



Conditions Générales

CHAPITRE I DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat collectif de frais de santé à adhésion obligatoire est conclu d'une part entre l'entreprise souscriptrice, ci-après dénommée « **l'adhérent** » et d'autre part AG2R PREVOYANCE, ci-après dénommée « **l'Institution** ».

Le contrat d'adhésion est formé :

- des présentes Conditions Générales ;
- des conditions particulières du contrat d'adhésion qui fixe la ou le(s) catégorie(s) couverte(s) par le contrat, les garanties choisies par l'adhérent, les cotisations correspondantes ainsi que la date d'effet.

Pour tous les aspects ne faisant pas l'objet d'une dérogation ou d'un aménagement précisé aux conditions particulières du contrat d'adhésion, il sera fait application des présentes conditions générales.

Le contrat a pour objet d'accorder aux bénéficiaires définis à l'article 3 une prestation complémentaire aux régimes de base de la Sécurité sociale française en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Les conditions du contrat mises en œuvre par l'adhérent auprès de AG2R PREVOYANCE sont celles d'un contrat collectif obligatoire pris en application d'un accord d'entreprise, d'un référendum ou d'une décision unilatérale de l'employeur. En conséquence, aucun salarié ne peut renoncer au contrat sauf à solliciter un cas de dispense dans les conditions fixées par la réglementation en vigueur sous la responsabilité de l'adhérent (nonobstant les dispositions relatives à l'article 11 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, les cas de dispense doivent être expressément mentionnés par l'acte juridique définissant le régime).

ARTICLE 2 – ENTREE EN VIGUEUR ET RECONDUCTION DU CONTRAT

Le contrat prend effet à la date indiquée au contrat d'adhésion. Il est souscrit par l'adhérent, pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours.

Le contrat se renouvelle chaque année à effet du 1er janvier, par tacite reconduction, sauf dénonciation exprimée au moins deux mois avant cette date, par l'une ou l'autre des parties, par lettre recommandée.

ARTICLE 3 - PERSONNEL GARANTI ET BENEFICIAIRES

Sont assurées au titre du présent contrat les personnes appartenant à la ou aux catégorie(s) mentionnée(s) aux conditions particulières affiliées pour elles-mêmes et le cas échéant les bénéficiaires ci-après définis.

L'adhérent s'engage à affilier l'ensemble de ses nouveaux salariés, sauf application d'un cas de dispense d'affiliation visé à l'article 1.

Sont bénéficiaires des garanties du contrat :

1. **l'assuré social affilié dénommé « participant »**,
2. **et, par extension selon les modalités prévues aux conditions particulières du contrat d'adhésion :**

- **son conjoint**,
- **son concubin au sens de l'article 515-8 du code civil lié par un Pacte civil de solidarité (Pacs) ou non avec le participant.** Cette affiliation est effectuée à la condition que soit présentée, dans le cas où le concubin est lié par un Pacs avec le participant, une attestation de moins de trois mois établissant leur engagement dans les liens d'un Pacs délivrée par le Greffe du Tribunal d'Instance.

Dans le cas où le concubin n'est pas lié au participant par un Pacs et n'est pas ayant droit du participant au sens de la législation sociale, cette affiliation est effectuée à la condition que soit présenté un justificatif de la situation de concubinage : attestation délivrée par la mairie, photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants communs, ou, à défaut, déclaration sur l'honneur accompagnée impérativement de la justification du domicile commun (quittance de loyer aux deux noms, ou double quittance d'électricité ou de téléphone au nom de chacun).

