT MALADE

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Garde de l'Enfant malade Ou Transfert d'un proche au Domicile du bénéficiaire Ou Transfert de l'Enfant au Domicile d'un Proche	30 heures par évènement Coût de l'intervention organisée par Mondial Assistance	Ces prestations doivent être activées au plus tard 15 jours après l'Hospitalisation. Durée minimale de l'immobilisation au moins égale à 3 jours. Transfert de l'enfant : Le transport est limité à 2 fois par an/enfant.

ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Conseil social	Illimité	Utilisable à tout moment dès la souscription pendant les heures d'ouverture du service. Prestation rendue par téléphone exclusivement.
Garde des enfants de moins de 16 ans Ou Transfert des enfants au Domicile d'un Proche Ou Transfert d'un Proche au Domicile	15 heures Coût de l'intervention organisée par Mondial Assistance	Ces prestations doivent être activées au plus tard 15 jours après l'Hospitalisation. Durée d'Hospitalisation au moins égale à 4 jours. Durée d'Hospitalisation au moins égale à 4 jours Limité à 1 fois/an.
Veille ou prise en charge des Ascendants dépendants à charge Ou Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire Ou Transfert de l'ascendant chez un proche	15 heures maximum Coût de l'intervention organisée par Mondial Assistance	Ces prestations doivent être activées au plus tard 15 jours après l'Hospitalisation. Durée d'Hospitalisation au moins égale à 4 jours. Limité à 1 fois/an.
Accompagnement psychologique	6 entretiens téléphoniques/ évènement	Prestation rendue par téléphone exclusivement.

ASSISTANCE AU RETOUR D'HOSPITALISATION OU EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Transfert d'un proche au Domicile du Bénéficiaire	Coût de l'intervention organisée par Mondial Assistance	Cette prestation doit être activée au plus tard 15 jours après l'Hospitalisation. Durée d'Hospitalisation au moins égale à 4 jours ou Immobilisation au Domicile d'un minimum de 10 jours. Limité à 2 fois/an.
Aide ménagère	10 heures réparties sur 30 jours	Cette prestation doit être activée au plus tard 15 jours après l'Hospitalisation. Après Hospitalisation minimum de 4 jours ou en cas d'Immobilisation au Domicile d'un minimum de 10 jours. Limité à 2 fois/an.
Portage de repas	1 livraison par jour pendant 15 jours	Cette prestation doit être activée au plus tard 15 jours après l'Hospitalisation. Après Hospitalisation minimum de 4 jours ou en cas d'Immobilisation au Domicile d'un minimum de 10 jours. Limité à 2 fois/an.
Livraison en urgence de médicaments	6 livraisons par an	Après hospitalisation minimum de 4 jours ou en cas d'Immobilisation au Domicile d'un minimum de 10 jours. Limité à 1 fois/an.

ASSISTANCE VOYAGE - ASSISTANCE AUX PERSONNES

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
ASSISTANCE AU BÉNÉFICIAIRE		
Rapatriement ou transport sanitaire	Coût de l'intervention organisée par Mondial Assistance	Prestations soumises à la décision des médecins de Mondial Assistance. Franchise : 100 km.
Frais médicaux d'urgence à l'étranger (hors frais d'hospitalisation)	Remboursement des frais médicaux d'urgence à l'étranger sur prescription médicale restant à la charge du Bénéficiaire après intervention des organismes de Sécurité sociale, d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance auxquels le Bénéficiaire est affilié.	Cessation de la prestation lorsque le service Médical de Mondial Assistance estime que le rapatriement du Bénéficiaire est possible. Plafond de 7500 € TTC. Les limites suivantes, s'entendent par Bénéficiaire et par évènement.
Frais d'Hospitalisation imprévus et urgents à l'étranger	Avance des frais d'Hospitalisation à l'étranger.	

CONVENTION D'ASSISTANCE OFFRE AGRICOLE AGRI PREVOYANCE N° 922 254

3. VALIDITÉ DE LA CONVENTION

Les prestations « INFORMATIONS – CONSEILS – SERVICES A LA PERSONNE », « HOSPITALISATION – IMMOBILISATION A DOMICILE » sont acquises uniquement sur le territoire du Domicile du Bénéficiaire.

