

SOMMAIRE

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GENERALES	3
▶ARTICLE 1 - PREAMBULE	3
▶ARTICLE 2 - OBJET DES CONTRATS	3
▶ARTICLE 3 - LES DROITS QUI PROTEGENT L'ASSURE.....	4
CHAPITRE II - LA VIE DE L'ADHESION.....	6
▶ARTICLE 1 - FONCTIONNEMENT DE L'ADHESION.....	6
▶ARTICLE 2 - L'AFFILIATION DES ASSURES AU CONTRAT	8
▶ARTICLE 3 – CESSATION DES GARANTIES.....	8
▶ARTICLE 4 – DROITS AUX ASSURES APRES LA CESSATION DES GARANTIES	9
▶ARTICLE 5 - COTISATIONS	11
CHAPITRE III - LES GARANTIES SANTE	13
▶ARTICLE 1 – LES BENEFICIAIRES	13
▶ARTICLE 2 – LES AYANTS-DROITS	13
▶ARTICLE 3 – LES GARANTIES	14
CHAPITRE IV - LES PRESTATIONS SANTE	18
▶ARTICLE 1 – LES PRESTATIONS DE BASE.....	18
▶ARTICLE 2 – LES PRESTATIONS FACULTATIVES COMPLEMENTAIRES.....	20
▶ARTICLE 3 – LES PRESTATIONS OBSEQUES	21
CHAPITRE V – MODALITES DE REGLEMENT	22
▶ARTICLE 1 – DECLARATION ET JUSTIFICATIFS	22
▶ARTICLE 2 – PRESCRIPTIONS ET EXCLUSIONS	22
▶ARTICLE 3 – CONTROLE MEDICAL.....	23
CHAPITRE VI – L'ASSISTANCE	24
▶ARTICLE 1 – GENERALITES	24
▶ARTICLE 2 – RESUME DES GARANTIES ACCORDEES	25
▶ARTICLE 3 – DETAIL DES GARANTIES ACCORDEES.....	27

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GENERALES

► ARTICLE 1 - PREAMBULE

Nature des contrats

Aviva Collective Santé est une gamme de contrats collectif d'assurance à adhésion facultative régis par le Code des Assurances et portant les références - n° 76534675, n° 76534675, n° 76534675, n° 76534675. Ils sont souscrits par l'ADER (Association pour le Développement de l'Épargne pour la Retraite) - 24-26 rue de la Pépinière – 75008 Paris, auprès :

- d'Aviva Assurances (Siège social : 70, avenue de l'Europe - 92273 Bois-Colombes Cedex), ci-après dénommé l'assureur, pour toutes les prestations d'assurance
- de Garantie Assistance (Siège social : 38 rue de la Bruyère – 75009 Paris), ci-après dénommé l'assisteur, pour les prestations d'assistance

Cette association, régie par la Loi du 1er juillet 1901, a pour objet d'étudier et de mettre en œuvre tous les moyens propres à la réalisation et à la gestion de tout régime de retraite et de prévoyance au profit de ses adhérents. Différentes informations concernant l'association sont disponibles sur le site www.aviva.fr, notamment ses statuts, et la composition de son conseil d'administration.

Pour la gestion du contrat Aviva Collective Santé (adhésion, prestations, encaissement...), ADER et Aviva Assurances mandatent la société HENNER (SAS de gestion et de courtage d'assurances et de réassurance au capital de 8.212.500,00 euros, dont le siège social est 10, rue Henner - 75009 PARIS, R.C.S. PARIS n° B 323 377 739, N° ORIAS : 07 002039) laquelle la délègue au GIE GMC GESTION (Groupement d'Intérêt Economique régi par l'Ordonnance n°67-821 du 23 septembre 1967 RCS PARIS C 399 142 892) ci-après dénommé le délégataire.

Prise d'effet, durée et résiliation des contrats par l'association ou l'assureur

Les contrats Aviva Collective Santé sont souscrits à effet du 01/09/2013, pour une période se terminant le 31/12/2013. Ils se renouvellent ensuite annuellement par tacite reconduction à effet du 1er janvier, sauf dénonciation par l'une des parties contractantes (c'est-à-dire l'assureur ou l'association), notifiée par lettre recommandée. Cette lettre doit être envoyée au moins 3 mois avant la date de renouvellement. La date d'envoi de la lettre recommandée marque le départ du délai de préavis.

Chaque adhérent s'acquitte des frais d'adhésion unique à l'association ADER qui s'élèvent à 3 euros et qui sont inclus dans la cotisation de la première année des contrats Aviva Collective Santé.

En cas de résiliation ou de non reconduction de chacun de ces contrats par l'assureur ou l'ADER, aucune adhésion nouvelle ne pourra être acceptée, et l'assureur s'engage à maintenir les adhésions en vigueur selon les dispositions prévues dans le présent document. L'assureur s'engage également, en cas de résiliation, à maintenir le paiement des prestations en cours de service à leurs montants atteints au moment de la résiliation et ce jusqu'à leur terme contractuel.

Toutes les entreprises adhérentes au contrat Aviva Collective Santé se verront remettre le présent document qui définit les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à remplir en cas de sinistre.

Modification des contrats

Les droits et obligations de l'adhérent peuvent être modifiés par avenants à ces contrats. Ces avenants seront adoptés, en accord avec l'assureur, par l'ADER, représentée par son Président ou par une autre personne habilitée. En cas de modification se rapportant aux droits et obligations des adhérents, ces derniers en seront également informés par écrit au moins 3 mois avant la date prévue de leur entrée en vigueur. S'il le souhaite, l'adhérent pourra dénoncer son adhésion en raison de ces modifications.

► ARTICLE 2 - OBJET DES CONTRATS

Le contrat Aviva Santé Collective à pour objet de mettre en œuvre, moyennant le paiement de cotisations, pour les catégories de personnel des entreprises adhérentes une couverture Frais de Santé ainsi qu'une garantie assistance.

► ARTICLE 3 - LES DROITS QUI PROTEGENT L'ASSURE

Droit de renonciation

L'adhérent peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant 30 jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que son contrat est conclu. Ce délai expire le dernier jour à 24 heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception envoyée à l'adresse postale du délégataire, rédigée par exemple selon le modèle suivant :

"Je soussigné(e), déclare renoncer à mon adhésion au(x) contrat(s) Aviva Collective Santé "N°..... et demande à recevoir le remboursement total des sommes versées dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la présente lettre".

(Date) (Signature)

A compter de l'envoi de cette lettre, l'adhésion prend fin. Le défaut de remise des documents et informations prévus à l'article L 132- 5-2 du Code des assurances entraîne de plein droit la prorogation du délai de renonciation prévu à l'article L 132-5-1, jusqu'au 30ème jour calendaire révolu suivant la date de remise effective de ces documents, dans la limite de 8 ans à compter de la date où l'adhérent est informé que le contrat est conclu.

Droit d'accès, de rectification et d'opposition

Les informations personnelles recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à permettre à Aviva Assurances de procéder à la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance. Elles sont destinées à l'assureur, ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels, partenaires, prestataires, éventuellement situés en dehors de l'Union Européenne, et le cas échéant aux autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires en vigueur notamment relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux données qui vous concernent dans les conditions et limites prévues par les articles 38, 39 et 40 de la loi précitée. Pour cela, il vous suffit d'écrire à Aviva Assurances - 70 avenue de l'Europe - 92273 Bois Colombes Cedex. Par ailleurs, sauf opposition de votre part, ces informations pourront être transmises aux autres entités du groupe Aviva France et à ses partenaires à des fins de prospection commerciale.

Pour plus d'informations sur le transfert de données à l'étranger, vous pouvez consulter les mentions légales du site Aviva « www.aviva.fr » ou écrire à l'adresse ci-dessus.

Recours en cas de litige

Toute réclamation concernant le présent contrat doit être adressée au délégataire de l'Assureur, GMC Gestion 1 rue Marcel Paul - 44097 Nantes Cedex 1. Le délégataire de l'assureur en accuse réception dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf réponse dans ce délai). Le délai de réponse maximal est de 2 mois à compter de la réception de la réclamation.

En cas de réponse non satisfaisante de l'assureur via son délégataire à une réclamation de l'une des parties prenantes à l'adhésion ou de l'un des bénéficiaires, celui-ci a la faculté de faire appel au médiateur désigné par la Fédération Française des Sociétés d'Assurance. Ses coordonnées sont communiquées par le délégataire de l'assureur sur simple demande

Organisme de contrôle

L'assureur est contrôlé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel - 61 rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09.

Prescription

Conformément à l'article L 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter :

- 1 - de l'événement qui y donne naissance,
- 2 - ou, en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du jour où l'assureur en a eu connaissance,
- 3 - ou, en cas de sinistre, du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là, sauf en cas d'application des dispositions particulières aux départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle prévues à l'article L192-1 du Code des assurances portant ce délai de deux ans à cinq ans en matière d'assurance sur la vie.

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

En tout état de cause, pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'affilié.

Par ailleurs, l'article L 114-2 du Code des assurances précise que 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 le délégataire à l'affilié en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'affilié à le délégataire en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

CHAPITRE II - LA VIE DE L'ADHESION

► ARTICLE 1 - FONCTIONNEMENT DE L'ADHESION

Conditions d'adhésion

L'adhésion aux présents contrats est réservée aux entreprises ou groupements dans le respect de leurs obligations conventionnelles qui leur incombent.

L'adhésion doit obligatoirement se composer d'une garantie de base en cas de décès parmi celles proposées.

L'entreprise adhérente doit avoir son siège social en France métropolitaine.

Formalités d'adhésion

L'adhésion de toute entreprise ou tout organisme ci-après dénommé "Adhérent" ou "Entreprise adhérente" au contrat de santé susvisé est réalisée aux clauses de la présente Notice et prend effet à la date fixée au certificat d'adhésion entreprise, sous réserve, d'une part, que l'un des exemplaires originaux du certificat d'adhésion entreprise soit retourné signé par l'Adhérent, d'autre part, que la liste nominative des membres du personnel à garantir ait été fournie au préalable.

Cette liste doit mentionner la situation de chacun au regard de son activité (congé maternité, congé sans solde, arrêt de travail, temps partiel pour raison médicale...).

L'assureur et le délégataire doivent pouvoir clairement identifier l'entreprise adhérente, au moment de l'adhésion et tout au long de la vie du contrat. Pour ce faire, il convient de nous faire parvenir les pièces justificatives relatives aux statuts (certifiés conformes), extrait K-Bis original de moins de 3 mois ainsi que tous documents permettant l'identification des dirigeants (photocopie de la carte d'identité du ou des dirigeant(s) et pouvoir du représentant de l'entreprise si celui-ci n'est pas mentionné sur l'extrait K-Bis). Ces pièces doivent nous être fournies dès l'origine de la souscription mais également lors de toutes modifications ultérieures.