- **les enfants à charge répondant à la définition suivante :**

- les enfants de moins de 21 ans à charge du participant ou de son conjoint ou de son concubin au sens de la législation Sécurité sociale et, par extension :
- les enfants de moins de 26 ans à charge du participant au sens de la législation fiscale à savoir :
 - ▶ les enfants du participant, de son conjoint ou de son concubin pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
 - ▶ les enfants du participant auxquels celui-ci sert une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur son avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global,
- quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) au sens de la législation fiscale définie ci-après,
 - ▶ pris en compte dans le calcul du quotient familial, ou
 - ▶ ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable, ou
 - ▶ bénéficiaires d'une pension alimentaire que le participant est autorisé à déduire de son revenu imposable



Conditions Générales

Dans le cadre de la structure de cotisation « adulte/enfant », à compter de 26 ans, les enfants infirmes sont toujours considérés à charge, cependant, ils sont redevables d'une cotisation « adulte ».

- **toute personne à charge du participant, au sens des assurances sociales,**

MODALITES DES AFFILIATIONS

Les participants rempliront un bulletin d'affiliation, afin de pouvoir bénéficier des garanties du présent contrat.

AG2R PREVOYANCE se réserve le droit, à tout moment, de demander au participant de lui adresser les justificatifs de la qualité de bénéficiaire, telle que définie ci-dessus, des personnes couvertes par son adhésion (notamment : extrait des informations administratives contenues dans la carte Vitale ; avis d'imposition).

ARTICLE 4 - DATE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties définies au chapitre II prennent effet :

- à la date de prise d'effet du contrat, pour les salariés présents à l'effectif,
- à la date d'embauche, si celle-ci est postérieure à la date d'entrée en vigueur du contrat.

ARTICLE 5 – SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Les garanties mises en place dans l'entreprise doivent être a minima maintenues, sous réserve du paiement des cotisations, au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- soit d'un maintien, total ou partiel, de salaire ;
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

La contribution de l'employeur, calculée selon les règles applicables à la catégorie de personnel dont relève le participant, doit être maintenue pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Le salarié dont le contrat de travail est suspendu doit acquitter la part salariale de la cotisation, calculée selon les règles prévues par le régime.

ARTICLE 6 – CESSATION DES GARANTIES

En tout état de cause, la garantie cesse d'être accordée en cas de résiliation du présent contrat.

De plus, pour tout participant et ses éventuels bénéficiaires, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui lie le participant à l'entreprise adhérente ou, en cas de maintien des droits au titre de la portabilité, le dernier jour du mois au cours duquel prend fin la période de portabilité.

ARTICLE 7 – MAINTIEN DES GARANTIES APRES RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

PORTABILITE DES DROITS

Les anciens salariés qui, à la date de cessation de leur contrat de travail, appartenaient à une catégorie de personnel bénéficiaire des garanties du contrat d'adhésion, bénéficient du maintien de ces garanties lorsque :

- les droits à couverture complémentaire au titre du régime frais de santé souscrit ont été ouverts pendant l'exécution de leur contrat de travail,
- la cessation de leur contrat de travail n'est pas consécutive à une faute lourde et qu'elle ouvre droit à indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage.

Les anciens salariés bénéficient des garanties frais de santé du contrat d'adhésion applicables à la catégorie de personnel à laquelle ils appartenaient lors de la cessation de leur contrat de travail.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des participants bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

Durée / Limites

Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail du participant et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse lorsque le participant reprend un autre emploi, dès qu'il ne peut plus justifier auprès de l'institution de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage, à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, en cas de décès du participant ainsi qu'en cas de non renouvellement ou résiliation du présent contrat collectif frais de santé.

La suspension des allocations du régime obligatoire d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur la durée du maintien des garanties qui n'est pas prolongée d'autant.

Si le participant a bénéficié d'une période de portabilité supérieure à celle à laquelle il aurait pu prétendre, une éventuelle récupération des prestations reçues indûment sera mise en œuvre.

Formalités de déclaration

L'adhérent et/ou le participant doivent :

- signaler le maintien des garanties visées par le présent contrat dans le certificat de travail de l'ancien salarié ;
- informer l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail en lui adressant, dans un délai d'un



Conditions Générales

mois suivant la date de cessation du contrat de travail d'un salarié, le bulletin individuel d'affiliation au présent dispositif de portabilité complété et signé accompagné de la copie du ou des derniers contrats de travail justifiant sa durée, d'une attestation justifiant son statut de demandeur d'emploi et des cartes de tiers payant en cours de validité.