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

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

DURÉE DE VALIDITÉ

Les prestations sont accordées exclusivement pour les événements survenus pendant la durée de validité du contrat OFFRE AGRICOLE AGRI PREVOYANCE et de l'accord liant AGRI PREVOYANCE et AWP P&C pour la délivrance de ces prestations.

ASSISTANCE AU VOYAGE

Sauf mention particulière notée à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », les prestations sont accordées pour les événements garantis survenus en France ou au cours de déplacements privés n'excédant pas quatre-vingt-dix (90) jours consécutifs dans le monde entier, à l'exception des Pays non couverts.

Une Franchise kilométrique de cent (100) km est appliquée pour les prestations prévues à l'article 5.2 « ASSISTANCE AU VOYAGE » pour les événements survenus en France.

4. DÉFINITIONS CONTRACTUELLES

Dans la présente Convention d'assistance « OFFRE AGRICOLE AGRI PRÉVOYANCE » (ci-après la « Convention »), les termes et expressions qui commencent par une lettre majuscule auront la signification suivante :

ACCIDENT CORPOREL

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

ASCENDANT DÉPENDANT À CHARGE

Ascendant au 1^{er} degré fiscalement à charge du Bénéficiaire, dépendant et vivant sous le toit du Bénéficiaire assuré.

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

AYANTS-DROITS

Sont considérés comme ayants droit du participant :

- **le conjoint** : la personne mariée avec le participant et non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée, exerçant ou non une activité professionnelle.

Sont assimilés au conjoint :

- **le cocontractant d'un PACS** : est assimilé au conjoint, la personne qui a conclu un Pacte Civil de Solidarité avec le participant conformément aux dispositions de l'article 515-1 et suivant du Code civil.
- **le concubin** : il faut entendre la personne vivant en concubinage, selon les dispositions de l'article 515-8 du Code civil, avec le participant, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins deux ans à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations, sous réserve que les concubins soient l'un et l'autre libres au regard de l'état civil de tout lien de mariage ou de PACS. Toutefois, la condition de durée est considérée comme remplie

lorsqu'au moins un enfant est né ou à naître de l'union ou a été adopté.

La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus.

- **les enfants à charge** : les enfants à charge du participant ou de son conjoint tels que définis ci-dessus.
 - tous les enfants âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du régime de base du participant ou de son conjoint ;
 - tous les enfants âgés de moins de 26 ans s'ils sont étudiants et inscrits au régime de Sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la Couverture Maladie Universelle (C.M.U.) ;
 - tous les enfants âgés de moins de 26 ans s'ils se trouvent sous contrat d'alternance ou aidé aux conditions prévues par le Code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
 - tous les enfants, quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'Allocation pour Adulte Handicapé – AAH – (article L.821-1 du code de la Sécurité sociale). Les personnes handicapées qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquelles celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérées comme étant à charge.
- les enfants du participant nés « viables » moins de 300 jours après son décès.
- **les ascendants à charge** : les personnes ascendantes du salarié à condition d'être à charge du participant au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à AGRI Prévoyance.

BÉNÉFICIAIRE

Le terme « Bénéficiaire » se réfère indifféremment :

- au salarié participant couvert par le contrat OFFRE AGRICOLE AGRI PRÉVOYANCE (le « Bénéficiaire assuré »),
- à ses ayants-droits selon la formule souscrite et vivant habituellement sous son toit.

CONJOINT

Sont assimilés au conjoint :

- **le cocontractant d'un PACS** : est assimilé au conjoint, la personne qui a conclu un Pacte Civil de Solidarité avec le participant conformément aux dispositions de l'article 515-1 et suivant du Code civil.
- **le concubin** : il faut entendre la personne vivant en concubinage, selon les dispositions de l'article 515-8 du Code civil, avec le participant, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins deux ans à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations, sous réserve que les concubins soient l'un et l'autre libres au regard de l'état civil de tout lien de mariage ou de PACS. Toutefois, la condition de durée est considérée comme remplie lorsqu'au moins un enfant est né ou à naître de l'union ou a été adopté.

La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus.

DOMICILE

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

ENFANTS

Les enfants à charge du participant ou de son conjoint tels que définis ci-dessus.