L'Adhérent informera le délégataire de toute transformation intervenant dans sa situation juridique ou économique (cession d'exploitation, location gérance, etc ...) dans les meilleurs délais.

Fiscalité

Les cotisations et prestations servies au titre du contrat Aviva Collective Santé Modulaire sont soumises à la réglementation fiscale en vigueur en France.

Caractère obligatoire de l'affiliation

Ce présent contrat est à affiliation obligatoire, par conséquent, la totalité du personnel salarié ou la totalité du personnel définie sur le certificat d'adhésion entreprise doit obligatoirement être affiliée.

Cette obligation s'étend sous réserve des cas de dispense admis par la réglementation fiscale et sociale en vigueur, s'ils sont expressément prévus dans le cadre de l'acte instituant le régime de santé collective complémentaire de l'entreprise.

Selon les réglementations précitées, il appartient à l'entreprise de conserver les documents justifiant des cas de dispense pour chaque bénéficiaire concerné afin de les produire en cas de demande des administrations sociales et fiscales.

L'Adhérent s'oblige à justifier à tout moment de ses déclarations.

L'Adhérent s'engage à remettre à chaque Affilié contre récépissé une Notice d'information établie par le délégataire, résumant les garanties, définissant leurs droits et leurs obligations ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre. L'Adhérent s'engage à informer par écrit les Affiliés, des modifications qu'il est prévu, le cas échéant d'apporter à leurs droits et obligations, notamment avant toute réduction de garantie, toute modification tarifaire ou résiliation du contrat.

En cas de litige, la preuve de la remise de la notice initiale et/ou des notices ultérieurement modifiées incombe à l'Adhérent.

Entrée en vigueur de l'adhésion

Lorsque l'adhésion a pris effet, la garantie est acquise à chaque salarié qui prend la qualité d'affilié à compter :

- De la date d'effet de l'adhésion, s'il appartient au personnel affilié à cette date,
- Du jour où il remplit les conditions pour être affilié dans les autres cas.

Au jour de l'adhésion ou ultérieurement, les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour des raisons autres que médicales (congé sans solde, parental, sabbatique, ...) ne bénéficient pas des garanties pendant la période de suspension.

La suspension intervient au jour de la suspension du contrat de travail, à la date de cessation de l'activité professionnelle et s'achève dès la reprise effective du travail de l'affilié au sein de l'effectif affilié, sous réserve que le délégataire de l'assureur en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise.

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due au titre de l'affilié concerné.

Durée de l'adhésion

L'adhésion expire le 31 décembre de l'année de sa prise d'effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction chaque premier janvier pour une durée d'un an, sauf dénonciation par l'une des parties signifiée par lettre recommandée, au plus tard, le 31 octobre précédent.

Dans ce cas, les garanties cessent au terme de la période couverte par la dernière cotisation réglée qui suit la réception par le délégataire de l'assureur de la lettre recommandée avec avis de réception par laquelle l'adhérent l'informe de sa volonté de résilier son adhésion.

Etendue territoriale des garanties

Les garanties souscrites s'appliquent, dans le monde entier, sous réserve des exclusions énoncées, aux affiliés travaillant à temps complet ou partiel ou encore détachés hors de France au sens du Code de la Sécurité sociale.

Modifications de l'adhésion

Toutes modifications apportées aux garanties de la présente adhésion ne peuvent être réalisées qu'à l'échéance annuelle du contrat, sauf modifications liées à des évolutions légales ou réglementaires.

Révision

La définition des garanties, la tarification et leurs règles d'application sont fixées compte tenu des dispositions législatives et réglementaires, ainsi que des bases de versement des prestations de la Sécurité sociale en vigueur à la date d'effet de l'adhésion.

Si ces éléments venaient à être modifiés, l'assureur se réserve la possibilité de proposer une révision des conditions de garanties, à compter du premier jour du mois suivant l'application par la Sécurité sociale des dispositions nouvelles, l'Adhérent conservant la possibilité de refuser l'aménagement proposé, ce qui entraînera la résiliation de l'adhésion au 60^{ème} jour suivant la proposition de l'assureur.

Dans ce dernier cas, les conditions de garanties et de cotisations sont maintenues jusqu'à la date de résiliation sur les bases en vigueur avant lesdites modifications.

Aucune indemnité n'est due à l'Adhérent.

Comptes de résultat - Clause de globalisation des résultats

Au titre de chaque exercice civil et de l'ensemble des contrats de même nature auquel le contrat de l'Adhérent appartient, l'assureur établit des comptes de résultats communs en fonction des ressources et des charges qui lui sont imputables.

L'assureur pourra éventuellement procéder, si le compte de résultats devient déficitaire à une révision tarifaire dans les conditions fixées à l'Article « Cotisations » de la présente Notice.

Dans ce cas, l'Adhérent sera informé au moins 2 mois avant le renouvellement.

► ARTICLE 2 - L’AFFILIATION DES ASSURES AU CONTRAT

L'Adhérent s'engage à affilier, à la date d'effet du contrat, puis dès leur embauche ou leur promotion, tous les membres du personnel appartenant aux catégories définies au certificat d'adhésion entreprise. Ils sont ci-après dénommés "Affilié".

Dispositions générales

Dans les 15 jours qui suivent la prise d'effet des garanties, l'Adhérent procédera à son affiliation auprès du délégataire de l'assureur et fournira pour chaque bénéficiaire :

- Le Bulletin Individuel d’Affiliation dûment rempli, daté et signé par l’intéressé,
- Un Relevé d’Identité Bancaire (ou équivalent), les prestations du délégataire de l’assureur étant exclusivement réglées par virement,
- Une photocopie de l’attestation de la Carte Vitale au format A4.

L'adhésion est nulle en cas de déclaration fautive ou incomplète de l'adhérent. Lorsque la réticence ou la fautive déclaration intentionnelle émane de l'affilié et change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'affilié a été sans influence sur la réalisation de ce risque, la garantie accordée par l'assureur à cet affilié est nulle. Les cotisations payées à ce titre demeurent acquises à l'assureur.

► ARTICLE 3 – CESSATION DES GARANTIES

Radiation

L'affilié est radié dans les cas suivants :

- Le contrat de travail de l'affilié est rompu ou suspendu (sauf cas de suspension mentionnés ci-dessus),
- La liquidation de la pension de retraite de l'affilié servie par la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse, sauf dans le cas d'un cumul emploi retraite,
- La date de résiliation du contrat d'adhésion.

Les événements survenus ainsi que les dépenses engagées après la date de radiation de l'affilié ne donnent lieu à aucune prestation.

L'affilié radié peut bénéficier d'une garantie individuelle Frais de Santé proposée par l'assureur, sous réserve d'exprimer sa demande dans les 6 mois suivant sa radiation.

La radiation de l'affilié entraîne, à la même date, celle de tous ses ayants-droit.

Résiliation

L'assureur peut résilier l'adhésion de l'entreprise dans les mêmes conditions de délai et de forme que dans le paragraphe Durée de l'adhésion de l'article 2

L'adhésion peut également prendre fin à tout moment à l'initiative de l'assureur :

- Lorsque le nombre de personnes affiliées ne représente plus la totalité du personnel affiliable,
- A la date de la décision déclarant le redressement ou la liquidation judiciaire de l'Adhérent, sauf dans le cadre du maintien du contrat à la demande de l'administrateur judiciaire (cf. Article Fusion-Absorption-Cessation d'activité ci-après),
- Pour défaut de paiement des cotisations selon les modalités décrites à la présente Notice.

Toutefois, le paiement des prestations en cours de service se poursuit dans les conditions définies dans la notice d'information, ainsi que leur revalorisation.

Cas des Fusion, absorption ou cessation d'activité

Toute cessation d'adhésion suivant une opération de fusion, absorption, de changement de statut, est assimilée à une résiliation.

La garantie subsiste en cas de redressement ou de liquidation judiciaire de l'adhérent. L'administrateur ou le débiteur autorisé par le Juge-Commissaire ou le liquidateur, selon le cas, et l'assureur conservent le droit de résilier le contrat d'adhésion pendant un délai de trois mois à compter de la date du jugement de redressement ou de liquidation judiciaire. Le liquidateur s'engage à payer

les cotisations relatives au maintien des garanties prévu pendant cette période de trois mois, la portion de cotisation afférente au temps pendant lequel l'assureur ne couvre plus le risque étant restituée au débiteur.

La résiliation sera de plein droit en cas de cessation d'activité de l'entreprise.

► **ARTICLE 4 – DROITS AUX ASSURES APRES LA CESSATION DES GARANTIES**

Maintien de garanties au titre de l'article 4 de la loi EVIN N°89-1009 du 31/12/89

L'affilié radié du contrat collectif en raison de la liquidation de sa pension de retraite servie par la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse, de la mise en préretraite, de la rupture du contrat de travail pour état d'incapacité de travail ou d'invalidité, indemnisé par la Sécurité Sociale, du licenciement indemnisé par le régime d'assurance chômage, peut bénéficier d'un maintien de ses garanties sous réserve d'exprimer sa demande dans les 6 mois suivant sa radiation et sous réserve du règlement des cotisations correspondantes.

Ce maintien prend effet sans formalités médicales :

- Dès le lendemain de sa radiation du contrat collectif si sa demande est parvenue avant,
- Au 1^{er} jour du mois qui suit sa demande pour toute demande ultérieure,
- Et au plus tard, 6 mois après sa date de radiation du contrat collectif.

L'adhésion de l'affilié expire au 31 décembre de l'année en cours et se renouvelle ensuite au 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction, sauf en cas de non paiement des cotisations ou dénonciation par l'affilié avec un préavis minimum de 2 mois exprimée par lettre recommandée avec accusé de réception.

Attention, la résiliation de l'adhésion entraîne l'impossibilité définitive de s'affilier à nouveau ultérieurement.

Les ayants droit de l'affilié ne pourront bénéficier du présent maintien de garanties même s'ils étaient précédemment couverts.

La cotisation est payable mensuellement à terme à échoir et par prélèvement automatique sur le compte bancaire ou postal de l'affilié. En cas de non-paiement des cotisations dans les conditions fixées précédemment, le paiement des prestations est suspendu.

Le délégataire de l'assureur adresse à l'affilié une lettre recommandée avec avis de réception, valant mise en demeure, l'informant qu'à défaut de régularisation des sommes dues, son adhésion sera résiliée au terme d'un délai de 40 jours.