Dès qu'il en a connaissance, l'ancien salarié (ou ses ayants-droit en cas de décès) s'engage à informer l'organisme assureur de toute cause entraînant la cessation anticipée de maintien des garanties. Sont visées notamment les causes suivantes :

- la reprise d'un autre emploi,
- l'impossibilité de justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage,
- la survenance de la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale,
- le décès du participant.

Information de l'Institution en cas d'augmentation du nombre de bénéficiaires du dispositif de portabilité

L'adhérent devra informer l'institution de toute action mise en œuvre entraînant une augmentation du nombre de bénéficiaires du dispositif de la portabilité :

- licenciement à caractère collectif (Plan de sauvegarde de l'Emploi,...)
- tout recours exceptionnel à un emploi massif de contrats à durée déterminée qui augmenterait de plus de 20 % la part de ces salariés dans l'effectif global pendant une période supérieure à 3 mois.

Le nombre de salariés, leur ancienneté et la période concernée devra être transmis par l'adhérent, dans les deux mois de la mise en œuvre.

MAINTIEN DES GARANTIES A TITRE INDIVIDUEL

En cas de cessation des garanties, le participant et ses bénéficiaires ont la possibilité d'adhérer à l'une des garanties individuelles élaborées à leur intention dont les conditions leur seront communiquées par AG2R PREVOYANCE. Cette possibilité est également offerte aux ayants droit du participant décédé.

Sous réserve que la demande d'adhésion individuelle à ces garanties soit formulée dans un délai de six mois à compter de la radiation du participant au présent contrat ou à l'issue de la période de portabilité des droits, il ne sera pas fait application de période probatoire et ne sera pas exigé de formalités médicales.

ARTICLE 8 - COTISATIONS

La tarification du contrat est établie sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation fiscale et sociale en vigueur au moment de sa conclusion. La tarification sera revue sans délai en cas de changement de ces textes. Les parties signataires pourront également

convenir d'une révision des garanties, en tout ou partie, à cette occasion.

MONTANT DES COTISATIONS

Il est déterminé selon l'effectif affilié dans la catégorie définie au contrat et mentionné aux conditions particulières.

A cet effet, l'adhérent devra fournir à AG2R PREVOYANCE une photocopie de sa DADS ou tout autre document nominatif pouvant attester du nombre exact de salariés relevant de la catégorie définie au contrat, non seulement à l'adhésion, mais aussi chaque année, afin de déterminer la tarification.

PAIEMENT

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu, sauf stipulations contraires figurant aux conditions particulières. Elles doivent être versées à AG2R PREVOYANCE dans le premier mois de chaque trimestre civil, pour le trimestre écoulé.

L'adhérent est responsable du paiement des cotisations.

En cas de non paiement des cotisations, trente jours après l'envoi d'une mise en demeure restée sans effet, les garanties sont suspendues, la résiliation intervenant quarante jours après l'envoi de la mise en demeure.

Les éventuels frais d'impayés pourront être imputés à l'adhérent.

INDEXATION

Les cotisations de chaque catégorie de personnes mentionnées aux Conditions particulières peuvent être indexées au 1^{er} janvier et au 1^{er} juillet de chaque exercice civil par l'application d'un taux qui dépend :

- de l'évolution des dépenses de santé prévue sur la base des éléments fournis par les Caisses Nationales d'Assurance Maladie pour l'exercice en cours,
- de l'équilibre global du portefeuille d'AG2R PREVOYANCE,

L'indexation ainsi définie est communiquée à l'entreprise.