- tous les enfants âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du régime de base du participant ou de son conjoint ;
- tous les enfants âgés de moins de 26 ans s'ils sont étudiants et inscrits au régime de Sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la Couverture Maladie Universelle (C.M.U.) ;
- tous les enfants âgés de moins de 26 ans s'ils se trouvent sous contrat d'alternance ou aidé aux conditions prévues par le Code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
- tous les enfants, quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'Allocation pour Adulte Handicapé – AAH – (article L.821-1 du code de la Sécurité sociale). Les personnes handicapées qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquelles celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérées comme étant à charge.

Les enfants du participant nés « viables » moins de 300 jours après son décès.

FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE A L'ÉTRANGER

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

FRANCE

France métropolitaine ainsi que le(s) territoire(s) suivant(s) : Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion Mayotte, Saint-Barthélemy où se situe le Domicile.

FRANCHISE KILOMÉTRIQUE

Distance kilométrique à partir de laquelle les prestations d'assistance sont accordées. La distance est calculée depuis le Domicile situé en France jusqu'au lieu de survenance de l'évènement garanti sur la base de l'itinéraire le plus court calculé par le service Via-Michelin ou Googlemap. Aucune Franchise kilométrique n'est appliquée en cas de survenance d'un évènement garanti à l'Etranger.

HOSPITALISATION

Tout séjour dans un établissement de soins privé ou public avec ou sans nuitée.

Dans tous les cas, sont assimilés à une Hospitalisation :

- **les traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie ambulatoire** : administration d'un traitement anti-cancer dans un hôpital de jour, à la suite de laquelle le Bénéficiaire peut rentrer chez lui,
- **les traitements de chirurgie ambulatoire** : traitement de chirurgie permettant la sortie du patient le jour même de son admission dans l'établissement de soins.

Une durée d'Hospitalisation peut être prévue à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE » pour la délivrance de certaines prestations.

Sont exclus :

- **les hospitalisations dans les centres de réadaptation fonctionnelle, maisons de convalescence ou établissements psychiatriques,**
- **les hospitalisations à Domicile,**
- **les hospitalisations chirurgicales à but esthétique,**
- **les traitements de chimiothérapie orale à Domicile, sauf protocole de soins particulier et après évaluation par les médecins de Mondial Assistance.**

HOSPITALISATION D'URGENCE

Séjour de plus de 48 (quarante-huit) heures consécutives dans un établissement hospitalier public ou privé, pour une intervention d'urgence, c'est-à-dire non programmée et ne pouvant être reportée.

IMMOBILISATION À DOMICILE

Toute incapacité physique à se déplacer ou à effectuer les tâches ménagères habituelles, survenant inopinément, constatée par un médecin et nécessitant le repos au Domicile prescrit par un médecin.

Une durée d'Immobilisation peut être prévue à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE » pour la délivrance de certaines prestations.

MALADIE

Altération subite de l'état de santé, constatée par une autorité médicale compétente.

PAYS NON COUVERTS

Corée du Nord et pays figurants sur la liste mise à jour des pays exclus, disponible sur le site de MONDIAL ASSISTANCE à l'adresse suivante : www.mondial-assistance.fr/pays-exclus.

PRESTATAIRE

Prestataire de services professionnel référencé par Mondial Assistance.

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,
- Dans le même territoire ou département d'Outre-mer que le Bénéficiaire qui 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 de modifier les dénominations des DOM TOM et leurs définitions.

TRANSPORT

Tout déplacement non médicalisé s'effectuant par :

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

5. PRESTATIONS

Les montants de prise en charge figurent dans l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE »

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

5.1 ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION À DOMICILE

5.1.1 Informations – conseils - services a la personne

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine), Mondial Assistance communique des informations et conseille le Bénéficiaire dans les domaines suivants :

• Informations juridiques, administratives et pratiques

Mondial Assistance communique, par téléphone, des renseignements dans les domaines ci-après :

- Informations juridiques : Fiscalité, justice, défense recours, assurance, travail, protection sociale, retraite, famille, mariage, divorce, succession.
- Informations sur les démarches administratives à effectuer.
- Informations pratiques : informations loisirs pour les seniors, informations spécialisées pour les malvoyants.

En aucun cas les renseignements fournis ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Mondial Assistance s'engage à répondre dans un délai de 48 (quarante-huit) heures ouvrées.