Des modifications annuelles relatives à la révision des cotisations et des prestations en vigueur peuvent être décidées par l'assureur, après examen des résultats techniques enregistrés au titre des garanties et de l'évolution annuelle des indices économiques et sociaux, à effet du 1^{er} janvier.

Toutefois, dans l'hypothèse où des modifications des prestations du régime de base de la Sécurité Sociale entraînant un alourdissement des charges des contrats interviendraient en cours d'année, l'assureur pourrait être amenée à opérer une révision de ses tarifs sans attendre le 1^{er} janvier.

Dans ce cas particulier, l'affilié peut résilier sans délai son adhésion, ou opter pour une autre garantie.

Les diverses modifications prennent effet immédiatement.

Pour garantir ou faire adhérer un nouvel ayant-droit, l'affilié doit adresser une copie de l'attestation jointe à la Carte Vitale ou tout autre document émanant de la Sécurité Sociale, ainsi qu'un document justifiant que cette personne correspond à l'une des situations prévues à la présente notice et acquitter la cotisation correspondante. En cas de décès de l'affilié, il est nécessaire d'en informer l'assureur par l'envoi d'un acte de décès.

Le conjoint, et le cas échéant le concubin ou cosignataire de PACS, a alors la possibilité de continuer à bénéficier à titre d'Adhérent principal, des garanties de l'affilié, pendant une durée de 12 mois à compter de la date du décès sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les SIX MOIS suivant le décès.

Maintien de garanties au titre de la portabilité

(Article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail et la loi relative à la sécurisation de l'emploi de juin 2013).

Personnes garanties : Les garanties prévues au titre de la convention sont maintenues aux salariés qui étaient affiliés aux titres des contrats collectifs antérieurement à la date de rupture de leur contrat de travail et bénéficiant de droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, pour autant que le contractant en fasse la demande à HENNER au plus tard 20 jours suivant la date de rupture du contrat de travail de l'ex-salarié. Néanmoins, ne sont pas éligibles dans le cadre de ce maintien :

- Les salariés dont la durée du dernier contrat de travail auprès du contractant est inférieure à 1 mois à la date de rupture du contrat de travail,
- Les salariés licenciés pour faute lourde.

Définition des garanties maintenues : Les garanties du régime s'appliquent dans les mêmes conditions que lorsque l'intéressé était en activité.

Par exception, l'ensemble des indemnités perçues par l'ancien salarié au titre de l'incapacité temporaire totale de travail par le biais des régimes obligatoires et complémentaires ne pourront conduire à ce qu'il perçoive des revenus supérieurs au montant des allocations chômage perçu le jour de son arrêt de travail. S'il n'en percevait pas, cette base des prestations sera reconstituée sur la base des conditions du régime d'assurance chômage applicables au jour de l'arrêt.

Effet des garanties : La date d'effet du maintien des garanties est fixée au lendemain, à 0 heure, de la date de rupture du contrat de travail.

Evolution des garanties et des cotisations : Les garanties ainsi que les cotisations suivront la même évolution que les garanties et cotisations du personnel actif, affilié au titre de la convention.

Il est également précisé que si pendant la période durant laquelle jouent les droits à la portabilité, la situation familiale de la personne affiliée change, cette dernière bénéficiera des prestations correspondant à sa nouvelle situation. Toutes les communications de l'affilié devront être relayées par l'intermédiaire du contractant.

Spécificités : L'arrivée au terme du maintien des garanties n'interrompt pas le versement des prestations périodiques en cours de service ou celles différées en raison de l'application d'une franchise contractuelle pour les personnes en arrêt de travail le jour de la cessation du maintien de leurs garanties.

La base des prestations applicable durant la période de maintien des garanties est celle calculée au jour de la rupture ou de la cessation du contrat de travail de l'ancien salarié (à l'exception de tout élément de rémunération lié au départ du salarié).

Durée du maintien : Il s'agit d'un maintien temporaire, valable pendant la durée durant laquelle l'ex-salarié est au chômage. La durée de la portabilité est égale à la durée de son dernier contrat de travail auprès de l'entreprise contractante, appréciée en mois entiers, dans la limite de 12 mois (exemple : contrat de travail ayant une durée de 3 mois $\frac{1}{2}$ = 3 mois de portabilité).

La durée de portabilité étant une durée fixe, la suspension des garanties chômage ne reporte pas d'autant la durée du maintien de couverture.

Le maintien cesse dès que l'ex-salarié reprend une activité professionnelle, à la fin de la période durant laquelle celui-ci peut prétendre aux indemnités chômage, et, en tout état de cause, lorsque l'ex-salarié fait valoir ses droits au bénéfice de la retraite. L'ancien salarié doit alors immédiatement informer son employeur ou HENNER.

Financement – Cotisations : Ce maintien est mutualisé par l'ancien employeur. La quote-part de prime de l'ancien salarié est entièrement prise en charge par l'ancien employeur. L'ancien salarié doit pouvoir justifier de ses droits aux indemnités chômage, dans le cas contraire, cela entraîne la perte des garanties pour la période restant à courir.

Résiliation : En cas de résiliation du contrat, le contractant s'engage à poursuivre, par l'intermédiaire d'un autre assureur, le maintien des garanties aux personnes en bénéficiant.

Renonciation au maintien : Le salarié qui ne souhaite pas bénéficier du maintien des garanties au titre de l'ANI devra le notifier expressément par écrit à l'ancien employeur dans les 10 jours suivants la date de cessation ou de rupture de son contrat de travail. Cette renonciation est définitive et concerne l'ensemble des garanties. A défaut, il sera réputé avoir accepté.

► ARTICLE 5 - COTISATIONS

Montant

Le montant des cotisations est calculé en appliquant le (ou les) taux fixé(s) au certificat d'adhésion entreprise au montant du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale, se rapportant à la période au titre de laquelle ces cotisations sont dues.

Il est précisé que pour les affiliés qui exercent leur activité à temps partiel, la cotisation est due dans son intégralité.

Paiement

Les cotisations sont payables par prélèvement automatique mensuel et dues le dernier jour du mois civil auquel elles se rapportent.

Elles sont payées directement par l'Adhérent qui est le seul responsable de leur versement, au plus tard dans les 20 jours qui suivent la fin de chaque mois auquel elles se rapportent.

A cet effet, ce dernier complète, selon les indications qu'ils comportent, les bordereaux mensuels et les bordereaux de régularisation annuels qui lui sont adressés, et produit à la demande du délégataire de l'assureur, copie des éléments fournis à l'URSSAF ou transmet ceux-ci sous forme dématérialisée conformément aux normes en vigueur.

Les bordereaux de régularisation annuels doivent parvenir au délégataire au plus tard le 31 janvier suivant la fin de chaque exercice.

Cas de non paiement

Si dans les 10 (dix) jours après sa date limite de règlement de la cotisation, l'adhérent n'a pas réglé sa cotisation, le délégataire adresse à l'Adhérent une lettre recommandée d'avertissement constituant mise en demeure avec accusé de réception, dans laquelle elle l'informe qu'au terme d'une période de 30 jours suivant cette mise en demeure, les garanties seront suspendues.

Au terme de cette période de 30 jours, une lettre recommandée de mise en demeure avec accusé de réception est adressée à l'Adhérent lui notifiant qu'à l'expiration d'un délai de 10 jours si le versement n'est pas parvenu au délégataire de l'assureur, l'adhésion de l'entreprise sera automatiquement résiliée.

Dans le cas où, après avoir fait l'objet d'une suspension suivie ou non de résiliation, l'Adhérent demanderait au délégataire de l'assureur la reprise des garanties, cette reprise pourra être acceptée par celle-ci qui en fixera la date et les conditions.

Indexation au 1er janvier de chaque année

Le taux de cotisation est majoré, au 1er Janvier de chaque année, afin de compenser la différence existant entre l'accroissement de la "CONSOMMATION MEDICALE TOTALE DES MENAGES" et l'évolution du plafond de la Sécurité Sociale constatée entre le 1er Janvier de l'exercice N-2 et le 1er Janvier de l'exercice N-1.

Le taux d'accroissement de la "CONSOMMATION MEDICALE TOTALE DES MENAGES" retenu est celui publié dans le rapport annuel des Comptes Nationaux de la Santé ; il est égal à la moyenne arithmétique des taux d'accroissement des deux dernières années recensées dans ledit rapport.

Révision éventuelle en fonction des résultats techniques

Conformément aux Dispositions Générales, les taux de cotisation pourront être revus lors de chaque renouvellement annuel en fonction des résultats techniques des contrats de même nature.

Le délégataire de l'assureur avisera l'Adhérent en respectant le délai de préavis fixé à 2 mois, soit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

En cas de désaccord, l'Adhérent pourra demander la résiliation de son contrat par lettre recommandée à compter de la notification de la révision et au plus tard le 15 décembre de l'année en cours. La résiliation prendra alors effet au 31 décembre suivant la date à laquelle le délégataire de l'assureur aura reçu la lettre recommandée de l'Adhérent.

Dans le cas contraire, le montant des cotisations sera calculé automatiquement selon les nouvelles bases notifiées par le délégataire de l'assureur.

Lorsque le délégataire informe l'entreprise adhérente du nouveau taux de cotisations dans le cadre de la stricte application de la clause d'indexation contractuelle, le délai de préavis de deux mois prévu ci-dessus est ramené à un mois, soit au plus tard le 30 novembre de l'année en cours. En cas de refus

du nouveau taux de cotisations expressément signifié au délégataire de l'assureur par écrit au plus tard le 31 décembre de l'année en cours, le contrat d'adhésion est résilié à l'échéance.

Révision des conditions de garanties d'ordre législatif ou réglementaire :

Les taux de cotisations sont fixés compte tenu des dispositions fiscales en vigueur et des dispositions générales de la Sécurité sociale et de ses bases de remboursement en vigueur à la date d'effet du contrat. Si ces éléments venaient à être modifiés en cours d'année, le délégataire de l'assureur procéderait sans délai à une révision du régime, dont les modalités seraient communiquées à l'entreprise adhérente.

En cas de refus de la révision envisagée dans le cadre d'un désengagement de la Sécurité sociale ou d'une modification substantielle de son régime, l'entreprise adhérente a la faculté de mettre fin à son adhésion avant le prochain renouvellement annuel, cette décision étant assimilée à une démission de l'entreprise adhérente, sans qu'il puisse être opposé à celle-ci le délai de préavis prévu à l'Article « Cessation » d'Obligations réciproques, Dispositions générales. Le non accomplissement de cette formalité avant le 31 décembre de l'exercice concerné rend applicable de plein droit, à la date prévue, le changement de taux ou la modification de la prestation.