Lorsque l'entreprise s'oppose à l'indexation avant le 10 décembre de l'année en cours (pour une indexation au 1^{er} janvier) ou le 15 juin de l'année en cours (pour une indexation au 1^{er} juillet), le cachet de la poste faisant foi de la date d'envoi, le contrat est automatiquement résilié, selon la date d'effet de l'indexation, au 31 décembre ou au 30 juin de l'année en cours.

A défaut d'opposition notifiée par l'entreprise sur l'indexation dans les conditions énoncées ci-dessus, les cotisations indexées sont appliquées.

REVISION

Les cotisations de chaque catégorie de personnes mentionnées aux Conditions particulières peuvent être révisées au 1^{er} janvier de chaque exercice civil par l'application d'un taux qui prend en compte l'équilibre (rapport prestations / cotisations) du contrat frais de santé de



Conditions Générales

l'entreprise ou du groupe d'entreprises clairement identifié aux conditions particulières du contrat.

La révision des cotisations ainsi définie est communiquée à l'entreprise.

Lorsque l'entreprise s'oppose avant le 10 décembre de l'année en cours à la révision, le cachet de la poste faisant foi de la date d'envoi, le contrat est automatiquement résilié au 31 décembre de l'année en cours.

A défaut d'opposition notifiée par l'entreprise sur la révision avant le 10 décembre de l'année en cours, le contrat est reconduit sur la base des cotisations révisées.

Les nouvelles cotisations sont formalisées par avenant au contrat.

ARTICLE 9 – PRESCRIPTION DES ACTIONS

Toutes actions dérivant du présent contrat 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'institution de prévoyance en a eu connaissance ;

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

Quand l'action de l'adhérent, du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent, le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription prévues par les articles 2240 et suivants du code civil, par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. 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'Institution au participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

CHAPITRE II - DEFINITION DES GARANTIES

Les garanties du contrat sont établies sur la base de la législation et réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de sa conclusion. Elles seront revues sans délai en cas de changement de ces textes.

ARTICLE 10 - NIVEAU DE LA GARANTIE

Le niveau des prestations garanties est indiqué aux conditions particulières du contrat.

ARTICLE 11 - FRAIS GARANTIS

Sont couverts, sauf stipulations contraires dans les conditions particulières, tous les actes et frais courant sur la période de

garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de Sécurité sociale au titre de la législation « maladie », « accidents du travail / maladies professionnelles » et « maternité » ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés au contrat en fonction de la formule de couverture retenue.

MATERNITE/ADOPTION

Les garanties « Maternité » prévues au contrat n'interviennent que pendant la période au cours de laquelle l'assurée reçoit des prestations en nature de la Sécurité sociale au titre du risque maternité.

Lorsque les conditions particulières du contrat le prévoient, AG2R PREVOYANCE verse, en cas de naissance d'un enfant du participant (viable ou mort-né), une allocation dont le montant est égal au forfait en vigueur au jour de l'événement.

Le forfait maternité du participant est également versé en cas d'adoption d'un enfant mineur.

Un seul forfait peut être octroyé par période de 300 jours, à l'exception des naissances gémellaires ou de l'adoption.

Les dates prises en compte, pour le versement du forfait maternité et pour le calcul de la période de 300 jours, sont les dates de naissance respectives de chaque enfant.

ARTICLE 12 - LIMITES DES GARANTIES – EXCLUSIONS

Pendant la période de garantie, les exclusions et les limitations de garanties ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charge minimales prévues à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Sauf indication contraire aux conditions particulières, ne donnent pas lieu à remboursement :

- les frais de soins :
 - engagés avant la date d'effet de la garantie ou après la cessation de celle-ci. La date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la Sécurité sociale,
 - déclarés après un délai de deux ans suivant la date des soins pratiqués,
 - engagés hors de France. Si la caisse de Sécurité sociale à laquelle l'assuré est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge par AG2R PREVOYANCE sur la base de remboursement utilisé par la Sécurité sociale et selon les garanties prévues au contrat,
 - non remboursés par les régimes de base de la Sécurité sociale,
 - ne figurant pas à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des Actes médicaux, et même s'ils ont fait l'objet d'une notification de refus ou d'un remboursement nul par le régime de base,
 - au titre de la législation sur les pensions militaires,



Conditions Générales

- au titre de l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour ou dans les unités de long séjour relevant des centres hospitaliers, dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements-foyers ou des hospices,

- qui sont les conséquences de guerre civile ou étrangère ou de la désintégration du noyau atomique,

- au titre de la garantie parodontologie, si celle-ci est souscrite, pour les frais inhérents à des actes d'éducation à l'hygiène buccale.