Mondial Assistance peut fournir des renseignements d'ordre juridique ; en aucun cas elle ne donne de consultation juridique

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

CONVENTION D'ASSISTANCE OFFRE AGRICOLE AGRI PREVOYANCE N° 922 254

• Téléconseil santé

→ Questions médicales face à un symptôme : lorsque le Bénéficiaire s'interroge face à un symptôme ressenti, le service médical de Mondial Assistance lui fournit une aide à la compréhension du symptôme et le renseigne sur la conduite à tenir : nécessité d'être orienté vers un médecin (de façon urgente ou différé), conseils relatifs à l'utilisation de médicaments stockés, achat d'un médicament sans ordonnance.

→ Informations médicales et parcours de santé : un médecin de Mondial Assistance répond aux questions du Bénéficiaire relatives à sa santé, à sa maladie, à son hospitalisation, à la prescription faite par son médecin traitant ou à son suivi.

Le Bénéficiaire peut également obtenir des informations sur des questions d'ordre général relatives à la santé telles que les établissements de soins, les questions générales sur la santé, les facteurs de risques, les questions de médecine générale, les questions relatives aux médicaments, les informations préventives, les informations sur les médecines alternatives, les centres de prise en charge de la douleur.

→ Orientation vers un centre médical de référence spécialisé : lorsque le Bénéficiaire doit subir une intervention chirurgicale grave ou lorsqu'il fait face à une maladie chronique déclarée, il peut demander une orientation vers un service médical ou chirurgical de référence spécialisé.

Mondial Assistance s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale.

En conséquence, ce service ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un médecin.

Ce service ne peut se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. En cas d'urgence, le Bénéficiaire prend contact en priorité avec les services locaux de secours d'urgence (numéros d'urgence : 15, 112, 18).

Les informations médicales échangées avec les médecins restent strictement confidentielles et sont soumises à la législation sociale et au secret médical.

• Services à la personne

Mondial Assistance peut :

→ fournir au Bénéficiaire toute l'information utile sur les services à la personne,

→ mettre le Bénéficiaire en relation avec un Prestataire de son réseau de services à la personne entrant dans le cadre de la loi Borloo (assistance administrative, bricolage, soutien scolaire, etc.) et hors cadre de la loi Borloo (esthéticienne, coiffure à Domicile, pédicure, manucure, massages - hors soins thérapeutiques).

Les Prestataires délivrant des prestations de services à la personne dans le cadre des activités définies comme telles par la loi Borloo sont agréés, afin que le Bénéficiaire puisse profiter d'avantages fiscaux.

Les coûts des devis et des prestations utilisées sont à la charge du Bénéficiaire.

Pour toute mise en place de prestation, le Prestataire dispose d'un délai minimum de 72 (soixante-douze) heures pour prendre contact avec le Bénéficiaire.

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

5.1.2 Assistance de l'enfant malade

Lorsque le Bénéficiaire Hospitalisé ou Immobilisé à Domicile est un Enfant, Mondial Assistance met en œuvre, dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », une des prestations ci-après :

• Garde à Domicile de l'Enfant de moins de 16 ans malade ou convalescent

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

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

OU

• Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire (Transport aller-retour) pour s'occuper de l'Enfant.

OU

• Transfert des Enfants de moins de 16 ans au Domicile d'un Proche

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

5.1.3 Assistance en cas d'hospitalisation

Sur simple appel téléphonique, suite à l'Hospitalisation du Bénéficiaire et dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après :

• Conseil social

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

• Garde à Domicile des Enfants de moins de 16 ans

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

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

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

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

OU

• Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire

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

OU

• Transfert des Enfants de moins de 16 ans au Domicile d'un Proche

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

• Veille ou prise en charge des Ascendants dépendants à charge

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

→ soit une auxiliaire de vie qui aide aux actes de la vie quotidienne (aide au lever, au coucher, toilette, repas, habillement, etc.)

→ soit une personne de compagnie.

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

OU

• **Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire**

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

OU

• **Transfert des Ascendants dépendants à charge au Domicile d'un Proche**

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

• **Accompagnement psychologique**

Une première évaluation par un psychologue clinicien est rendue par téléphone au cours de **6 (six) entretiens maximum** par évènement.

Le service est accessible du lundi au vendredi hors jours fériés, de 9h00 à 18h00 (fuseau horaire de France métropolitaine).

Sont exclues les maladies psychologiques antérieurement avérées ou constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat.