CHAPITRE III - LES GARANTIES SANTE

La nature et le montant des prestations retenues par l'Adhérent sont indiqués au certificat d'adhésion entreprise.

► ARTICLE 1 – LES BENEFICIAIRES

Sont bénéficiaires de la garantie, outre l'affilié, les personnes suivantes :

- son CONJOINT à charge au sens de la Sécurité Sociale ou bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité Sociale (régime général, régime des travailleurs non salariés, ...),
- en l'absence de conjoint, le PARTENAIRE, lié A l'affilié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), à charge au sens de la Sécurité Sociale ou, sous réserve de la fourniture d'une copie dudit pacte, le partenaire bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité Sociale (régime général, régime des travailleurs non salariés, ...),
- en l'absence de conjoint ou de partenaire de PACS, le CONCUBIN à charge au sens de la Sécurité Sociale ou, sous réserve de la fourniture d'un certificat de concubinage délivré par la mairie, à défaut un justificatif de domicile commun, le concubin bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité Sociale (régime général, régime des travailleurs non salariés, ...),
- ses ENFANTS, et s'ils vivent au foyer, ceux de son conjoint, de son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou ceux de son concubin :
 - à charge au sens de la Sécurité Sociale et âgés de moins de 20 ans,
 - âgés de moins de 28 ans et affiliés au régime de la Sécurité Sociale des étudiants,
 - âgés de moins de 28 ans et poursuivant des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance,
 - âgés de moins de 28 ans et étant à la recherche d'un premier emploi, inscrits à l'Assurance Chômage et ayant terminé leurs études depuis moins de 6 mois (les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi),
 - quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 Juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21ème anniversaire.
- ses ASCENDANTS à charge au sens de la Sécurité Sociale âgées de moins de 65 ans,
- les ASCENDANTS de son conjoint, de son partenaire lié à l'affilié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou de son concubin à charge au sens de la Sécurité Sociale âgées de moins de 65 ans.

► ARTICLE 2 – LES AYANTS-DROITS

Date d'admission à l'assurance

La date d'admission à l'assurance est, selon le cas :

- la date d'effet du contrat d'adhésion, lorsque la demande est reçue dans les trente jours qui suivent ladite date,
- la date d'entrée dans l'entreprise, lorsque la demande est reçue dans les trente jours qui suivent ladite date,
- la date de changement de situation de famille (mariage, naissance, divorce, veuvage), lorsque la demande est reçue dans les trente jours qui suivent ladite date,
- le premier jour du mois civil qui suit la réception de la demande d'admission, dans les cas non visés ci-dessus.

La prise en charge des frais intervient dans les conditions prévues ci-après.

Les frais engagés par les bénéficiaires sont pris en charge sans délai à compter de la date d'admission à l'assurance.

Cessation des garanties

A l'initiative d'un bénéficiaire : Un bénéficiaire peut demander sa radiation à l'assurance à tout moment. La cessation de la garantie intervient alors le dernier jour du mois civil qui suit la réception de la demande de radiation. La cotisation est due en totalité jusqu'à la prochaine échéance. Toute radiation est définitive ; la cessation de la garantie pour l'affilié entraînant, en tout état de cause, celle des ayants droit.

Dans les autres cas : l'assurance se poursuit pendant l'existence du contrat d'adhésion et prend fin à la date :

- de départ de l'affilié de l'entreprise ou de la catégorie de personnel affiliée,
- de liquidation de la pension de retraite de la Sécurité Sociale,
- de résiliation du contrat d'adhésion.

► ARTICLE 3 – LES GARANTIES

Les garanties s'appliquent dans la limite des frais réels exposés, acte par acte, et restant à la charge de l'affilié après déduction des prestations servies par la Sécurité Sociale ou tout autre régime de base obligatoire, avec le cas échéant, répartition des prestations complémentaires entre l'assureur et tout autre organisme complémentaire dont il pourrait se prévaloir.

Lorsqu'un bénéficiaire est affilié à un régime de base obligatoire dont les prestations sont inférieures à celles du Régime Général de l'Assurance Maladie, les prestations complémentaires versées par le délégataire de l'assureur seront déterminées comme s'il avait bénéficié du Régime Général de l'Assurance Maladie.

Les ayants-droit ne bénéficiant d'aucune couverture servie par un régime de base obligatoire quel qu'il soit (Sécurité Sociale ou assimilé) sont exclus du bénéfice de la garantie.

Sauf exception expressément mentionnée, seuls les frais ayant fait l'objet de remboursement par un régime de base obligatoire sont pris en charge.

Une demande de prise en charge est exigée s'agissant d'un séjour en maison de repos et de convalescence non exclu aux termes du paragraphe ci-après.

SONT EXCLUS DE LA GARANTIE, LES FRAIS D'HEBERGEMENT ET DE TRAITEMENT REALISES :

- **EN ETABLISSEMENTS DE POST-CURE,**
- **EN CENTRE DE REEDUCATION PROFESSIONNELLE,**
- **EN CENTRE SPECIALISE DE SOINS POUR TOXICOMANES.**

Contrat responsable

En application de la Loi sur la réforme de l'Assurance Maladie, le contrat Aviva Collective Santé est conforme aux dispositions du contrat responsable :

Des prises en charge obligatoires dans le cadre du parcours de soins

- Les **consultations du médecin traitant et du médecin spécialiste** doivent être prises en charge au minimum à 30 % de la base de remboursement.
- Les **médicaments remboursés à 65 %** (vignette blanche) par l'Assurance Maladie doivent être pris en charge au minimum à 30 % de la base de remboursement.
- Les **analyses médicales** doivent être couvertes au minimum à hauteur de 35 % de la base de remboursement.
- La prise en charge du ticket modérateur pour au moins **deux actes de prévention**.

Des interdictions de prises en charge

- La **majoration du ticket modérateur** (jusqu'à 40 % de la base de remboursement) en cas de non respect du parcours de soins.
- Le **dépassement d'honoraires** autorisé (8€ le plus souvent) en cas de non respect du parcours de soins.
- La **participation forfaitaire de 1 €** au titre des consultations, des visites, des actes d'analyses médicales et des examens radiologiques. Ces montants sont plafonnés à 4 € par jour et 50 € par an. En sont exonérés les femmes enceintes de plus de 6 mois, les enfants de moins de 18 ans et les bénéficiaires de la CMU.
- La **franchise de 0,50 €** par boîte de médicament et par acte paramédical et **de 2 €** par transport sanitaire. Ces montants sont plafonnés à 2 € par jour pour les actes paramédicaux et à 4 € par jour pour les transports sanitaires et 50 € par an pour l'ensemble. En sont exonérés les femmes enceintes de plus de 6 mois, les enfants de moins de 18 ans et les bénéficiaires de la CMU.

Les articles suivants précisent la classification des différents postes de soins.

Frais médicaux, paramédicaux et pharmaceutiques

Honoraires de médecins : Les actes techniques (hors consultations et visites) dont la Base de Remboursement est supérieure ou égale à 60% du seuil d'exonération du ticket modérateur appliqué par la Sécurité Sociale sont considérés comme actes chirurgicaux (tels que définis à l'article 5).

Pour certains actes techniques correspondant ou non à une intervention chirurgicale, le fait d'être classés sous la rubrique « chirurgie » ne pourra être invoqué pour obtenir du délégataire de l'assureur le remboursement des frais correspondants au titre des frais chirurgicaux :

- Imagerie médicale,
- Honoraires d'auxiliaires médicaux,
- Analyses,
- Frais pharmaceutiques,
- Appareillages orthopédiques, auditifs et divers (assistance respiratoire, pansements, ...).

Cures thermales : Sont pris en considération pour le versement de la prestation :

- Les frais médicaux relatifs à la cure,
- Les frais de transport et d'hébergement.

Les justificatifs correspondant à ces dépenses devront être fournis.

Frais d'optique

Lunettes et lentilles de contact cornéennes correctives : La copie de la facture indiquant le prix de chaque verre ou lentille et de la monture devra être fournie.

Pour les lentilles de contact correctives non prises en charge par la Sécurité Sociale, il est précisé que les prestations servies par le délégataire de l'assureur sont fixées par exercice civil et par bénéficiaire : La copie de l'ordonnance devra être fournie au délégataire.

Opération de la myopie au laser : La copie de la facture relative à l'intervention chirurgicale devra être fournie.

Sur le niveau 5, il est précisé que le remboursement aux frais réels est réalisé uniquement avec l'application du tiers-payant dans le réseau Carte Blanche.

Soins et prothèses dentaires, orthodontie

Soins conservateurs y compris chirurgie dentaire

Prothèse dentaire : Pour toute prothèse dentaire, une facture détaillée par dent traitée devra être fournie au délégataire de l'assureur.

Traitements d'orthodontie

Séjours hospitaliers

Séjours médicaux ou chirurgicaux en hôpital ou en clinique :

- Frais de séjour,
- Forfait hospitalier,
- Supplément de chambre particulière,
- Supplément pour le lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans (à la date de l'admission),
- Transport en ambulance ou véhicule sanitaire léger (VSL), lié à l'hospitalisation

Séjours en maisons de convalescence ou centres de rééducation fonctionnelle, autres séjours (établissements psychiatriques, instituts médico-éducatifs ou médico-pédagogiques)

- Frais de séjour,
- Forfait hospitalier,
- Transport en ambulance ou véhicule sanitaire léger (VSL), lié aux séjours susvisés

Les frais d'opérations de chirurgie esthétique ne sont pas pris en charge par le délégataire de l'assureur, sauf dans le cas d'une intervention réparatrice à la suite d'un accident.

Sont exclues les dépenses à caractère personnel (téléphone, télévision,...).

Limitations : L'indemnisation est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire, s'agissant :

- **des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours pris en charge par la Sécurité Sociale et consécutifs à une hospitalisation,**
- **des frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse et mentale.**

Honoraires médicaux et chirurgicaux en hospitalisation

Actes de chirurgie et d'anesthésie, salle d'opération, honoraires médicaux au cours d'un séjour hospitalier pris en charge en tant que tels par la Sécurité Sociale.

Les dépassements d'honoraires consécutifs à une opération de chirurgie esthétique ne sont pas pris en charge par le délégataire de l'assureur, sauf dans le cas d'une intervention réparatrice à la suite d'un accident pris en charge par la Sécurité Sociale.

Maternité

Les frais relatifs à la maternité sont remboursés au titre des séjours hospitaliers et honoraires médicaux et chirurgicaux en hospitalisation.

Bénéficiaires : Sous réserve que l'accouchement se produise pendant la durée de l'affiliation de l'affilié, le service des prestations maternité est réservé :

- **A l'affilié féminin, pour toute naissance,**
- **A l'affilié masculin dont la conjointe (ou la concubine ou la partenaire du PACS) est affiliée en tant qu'ayant-droit, pour toute naissance d'enfant légitime ou reconnu par lui.**

L'affilié doit adresser au délégataire de l'assureur la demande de règlement, accompagnée d'un extrait d'acte de naissance.

Médecine douce

Le délégataire de l'assureur prend en charge les consultations d'OSTÉOPATHIE, de CHIROPRACTIE ou d'ACUPUNCTURE non prises en charge par la Sécurité Sociale (*).

Le remboursement ne sera effectué que sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire, détaillant les actes effectués en pièce justificative.

(*) Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession. Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union Européenne de Chiropraticiens ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC).

Les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

CHAPITRE IV - LES PRESTATIONS SANTE

► ARTICLE 1 – LES PRESTATIONS DE BASE

Le régime Frais de Santé offre 5 niveaux de garanties obligatoires.

Dans chaque module, 5 niveaux de couverture sont proposés à l'entreprise Adhérente, qui réalise son choix au moment de la mise en place du contrat.

Toutefois le choix de l'entreprise Adhérente doit obligatoirement s'effectuer sur 3 niveaux de garanties consécutifs (entre le « niveau n » et le « niveau n+2 »). Tout changement de niveau de couverture ne pourra être fait qu'à l'échéance annuelle du contrat. Tout retour au premier niveau est définitif.

Les montants indiqués dans le tableau de garanties correspondent, sauf mention contraire, au montant maximum servi par l'assureur via son délégataire en complément des prestations perçues par l'affilié au titre du régime général d'Assurance Maladie de la Sécurité Sociale. Ces remboursements d'entendent dans le cadre du parcours de soins.

Il est précisé que les actes pratiqués en secteur non conventionné seront indemnisés sur la même base que les actes pratiqués en secteur conventionné, sans rachat de la différence de remboursement de la Sécurité Sociale.

MODULE A : HOSPITALISATION (Y COMPRIS MATERNITE)	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
Frais de séjours					
Honoraires (chirurgien, anesthésiste, réanimateur)					
Chambre particulière (par jour) limitée à 30 jours en établissement ou service psychiatrique. Centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle.	Convention 100 % FR - MR Hors Convention 80 % FR - MR	Convention 100 % FR - MR Hors Convention 80 % FR - MR	Convention 100 % FR - MR Hors Convention 80 % FR - MR	Convention 100 % FR - MR Hors Convention 80 % FR - MR	Convention 100 % FR - MR Hors Convention 80 % FR - MR
Lit d'accompagnant (par jour) pour les enfants de moins de 16 ans					
Ambulance prise en charge par l'AM	200 % BR	200 % BR	200 % BR	1000€/ an	1000€/ an
Maison de santé	200 % BR	200 % BR	200 % BR	300 % BR	300 % BR
Centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle	200 % BR	200 % BR	200 % BR	300 % BR	300 % BR
Etablissement ou service psychiatrique	200 % BR	200 % BR	200 % BR	300 % BR	300 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Cures Thermales acceptées par l'AM (par cure)	15 % FMSS	15 % FMSS	15 % FMSS	20 % FMSS	20 % FMSS
MODULE B : SOINS COURANTS	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
Médecins généralistes	50 % BR	100 % BR	220 % BR	310 % BR	400 % BR
Médecins spécialistes	50 % BR	100 % BR	220 % BR	310 % BR	400 % BR
Actes techniques dispensés par le praticien	50 % BR	100 % BR	220 % BR	310 % BR	400 % BR
Radiologie et échographie	50 % BR	100 % BR	220 % BR	310 % BR	400 % BR
Auxiliaires médicaux	50 % BR	100 % BR	220 % BR	310 % BR	400 % BR
Analyses et travaux de laboratoire	50 % BR	100 % BR	220 % BR	310 % BR	400 % BR
Pharmacie prise en charge par l'AM	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
Prothèses médicales	50 % BR	100 % BR	220 % BR	310 % BR	400 % BR
Prothèses auditives (1 équipement pour 3 ans)	500 € la paire	1000 € la paire	1500 € la paire	1750 € la paire	2000 € la paire
					3000 € la paire
					100 % TM
					500 % BR
					Convention 100 % FR - MR Hors Convention 80 % FR - MR
MODULE C : DENTAIRE	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
Plafond * : montant global des remboursements, plafonné par bénéficiaire. Pour 2 années civiles	20 % FMSS	40 % FMSS	60 % FMSS	80 % FMSS	100 % FMSS
Soins conservateurs et chirurgicaux	100 % TM	100 % BR	200 % BR	300 % BR	300 % BR
Inlays / Onlays	100 % TM	100 % BR	200 % BR	300 % BR	300 % BR
Couronne ou dent à tenon remboursée par l'AM	100 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR
Prothèse remboursée par l'AM	100 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR
Inlay core	100 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR
Orthodontie prise en charge par l'AM	100 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR
Orthodontie non remboursée par l'AM	-	-	300 % BR	400 % BR	400 % BR
Forfait par an: Implant (racine et pilier implantaire) maxi 3 actes par bénéficiaire	-	150 € par dent	250 € par dent	350 € par dent	600 € par dent
Parodontologie, prophylaxie bucco-dentaire (forfait annuel par bénéficiaires)	-	100 €	200 €	300 €	400 €

* L'entreprise adhérente peut choisir pour chaque niveau de garanties un plafond global de prestations sur 2 années civiles et par bénéficiaire. Elle réalise son choix au moment de la mise en place du contrat.

MODULE D : OPTIQUE	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
Plafond * : montant global des remboursements, plafonné par bénéficiaire. Pour 2 années civiles	10 % PMSS	15 % PMSS	20 % PMSS	30 % PMSS	40 % PMSS
ADULTE					
- Monture (plafond par an et par bénéficiaire)	2 % PMSS	4 % PMSS	6 % PMSS	7 % PMSS	8 % PMSS
- Verres simples, la paire (plafond par an et par bénéficiaire)	3 % PMSS	5 % PMSS	7 % PMSS	9 % PMSS	Réseau : 100 % FR Hors réseau : 12 % PMSS
- Verres progressifs, la paire (plafond par an et par bénéficiaire)	5 % PMSS	9 % PMSS	12 % PMSS	17 % PMSS	Réseau : 100 % FR Hors réseau : 22 % PMSS
ENFANT					
- Monture (plafond par an et par bénéficiaire)	2 % PMSS	4 % PMSS	4,5 % PMSS	5 % PMSS	6 % PMSS
- Verres simples, la paire (plafond par an et par bénéficiaire)	3 % PMSS	5 % PMSS	6 % PMSS	7 % PMSS	Réseau : 100 % FR Hors réseau : 8 % PMSS
- Verres progressifs, la paire (plafond par an et par bénéficiaire)	5 % PMSS	9 % PMSS	10 % PMSS	13 % PMSS	Réseau : 100 % FR Hors réseau : 14 % PMSS
Lentilles cornéennes prises en charge par l'AM	3 % PMSS	5 % PMSS	10 % PMSS	13 % PMSS	15 % PMSS
Lentilles cornéennes refusées et jetables (plafond par an et par bénéficiaire)	3,5 % PMSS	4 % PMSS	10 % PMSS	13 % PMSS	15 % PMSS
Chirurgie réfractive de l'œil (par œil)	5 % PMSS	10 % PMSS	13 % PMSS	15 % PMSS	20 % PMSS
MODULE E : PREVENTION, INNOVATION & OBSEQUES	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
Vaccins et antipaludéens prescrits mais non pris en charge par Médicaments prescrits (sevrage tabagique, homéopathie, pilules contraceptives)	Forfait global par an et par personne: 50 €	Forfait global par an et par personne: 100 €	Forfait global par an et par personne: 200 €	Forfait global par an et par personne: 250 €	Forfait global par an et par personne: 300 €
Dépistage du Papilloma Virus prescrit non pris en charge par Examens, analyses, radios prescrits et non pris en charge par					
Consultation diététicien					
Ostéopathie, chiropraxie, acupuncture, podologie, homéopathie					
Fécondation in vitro					
Adaptation lentilles de contact					
Psychologues pour enfant de moins de 16 ans					
Dépose d'un holter tensionnel (sur présentation d'un justificatif)	23 € / acte	23 € / acte	23 € / acte	23 € / acte	23 € / acte
Examen de dépistage de l'ostéoporose (tous les 3 ans entre 50	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €
Garantie Obsèques	100 % PMSS	100 % PMSS	100 % PMSS	100 % PMSS	100 % PMSS

*** L'ENTREPRISE ADHERENTE PEUT CHOISIR POUR CHAQUE NIVEAU DE GARANTIES UN PLAFOND GLOBAL DE PRESTATIONS SUR 2 ANNEES CIVILES ET PAR BENEFICIAIRE. ELLE REALISE SON CHOIX AU MOMENT DE LA MISE EN PLACE DU CONTRAT.**

SUR LE MODULE OPTIQUE – NIVEAU 5 IL EST PRECISE LE REMBOURSEMENT AUX FRAIS REELS NE SE FERA QU'AVEC L'APPLICATION DU TIERS PAYANT HENNER DANS LE RESEAU CARTE BLANCHE.

Cas particulier des collègues à un seul salarié

Pour les collègues constitués d'un seul salarié, la modularité des garanties n'est pas possible et le plafond de garanties en optique et en dentaire est obligatoire.

► ARTICLE 2 – LES PRESTATIONS FACULTATIVES COMPLEMENTAIRES

L'entreprise Adhérente peut choisir des garanties complémentaires au régime de base. Ces garanties complémentaires sont à adhésion facultative pour l'affilié, il a donc la possibilité ou non d'y adhérer. L'adhésion de l'affilié est à son choix et à sa charge.

Il s'engage à bénéficier des garanties complémentaires pendant une durée minimum de 2 ans. Par conséquent, il ne pourra résilier son adhésion qu'au terme du délai de 2 ans et à condition d'en faire la demande par lettre recommandée 2 mois avant le terme de la 2^{ème} année. Le montant des garanties complémentaires choisies s'ajoute au montant de la garantie de base correspondante.