5.1.4 assistance au retour d'hospitalisation ou en cas d'immobilisation au domicile

Sur simple appel téléphonique, suite à l'Hospitalisation ou l'Immobilisation à Domicile du Bénéficiaire et dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après :

• **Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire**

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

• **Aide-ménagère**

Mondial Assistance met à la disposition du Bénéficiaire une aide-ménagère qui effectue les petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas etc.) au Domicile du Bénéficiaire.

L'intervention de l'aide-ménagère dure au minimum 2 (deux) heures consécutives et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

• **Portage des repas**

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

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

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

Dans les zones non desservies ou lorsque le pack de repas n'est pas adapté, Mondial Assistance peut proposer l'intervention d'un Prestataire pour préparer les repas au Domicile dans les conditions précisées à la prestation « **Aide-ménagère** » décrite ci-dessus.

Cette prestation est disponible uniquement en France métropolitaine, hors Corse et DOM-ROM.

• **Recherche et livraison en urgence au Domicile de médicaments** immédiatement nécessaires prescrits par un médecin. Le Bénéficiaire immobilisé au Domicile n'est pas en mesure d'aller acheter ses médicaments. Mondial Assistance organise et prend en charge, dans la limite des contraintes locales, la recherche et la livraison au Domicile du Bénéficiaire, des médicaments indispensables à son traitement sur présentation d'une prescription médicale.

Le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire.

5.2 Assistance voyage

5.2.1 Assistance aux personnes

ASSISTANCE AU BÉNÉFICIAIRE

Dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », Mondial Assistance organise et prend en charge les prestations ci-après :

• **Rapatriement ou transport sanitaire du Bénéficiaire**

→ Transport, sanitaire si nécessaire, du Bénéficiaire vers le centre hospitalier le mieux adapté à son état de santé (soit dans le pays où il se trouve soit en France métropolitaine) par les moyens les plus appropriés.

→ Lorsque l'hospitalisation n'a pas pu se faire à proximité du Domicile, le transfert vers un hôpital plus proche est pris en charge dès que l'état du Bénéficiaire le permet.

→ Si l'hospitalisation à l'arrivée n'est pas indispensable, le transport du Bénéficiaire, sanitaire si nécessaire, est pris en charge jusqu'à son Domicile.

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

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

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

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

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

Le transport par avion est subordonné à l'obtention des autorisations accordées par la compagnie aérienne. Mondial Assistance ne saurait être tenue responsable d'un retard ou d'un empêchement dans l'exécution de la prestation « Rapatriement ou transport sanitaire du Bénéficiaire » du fait de toute restriction d'une compagnie aérienne.

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

• **Frais médicaux d'urgence à l'étranger**

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

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

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

Mondial Assistance peut également procéder à l'avance des frais d'hospitalisation imprévus et urgents, après accord de son service médical, dans la limite du plafond figurant à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE ».

CONVENTION D'ASSISTANCE OFFRE AGRICOLE AGRI PREVOYANCE N° 922 254

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

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

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

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

6. RESPONSABILITÉ

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

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

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

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

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

La responsabilité de Mondial Assistance ne concerne que les services qu'elle réalise en exécution de la Convention. **Elle ne sera pas tenue responsable :**

- des actes réalisés par les Prestataires intervenant auprès du Bénéficiaire en leur propre nom et sous leur propre responsabilité ;
- de l'inexécution ou de la mauvaise exécution de leurs obligations contractuelles consécutives à un cas de force majeure.

7. EXCLUSIONS GÉNÉRALES

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

- les frais non justifiés par des documents originaux,
- le suicide ou les conséquences de tentative de suicide du Bénéficiaire,
- les dommages consécutifs à la consommation d'alcool par le Bénéficiaire

ou l'absorption par le Bénéficiaire de médicaments, drogues ou stupéfiants, non prescrits médicalement,

→ les conséquences :

- des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
- de l'exposition à des agents biologiques infectants,
- de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
- de l'exposition à des agents incapacitants,
- de l'exposition à des agents radioactifs,
- de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,

qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales du pays où le Bénéficiaire séjourne,

→ les dommages provoqués intentionnellement par un Bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense,

→ les conséquences :

- de maladies et accidents antérieurs à la date d'effet du contrat,
- de maladies psychologiques antérieurement diagnostiquées/avérées/constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat,
- des affections de longue durée, de maladies chroniques ou de l'invalidité permanente, antérieurement avérées/constituées,

→ les dommages résultant de soins d'ordre esthétique (y compris chirurgie esthétique).