MODULE B : SOINS COURANTS	Niveau 1	Niveau 2
Médecins généralistes	50 % BR	75 % BR
Médecins spécialistes	50 % BR	75 % BR
MODULE C : DENTAIRE	Niveau 1	Niveau 2
Couronne ou dent à tenon remboursée par l'AM	50 % BR	75 % BR
Prothèse remboursée par l'AM	50 % BR	75 % BR
Inlay core	50 % BR	75 % BR
Orthodontie prise en charge par l'AM	50 % BR	75 % BR
Orthodontie non remboursée par l'AM	50 % BR	75 % BR
Forfait par an: Implant (racine et pilier implantaire) maxi 3 par pers	53 € par dent	80 € par dent
MODULE D : OPTIQUE	Niveau 1	Niveau 2
ADULTE		
- Monture (plafond par an et par bénéficiaire)	1 % PMSS	2 % PMSS
- Verres simples, la paire (plafond par an et par bénéficiaire)	2 % PMSS	3 % PMSS
- Verres progressifs, la paire (plafond par an et par bénéficiaire)	4 % PMSS	5 % PMSS
ENFANT		
- Monture (plafond par an et par bénéficiaire)	1 % PMSS	2 % PMSS
- Verres simples, la paire (plafond par an et par bénéficiaire)	2 % PMSS	3 % PMSS
- Verres progressifs, la paire (plafond par an et par bénéficiaire)	4 % PMSS	5 % PMSS
Lentilles cornéennes prises en charge par l'AM	2 % PMSS	4 % PMSS
Lentilles cornéennes refusées et jetables (plafond par an et par bénéficiaire)	2 % PMSS	4 % PMSS

Lexique

AM : Assurance Maladie

BR : Base de Remboursement

FR : Frais Réels

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale 3086€ pour 2013.

TM : Ticket Modérateur.

► ARTICLE 3 – LES PRESTATIONS OBSEQUES

Sont garantis le salarié, son conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS ainsi, éventuellement, que ses enfants, tels que définis dans la notice jointe.

Effet

La date d'effet de l'adhésion est celle mentionnée sur le certificat d'adhésion. Toutefois, la prise d'effet de l'adhésion est conditionnée par le paiement de la première échéance de cotisation, lequel doit être joint à la demande d'adhésion. En tout état de cause, les garanties ne sont acquises pour les affiliés que dans les conditions prévues ci-après

Montant de la garantie

100% du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.

La loi française interdisant la souscription d'une assurance en cas de décès sur la tête d'un enfant de moins de 12 ans (article L 132-3 du Code des Assurances), cette prestation est limitée au remboursement des frais d'obsèques réellement engagés dans la limite de la garantie de base.

Mise en œuvre de la garantie

Les garanties ci-dessus sont acquises dans les mêmes conditions que les garanties maladie

Les garanties cessent :

- Pour tous les affiliés en cas de résiliation de l'adhésion de l'entreprise ou groupement ;
- Pour le salarié cotisant : dès que le lien qui l'unit à l'entreprise ou au groupement est rompu ;
- Pour les membres de la famille affiliés : dès cessation des garanties du salarié cotisant, et dans tous les cas, le 31 décembre de leur 65ème anniversaire.

Les garanties cessent pour les bénéficiaires autres que le salarié (ou membre du groupement) dès lors qu'ils ne remplissent plus les conditions définies à la convention frais médicaux.

En cas de départ, l'affilié peut souscrire un contrat « vie entière », à des conditions préférentielles, sous réserve d'en faire la demande dans un délai de six mois suivant son départ.

EXCLUSIONS

Sont exclus de la Garantie Obsèques :

- **Le suicide de l'affilié au cours de la première année d'assurance ;**
- **Les conséquences d'un attentat ou tentative d'attentat, si l'affilié y prend une part active ;**
- **Les conséquences d'une guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute ou mouvement populaire ;**
- **Le décès résultant d'un accident de navigation aérienne lorsque le certificat de navigabilité de**
- **L'appareil, la licence ou le brevet du pilote est périmé ;**
- **Les conséquences de compétitions aériennes, tentatives de record, essais et sauts effectués avec des parachutes non homologués.**

CHAPITRE V – MODALITES DE REGLEMENT

► ARTICLE 1 – DECLARATION ET JUSTIFICATIFS

Règlement des prestations

Tous les événements pouvant donner lieu au versement d'une prestation doivent être déclarés au délégataire, par les affiliés ou les bénéficiaires.

Pièces à fournir pour chaque règlement :

- L'original des décomptes de la Sécurité Sociale (sauf pour le bénéficiaire utilisant la télétransmission NOEMIE),
- Si le bénéficiaire dispose d'un autre régime complémentaire de santé, l'original du décompte émis par l'organisme concerné, accompagné des photocopies des décomptes émis par la Sécurité Sociale,
- Tout justificatif des frais réels, jugé nécessaire par le délégataire.
- Pour certaines prestations, d'autres pièces justificatives doivent impérativement être jointes à la demande de règlement, selon les formalités décrites aux articles correspondants à Garanties et prestations, Dispositions générales, page 13.

Toutes les autres pièces qui se révéleraient nécessaires, notamment la preuve de la qualité d'ayant droit de l'affilié, pourront être demandées par le délégataire.

Tout dossier transmis sans justifications de frais réels sera réglé sur la base du remboursement de la Sécurité sociale et ne pourra faire l'objet d'aucun redressement ultérieur.

Paiement des prestations

Toutes les prestations de l'assureur via son délégataire sont payées par virement bancaire.

Tout bénéficiaire ou destinataire de prestation est tenu de fournir un relevé d'identité bancaire ou équivalent.

► ARTICLE 2 – PRESCRIPTIONS ET EXCLUSIONS

Prescriptions

Toutes actions relatives au contrat d'adhésion sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Conformément aux dispositions de l'article L932-13 du Code de la Sécurité Sociale, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'affilié, que du jour où le délégataire 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'Adhérent ou de l'affilié contre l'assureur ou le délégataire a pour cause le recours à un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où le tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent ou l'affilié, ou a été indemnisé par celui-ci.

Risques Exclus

Les frais engagés, soit avant l'affiliation, soit après la radiation de l'affilié ne sont pas pris en charge par le délégataire de l'assureur.

Les opérations de chirurgie esthétique, sauf intervention réparatrice à la suite d'un accident ou d'une affection somatique ne sont pas prises en charge par le délégataire.

En cas de résiliation, les frais seront pris en charge par le délégataire en fonction de la date de soins retenue par la Sécurité Sociale, à défaut en fonction de la date de la facture du praticien ou du fournisseur.

Le délégataire de l'assureur ne prend pas en charge les frais ayant fait l'objet d'un refus administratif de la Sécurité sociale.

Les remboursements ou indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'affilié affilié ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

► ARTICLE 3 – CONTROLE MEDICAL

L'assureur via son délégataire se réserve le droit de procéder ou faire procéder à tous contrôles, y compris sur dossier, afin d'apprécier si la nature du sinistre et les circonstances de sa survenance justifient le paiement des prestations.

L'assureur via son délégataire se réserve la possibilité de procéder à un contrôle médical pour valider la pertinence de certains frais médicaux et de refuser la prise en charge de dépenses abusives ou inutiles.

En cas de désaccord entre le délégataire de l'assureur et l'affilié, la procédure d'arbitrage prévue ci-dessous pourra être appliquée.

En cas de refus ou d'entrave, le délégataire de l'assureur suspendra le versement des prestations.

Contrôle et arbitrage médical

Les médecins et experts désignés par le délégataire de l'assureur ont libre accès auprès de l'affilié ou du bénéficiaire afin de pouvoir constater son état. Le droit aux prestations peut-être refusé, interrompu ou réduit, en raison des conclusions des médecins et experts désignés par le délégataire de l'assureur, indépendamment des décisions prises et des versements effectués par la Sécurité Sociale ou tout autre organisme.

L'affilié doit fournir toute pièce justificative et se prêter à toute expertise ou examen demandés par le délégataire de l'assureur, lesquels auront lieu en France métropolitaine (ou dans les DOM-TOM si l'affilié y réside de façon permanente); à défaut, l'affilié s'expose à la suspension du service des prestations.

Les décisions du délégataire de l'assureur, prises en fonction des conclusions du médecin conseil, sont notifiées A l'affilié ou au bénéficiaire par courrier recommandé avec avis de réception ; il peut en contester le bien-fondé dans les 10 jours suivant la date de première présentation au moyen d'une attestation médicale détaillée adressée au médecin conseil du délégataire de l'assureur par lettre recommandée avec avis de réception.

En cas de désaccord sur l'état de santé de l'affilié ou du bénéficiaire, il peut être procédé à une expertise amiable et contradictoire par le médecin choisi par l'affilié ou le bénéficiaire et le médecin délégué par le délégataire de l'assureur.

Si ces 2 médecins ne peuvent parvenir à des conclusions communes ou s'il est décidé de procéder directement à un arbitrage, l'affilié ou le bénéficiaire et le délégataire de l'assureur choisissent un médecin arbitre pour les départager.

Faute d'entente sur son choix, la désignation en est faite par voie judiciaire.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin, et par moitié, ceux du médecin arbitre.

CHAPITRE VI – L'ASSISTANCE

AVANT TOUTE INTERVENTION CONTACTER GARANTIE ASSISTANCE

Téléphone : 01 53 21 24 01

Télécopie : 01 53 21 70 49

24 heures sur 24 en indiquant le numéro du présent document N°13 4240/556

ATTENTION !

Aucune prestation ne sera versée sans demande préalable à GARANTIE ASSISTANCE au moment précis de l'événement (accident, hospitalisation, immobilisation...)

► ARTICLE 1 – GENERALITES

Les dispositions qui suivent ont pour objet de définir les services d'assistance accordés, aux « bénéficiaires » tels que désignés ci-dessous. Ces prestations sont gérées par GARANTIE ASSISTANCE (ci-après dénommée G.A.), Société d'Assistance agréée par le Ministère de l'Economie et des Finances, entreprise régie par le Code des Assurances, dont le siège social est situé 38, rue La Bruyère - 75009 PARIS.

1.1 BENEFCIAIRES

- le titulaire du contrat complémentaire maladie, ci-après dénommé l'abonné,
- la (ou les) personnes bénéficiaire(s) de ce contrat ayant leur domicile habituel en France métropolitaine, Principauté d'Andorre ou de Monaco.

1.2. VALIDITE TERRITORIALE

Les garanties des chapitres 3.1. SANTE, 3.3. REMBOURSEMENT DES FRAIS DE TELEVISION, 3.4. VIE PRATIQUE ET 3.5. JURIDIQUE sont acquises uniquement en France métropolitaine, Andorre et Monaco.

Les garanties du chapitre 3.2. DEPENSES DE SANTE ENGAGEES A L'ETRANGER sont acquises uniquement hors de France métropolitaine, Andorre et Monaco.

1.3. PRISE D'EFFET ET DUREE

Les garanties d'assistance suivent le sort de la couverture frais médicaux.

1.4. DEFINITIONS

On entend par :

Domicile : la résidence principale de l'abonné située en France métropolitaine, Andorre ou Monaco.

Maladie : toute altération de la santé, médicalement constatée, soudaine, imprévisible et aiguë (non chronique).

Accident : toute lésion corporelle provenant de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une action extérieure.

1.5. ENGAGEMENT FINANCIER

Pour que les prestations d'assistance soient acquises, G.A. doit avoir été prévenue (par téléphone ou par fax) et avoir donné son accord préalable. L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des prestations d'assistance énumérées ci-après ne donne lieu à aucun remboursement.

1.6. EXCLUSIONS

Dans tous les cas, G.A. ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales.

Elle ne sera pas tenue pour responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure tels que guerre civile ou étrangère, révolutions, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques (tempêtes, ouragans) état de belligérance, situation politique, etc.

Les événements survenus du fait de la participation du bénéficiaire, en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires, sont exclus du contrat.

Ne donnent pas lieu à intervention ou prise en charge :

- les maladies mentales,
- les maladies chroniques et/ou répétitives, complications, rechutes de maladies constituées antérieurement et comportant un risque d'aggravation brutale ou proche,
- les hospitalisations répétitives pour une même cause,
- les tentatives de suicide et états résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants ou d'alcool,
- toute intervention volontaire pour convenance personnelle (chirurgie esthétique, etc.),
- les états de grossesse et leurs complications.

1.7. PRESCRIPTION

Toute action découlant d'un abonnement G.A. est prescrite dans le délai de deux ans à compter de l'événement qui lui donne naissance.

1.8. SUBROGATION

Toute personne bénéficiant de l'assistance subroge G.A. dans ses droits et actions contre tout tiers responsable à concurrence des frais engagés par elle en exécution des garanties.

▶ ARTICLE 2 – RESUME DES GARANTIES ACCORDEES

Pour les conditions d'application de chacune des garanties, se reporter au paragraphe cité :

SANTE

EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUITE A UNE MALADIE OU A UN ACCIDENT D'UN BENEFICIAIRE

Envoi, à la demande du bénéficiaire, d'un médecin au domicile

Indication, sur simple appel téléphonique, de conseils d'urgence.

Si nécessaire, organisation du transfert à l'hôpital du bénéficiaire et de son retour à domicile et remboursement en complément de la Sécurité Sociale et de tout organisme complémentaire

EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPERIEURE A 5 JOURS SUITE A UNE MALADIE OU A UN ACCIDENT DE L'ABONNE OU DE SON CONJOINT

Organisation et prise en charge :

de la garde des enfants au domicile (2 jours maximum)

du transfert des enfants chez un proche

du transfert d'un proche au domicile pour garder les enfants

de la conduite des enfants à l'école (10 allers/retours).

du voyage et de l'hébergement pendant 2 nuits d'un proche auprès du bénéficiaire 153 € maximum

de la garde d'animaux domestiques pendant 1 mois 229 € maximum

Recherche et prise en charge d'une aide ménagère (30 heures maximum)

EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 24 HEURES CONSECUTIVES SUITE A UNE MALADIE OU A UN ACCIDENT DE L'ABONNE OU DE SON CONJOINT

Organisation et prise en charge :

de la garde des enfants au domicile (2 jours maximum) (1) (2)

du transfert des enfants chez un proche (1) (2)

du transfert d'un proche au domicile pour garder les enfants (1) (2)

de la conduite des enfants à l'école (10 allers/retours) (1) (2)

du transfert des ascendants ou des personnes dépendantes chez un proche

du transfert d'un proche au domicile pour garder les ascendants ou les personnes dépendantes

de la garde des ascendants ou des personnes dépendantes (30 heures maximum)

EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 48 HEURES CONSECUTIVES SUITE A UNE MALADIE OU A UN ACCIDENT DE L'ABONNE OU DE SON CONJOINT

Organisation et prise en charge :

du voyage et de l'hébergement pendant 2 nuits d'un proche auprès du bénéficiaire 153 € maximum

de la garde d'animaux domestiques pendant 1 mois 229 € maximum (2)

Recherche et prise en charge d'une aide ménagère (30 heures maximum) (1) (2)

EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT D'UN DES ENFANTS NECESSITANT SON IMMOBILISATION AU DOMICILE OU A L'HOPITAL PENDANT PLUS DE 48 HEURES

Organisation et prise en charge :

de la garde des enfants au domicile (2 jours maximum)

du transfert des enfants chez un proche

du transfert d'un proche au domicile pour garder les enfants

de la conduite des enfants à l'école (10 allers/retours)

EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT DE L'ENFANT NECESSITANT SON IMMOBILISATION AU DOMICILE PENDANT PLUS DE 15 JOURS

Organisation et prise en charge d'un répétiteur scolaire 10 H par semaine maximum 1525 € maximum

DEPENSES DE SANTE ENGAGEES A L'ETRANGER

Remboursement complémentaire des frais médicaux à l'étranger 4574 € TTC

FRAIS DE TELEVISION

(en cas d'hospitalisation de plus de 24 H)

Remboursement des frais de location de télévision à l'hôpital dans la limite de 153 € TTC

VIE PRATIQUE

A LA DEMANDE DU BENEFICIAIRE

Transmission de messages urgents à caractère personne

Recherche de médicaments

Aide à l'organisation des obsèques

Avance de fonds en cas de décès 763 € TTC

Renseignements pour la santé de tous les jours

Pour les conditions d'application de chacune des garanties, se reporter au paragraphe cité :

JURIDIQUE

A LA DEMANDE DU BENEFICIAIRE

Renseignements Juridiques

Renseignements Vie Pratique

(1) Prestations valables également en cas de séjour prolongé en maternité (plus de 8 jours)

(2) Prestations valables également en cas de décès

▶ ARTICLE 3 – DETAIL DES GARANTIES ACCORDEES

3.1. SANTE

Si G.A. met tout en œuvre pour venir en aide au bénéficiaire lorsqu'il en a le plus besoin, G.A. ne peut se substituer à la solidarité de son entourage ainsi qu'aux prestations auxquelles lui donnent droit les organismes sociaux.

C'est pourquoi, les prestations ci-après n'ont vocation à s'exercer qu'en complément de ces dernières et lorsque les proches du bénéficiaire ne sont pas en mesure de lui prodiguer l'aide requise par les circonstances.

En tout état de cause, ces prestations ne peuvent être mises en œuvre qu'après l'accord d'un médecin de G.A. qui en jugera de la nécessité et de l'opportunité par exemple en prenant contact avec le médecin traitant ou intervenant.

En outre, G.A. se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement soudain qui conduit le bénéficiaire à solliciter son aide (justificatifs médicaux, certificat de décès, attestation de l'employeur...).

3.1.1. Envoi d'un médecin

Cette prestation s'applique en cas d'immobilisation au domicile suite à maladie ou accident d'un bénéficiaire

A la demande du bénéficiaire, le service médical de G.A. envoie dans les meilleurs délais, et selon les disponibilités locales, un médecin au domicile du bénéficiaire. Cette garantie s'exerce notamment lorsque le médecin traitant habituel du bénéficiaire ne peut être joint. Les frais, soins et honoraires de ce médecin restent à la charge du bénéficiaire.

G.A. ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours qu'il convient d'appeler en tout premier lieu si nécessaire.

3.1.2. Indication de conseils d'urgence

Cette prestation s'applique en cas d'immobilisation au domicile suite à maladie ou accident d'un bénéficiaire

Sur simple appel téléphonique, l'un des médecins de G.A. répond aux questions du bénéficiaire relatives aux situations d'urgence et de premiers soins. Ces conseils qui ne peuvent se substituer à une consultation médicale sont à sa disposition 24 H/24.

3.1.3. Transfert à l'hôpital et retour au domicile

Cette prestation s'applique en cas d'immobilisation au domicile suite à maladie ou accident d'un bénéficiaire

Sur demande du médecin sur place, si l'état de santé du bénéficiaire nécessite son hospitalisation, G.A. envoie une ambulance pour son transport au centre médical le plus proche du domicile.

A l'issue de l'hospitalisation, G.A. organise, si nécessaire, sur prescription médicale, le retour du bénéficiaire à son domicile en ambulance (ou VSL).

Le transfert à l'hôpital et le retour au domicile sont remboursés par G.A. en complément des remboursements éventuels de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme de prévoyance auquel le bénéficiaire est affilié, charge à ce dernier d'engager toute démarche nécessaire.

G.A. ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours qu'il convient d'appeler en tout premier lieu si nécessaire.

3.1.4. Voyage et hébergement d'un proche

Cette prestation s'applique en cas :

- *d'immobilisation au domicile supérieure à 5 jours suite à maladie ou accident de l'abonné ou de son conjoint*
- *d'hospitalisation de plus de 48 heures consécutives suite à maladie ou accident de l'abonné ou de son conjoint*

Si le bénéficiaire vit seul et si aucun parent ne réside dans un rayon de 50 km de son domicile, G.A. organise et prend en charge :

- le voyage aller/retour d'un proche (parent ou ami) se trouvant en France Métropolitaine, à concurrence d'un billet de train 1ère classe ou d'un billet d'avion classe économique pour se rendre au chevet du bénéficiaire,
- le séjour à l'hôtel de ce proche pendant 2 nuits à concurrence de 153 € TTC maximum.

3.1.5. Garde des enfants de moins de 15 ans

Cette prestation s'applique en cas :

- *d'immobilisation au domicile supérieure à 5 jours suite à maladie ou accident de l'abonné ou de son conjoint*
- *d'hospitalisation de plus de 24 heures consécutives suite à maladie ou accident de l'abonné ou de son conjoint*
- *de séjour prolongé en maternité (plus de 8 jours) pour une complication non liée à la grossesse et à l'accouchement*
- *de décès du conjoint*
- *de maladie ou d'accident d'un des enfants nécessitant son immobilisation au domicile ou son hospitalisation plus de 48 heures*

Si les enfants ne peuvent s'organiser seuls ou être pris en charge par une personne de l'entourage de l'abonné, G.A. organise et prend en charge :

⇒ soit leur garde au domicile de l'abonné dans la limite des disponibilités locales pendant 2 jours maximum à raison de 10 heures de garde effective par jour. Les frais de déplacement de la personne effectuant la garde sont pris en charge à hauteur d'un maximum de 77 € TTC pour l'ensemble de la prestation. Cette prestation ne s'applique qu'au-delà des journées accordées par les entreprises pour garder les enfants malades au domicile.