8. MODALITÉS D'EXAMEN DES RÉCLAMATIONS

Lorsqu'un Bénéficiaire est mécontent du traitement de sa demande, sa première démarche doit être d'en informer son interlocuteur habituel pour que la nature de son insatisfaction soit comprise et que des solutions soient recherchées.

En cas de désaccord, le Bénéficiaire peut adresser une réclamation à l'adresse suivante :

AWP France SAS
Service Traitement des Réclamations
TSA 70002
93488 Saint-Ouen Cedex

Un accusé de réception parviendra au Bénéficiaire dans les 10 (dix) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais.

Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les 2 (deux) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont Mondial Assistance le tiendrait informé.

Si le désaccord persiste, le Bénéficiaire peut alors saisir le médiateur indépendant dont les coordonnées sont les suivantes :

La Médiation de l'Assurance
<http://www.mediation-assurance.org>
LMA
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

Les entreprises d'assurance adhérentes de la FFA ont mis en place un dispositif permettant aux assurés et aux tiers de bénéficier d'une procédure de médiation pour le règlement de leurs litiges.

Ce dispositif est défini par les 10 règles de la **Charte de La Médiation** de la FFA.

9. COMPÉTENCE JURIDICTIONNELLE

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

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

10. PRESCRIPTION

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

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

• Article L114-1 du Code des assurances

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

• Article L114-2 du Code des assurances

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité ».

• Article L114-3 du Code des assurances

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

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 et suivants du Code civil, parmi ces dernières figurent notamment : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, la demande en justice même en référé, l'acte d'exécution forcée.

Pour connaître l'exhaustivité des causes ordinaires d'interruption de la prescription, se reporter aux articles du Code civil précités.

11. LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, l'Assuré dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données le concernant en adressant sa demande à :

AWP France SAS

Service Juridique - DT03

7 rue Dora Maar - CS 60001

93488 Saint-Ouen Cedex

AWP France SAS dispose de moyens informatiques destinés à gérer les prestations d'assistance du présent contrat.

Les informations enregistrées sont réservées aux gestionnaires des prestations d'assistance et sont susceptibles d'être communiquées à des sous-traitants, situés dans ou hors de l'Union Européenne.

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

12. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Les entreprises qui accordent les prestations prévues par la Convention sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, sise au 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09

13. LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISÉE

La Convention est régie par la loi française.

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

Article 8

LES SERVICES DU RESEAU DE SOINS

Les services proposés par le réseau de soins sont mis en oeuvre par la société Carte Blanche Partenaires (26 rue Laffitte - 75009 PARIS).

Afin de bénéficier de tarifs encadrés pour réduire votre reste à charge ainsi que celui de vos bénéficiaires et accéder à des équipements de qualité, AGRIPREVOYANCE vous ouvre l'accès au réseau optique Carte Blanche.

Le tiers payant

Ce service vous permet la dispense d'avance des frais sur vos équipements optiques, le contrôle des engagements du professionnel de santé et les flux dématérialisés.

Les applications internet

Carte Blanche met à votre disposition l'annuaire géolocalisé des opticiens partenaires, des conseils prévention et de l'information sur la santé des yeux.

Le réseau des opticiens partenaires

Vous bénéficiez de tarifs encadrés et de services préférentiels en vous rendant chez les professionnels de santé partenaires de Carte Blanche.

A fin mai 2015, le réseau comprend plus de 10.450 opticiens conventionnés.

Chaque opticien partenaire vous propose :

- le tiers-payant et une demande de prise en charge en temps réel,
- le respect des tarifs plafonds sur les verres et lentilles,
- 5% minimum de remise sur la monture,
- des garanties casse et adaptation sur les équipements.

AGRI PRÉVOYANCE - Institution de prévoyance régie par le Code rural et de la pêche maritime

Siège social - 21, rue de la Bienfaisance 75 382 Paris cedex 08

Tél. 01 71 21 00 00 – fax 01 71 21 00 01 – www.groupAGRICA.com

Membre du GIE AGRICA GESTION – RCS PARIS n° 493 373 682