⇒ soit leur transfert aller/retour en avion classe touriste ou en train 1ère classe chez un parent résidant en France Métropolitaine.

⇒ soit le transfert aller/retour en avion classe touriste ou en train 1ère classe d'un proche résidant en France Métropolitaine au domicile de l'abonné.

⇒ soit leur conduite à l'école et leur retour au domicile à concurrence de 10 allers/retours et dans un rayon de 25 Km du domicile, la prise en charge ne pouvant dépasser la somme de 458 € TTC pour l'ensemble des enfants concernés.

3.1.6. Garde des ascendants ou des personnes dépendantes a charge

Cette prestation s'applique en cas d'hospitalisation de plus de 24 heures consécutives suite à maladie ou accident de l'abonné ou de son conjoint

Si les ascendants ou personnes dépendantes à charge résidant au domicile principal de l'abonné ne peuvent s'organiser seuls ou être pris en charge par une personne de l'entourage de l'abonné, G.A. organise et prend en charge :

⇒ soit leur garde au domicile de l'abonné pendant un maximum de 30 heures effectives de travail réparties sur 15 jours. Les frais de déplacement de la personne effectuant la garde sont pris en charge à hauteur de 77 € TTC pour l'ensemble de la prestation.

⇒ soit leur transfert aller/retour, en avion classe touriste ou en train 1ère classe, chez un parent résidant en France Métropolitaine.

⇒ soit le transfert aller/retour en avion classe touriste ou en train 1ère classe d'un proche résidant en France Métropolitaine au domicile de l'abonné.

3.1.7. Garde d'animaux domestiques

Cette prestation s'applique en cas :

- *d'immobilisation au domicile supérieure à 5 jours suite à maladie ou accident de l'abonné ou de son conjoint*
- *d'hospitalisation de plus de 48 heures consécutives suite à maladie ou accident de l'abonné ou de son conjoint*
- *de décès du conjoint*

Si l'animal se trouve sans surveillance au domicile et s'il ne peut être pris en charge par l'entourage de l'abonné, G.A. se charge de son hébergement chez un proche ou dans un établissement spécialisé.

G.A. prend en charge les frais de garde pendant un mois maximum, à concurrence de 229 € TTC.

On entend par animaux domestiques, les animaux habituellement de compagnie (chiens, chats, oiseaux, hamsters, lapins domestiques, etc.) à l'exception de tout animal sauvage même apprivoisé (serpents, araignées, félins, etc.) et d'élevage (bovins, ovins, etc.).

3.1.8. Aide ménagère

Cette prestation s'applique en cas :

- *d'immobilisation au domicile supérieure à 5 jours suite à maladie ou accident de l'abonné ou de son conjoint*
- *d'hospitalisation de plus de 48 heures consécutives suite à maladie ou accident de l'abonné ou de son conjoint*
- *de séjour prolongé en maternité (plus de 8 jours) pour une complication non liée à la grossesse et à l'accouchement*
- *de décès du conjoint*

Si l'état de santé de l'abonné ou de son conjoint le nécessite (ou en cas de décès) et si son entourage ne peut lui apporter l'aide nécessaire, G.A. organise la mise en œuvre d'une aide ménagère pour effectuer du repassage, du ménage et préparer les repas, selon le cas :

⇒ pendant les deux premières semaines d'immobilisation lorsque le bénéficiaire n'a pas été hospitalisé,

⇒ pendant l'hospitalisation ou dès le retour au domicile du bénéficiaire sur une période de 15 jours, à concurrence d'un maximum de 30 heures de travail effectif.

Le nombre d'heures allouées et leur répartition sur la période définie ci-dessus sont dans tous les cas du seul ressort du service médical de G.A.

3.1.9. Ecole à domicile

Cette prestation s'applique en cas de maladie ou d'accident de l'enfant nécessitant son immobilisation au domicile pendant plus de 15 jours

En cas de maladie ou d'accident survenu pendant l'année scolaire (suivant les dates publiées au Journal Officiel) entraînant une immobilisation au domicile et une impossibilité de suivre les cours pendant plus de 15 jours (avec certificat médical) G.A. recherche un répétiteur scolaire et prend en charge les frais ainsi engagés pendant 10 heures par semaine au maximum, jusqu'à la fin de l'année scolaire, hors vacances scolaires, week-end et jours fériés.

Cette garantie concerne les élèves régulièrement inscrits dans des établissements d'enseignement général, du cours préparatoire à la terminale.

L'ensemble des frais engagés pour cette garantie ne pourra excéder 1525 € TTC.

3.2. DEPENSES DE SANTE ENGAGEES A L'ETRANGER

3.2.1. Avance des frais médicaux à l'étranger

Lorsque les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation doivent être engagés à l'étranger, G.A. pourra en effectuer l'avance au bénéficiaire à concurrence de 4574 € TTC par bénéficiaire contre dépôt d'un chèque certifié, d'un chèque de banque ou d'un virement bancaire. Le bénéficiaire s'engage à rembourser l'avance dans un délai d'un mois à compter de son retour.

Ces dispositions concernent les frais engagés à la suite d'un accident ou d'une maladie tels que définis au § 1.4. survenus pendant la durée de la présente convention.

3.2.2. Remboursement complémentaire des frais médicaux engagés à l'étranger

Ce remboursement de frais vient en complément des remboursements obtenus par le bénéficiaire (ou ses ayants droit) auprès de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme de prévoyance auquel il est affilié (mutuelle ou autre). Il ne peut dépasser la somme de 4574 € TTC. Le remboursement complémentaire de ces frais est fait par G.A. au bénéficiaire, à son retour en France, après recours effectué par lui auprès des organismes cités ci-dessus, sur présentation de pièces justificatives originales.

Il sera fait application d'une franchise absolue de 16 € TTC sur le montant des remboursements dus par G.A.

Ne donnent pas lieu à prise en charge :

• **les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation :**

- consécutifs à un accident ou une maladie constatée médicalement survenus avant la validité de l'abonnement,

- occasionnés par le traitement d'une maladie ou blessure déjà connue avant la date d'effet de l'abonnement, à moins d'une complication imprévisible,

• **les frais de prothèses : optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques, ou autres,**

• **les frais de soins dentaires supérieurs à 46 € TTC (sans application de la franchise absolue de 16 €),**

• **les frais engagés en France,**

• **les frais de cure thermale et de séjour en maison de repos et/ou de convalescence,**

• **les frais de rééducation.**

Ces dispositions concernent les frais engagés à la suite d'un accident ou d'une maladie tels que définis au § 1.4. ayant un caractère imprévisible survenus pendant la durée de la présente convention.

3.3. REMBOURSEMENT DES FRAIS DE TELEVISION

Cette prestation s'applique en cas d'hospitalisation de plus de 24 heures consécutives quelle qu'en soit la cause, à l'exclusion de la maternité, des cures thermales, de toute intervention volontaire pour convenance personnelle (chirurgie esthétique, etc.) et de toute hospitalisation répétitive suite à une même cause. G.A. rembourse les frais de location de télévision à l'hôpital dans la limite de 153 € TTC. Dans ce cas, le bénéficiaire devra transmettre sa demande de remboursement à G.A. **accompagnée impérativement** de l'original de la facture des frais de télévision.

3.4. VIE PRATIQUE

Les prestations ci-après s'appliquent sur simple appel d'un bénéficiaire

3.4.1. Transmission de messages urgents à caractère personnel

En cas de nécessité, G.A. assure la transmission des messages à caractère urgent destinés à la famille du bénéficiaire ou à un de ses proches (et inversement) y compris des informations à caractère personnel et médical avec accord du bénéficiaire.

3.4.2. Recherche de médicaments

Lorsque, pour des raisons de santé ou à la suite d'un accident survenu au domicile, le bénéficiaire n'est pas en mesure de se déplacer et qu'il est détenteur d'une ordonnance prescrivant l'achat urgent de médicaments, G.A. fait le nécessaire pour rechercher, acheter et apporter au bénéficiaire ses médicaments.

G.A. fait l'avance du coût des médicaments, qui seront remboursés par le bénéficiaire dès qu'ils lui seront apportés.

G.A. ne pourra intervenir que dans la limite des disponibilités locales (pharmacie ouverte, etc...).

3.4.3 Assistance Obsèques

G.A. en cas de nécessité aide à l'organisation des obsèques du bénéficiaire (en accord avec les Organismes de Pompes Funèbres).

3.4.4. Avance de fonds en cas de décès

Suite au décès de l'un des membres de sa famille (conjoint, enfants à charge) G.A. procure au bénéficiaire, à titre d'avance sans intérêts et après versement d'une caution par un proche ou toute autre personne désignée par lui, une somme de 763 € TTC (ou moins, si une somme inférieure est suffisante).

Cette avance est consentie dans le cas où le décès a pour conséquence l'indisponibilité momentanée de fonds ou dans le cas où l'avance consentie peut permettre de débloquer une situation. Elle est remboursable dans un délai d'un mois à compter de la date du versement.

3.4.5. Renseignements pour la santé de tous les jours

Sur simple appel téléphonique du bénéficiaire, l'un des médecins de G.A. :

⇒ répond à ses questions d'ordre médical ou diététique,

⇒ lui indique, en accord avec son médecin traitant, les types de cure correspondant à son état de santé et recherche les centres spécialisés en France,

⇒ recherche et indique les établissements médicaux spécialisés qui peuvent le recevoir s'il souffre d'un handicap, sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué l'accueillera.

Ces conseils qui ne peuvent se substituer à une consultation médicale sont à sa disposition du lundi au samedi de 9 H à 17 H.

3.5. JURIDIQUE

Les prestations ci-après s'appliquent sur simple appel du bénéficiaire

G.A. peut fournir des renseignements **exclusivement d'ordre privé** dans les domaines suivants :

3.5.1. Renseignements Juridiques habitation, logement, impôt, fiscalité, assurances, allocations, retraites, justice, défense, recours, salaires, contrats de travail, associations, sociétés, commerçants, artisans, droits du consommateur, voisinage, famille, mariage, divorce, succession, affaires sociales.

3.5.2. Renseignements Vie Pratique formalités, cartes, permis, enseignement, formation, services publics, vacances, loisirs, activités culturelles, logement.

Ces conseils, qui ne peuvent se substituer à une consultation juridique, sont à la disposition du bénéficiaire du lundi au vendredi de 9 H à 18 H 30.

Dans certains cas, un délai pourra être nécessaire avant d'obtenir une réponse. G.A. se chargera alors d'appeler le bénéficiaire demandeur.