- les participations forfaitaires et les franchises restant à la charge de l'assuré prévues à l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale,
- la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale et L. 1111-15 du Code de la santé publique,
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant* du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

**montant minimum non pris en charge pouvant être plus élevé dans la formule de garantie souscrite*

Pour les frais consécutifs à des actes soumis à entente préalable de la Sécurité sociale, en l'absence de notification de refus à ces ententes préalables par les services de Sécurité sociale, les règlements éventuels de AG2R PREVOYANCE seront effectués après avis des praticiens-conseils de AG2R PREVOYANCE.

Pour les frais consécutifs à des actes dont la cotation n'est pas conforme à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des Actes médicaux, le remboursement est limité à la cotation définie par cette nomenclature ou cette classification.

Pour les frais consécutifs à des actes dont les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés par les conventions nationales signées entre les régimes de base et les représentants des praticiens ou dans les cas où ces dépassements ne correspondent pas aux conditions conventionnelles, le remboursement est limité à la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale.

Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au code de la santé publique et ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme de Sécurité sociale sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments, le remboursement complémentaire effectué par l'institution se fera également sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments.

A l'exception du forfait maternité, pour les actes ou postes de garantie exprimés sous la forme d'un crédit annuel ou d'un forfait, le crédit annuel ou le forfait correspond au montant maximum d'indemnisation. Ces crédits annuels et ces forfaits sont exclusifs, pour les

actes ou postes de garantie concernés, de toute autre indemnisation de la part de AG2R PREVOYANCE.

Afin de s'assurer du respect de ces principes, il pourra être demandé au participant de fournir tout devis ou facture relatif, notamment, aux actes et frais dentaires ou d'optique envisagés.

Qu'ils soient demandés par l'organisme assureur ou produits spontanément par l'assuré, les devis feront l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens. AG2R PREVOYANCE peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale de l'assuré. Dans un tel cas de figure les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive de AG2R PREVOYANCE.

La prise en charge des frais inhérents à des séjours en établissement psychiatrique en secteur non conventionné est limitée à 90 jours par année civile et fait l'objet d'un règlement sur la base du remboursement utilisé par le régime de Sécurité sociale. Cette limite ne s'applique pas à la prise en charge du forfait journalier hospitalier facturé en établissement psychiatrique en secteur non conventionné.

En l'absence de télétransmission par les organismes de base en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, l'assuré doit transmettre à AG2R PREVOYANCE une facture détaillée établie par son médecin, à défaut, l'indemnisation se fera sur la base de la garantie prévue pour les actes conventionnés.

ARTICLE 13 – PLAFOND DES REMBOURSEMENTS

Si le présent contrat prévoit une intervention en secteur non conventionné sur la base d'une prestation calculée par référence aux tarifs retenus par les régimes de base pour les actes effectués en secteur conventionné, la prestation ne pourra excéder celle qui aurait été versée si la dépense avait été engagée en secteur conventionné.

La participation d'AG2R PREVOYANCE ne peut en aucun cas dépasser la totalité des frais laissés à charge de l'assuré après remboursement de la Sécurité Sociale et de tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé.

Le respect des règles de prise en charge maximales définies à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale est apprécié eu égard à l'ensemble des prises en charge déjà effectuées par la Sécurité Sociale, tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé et le présent contrat.

CHAPITRE III - REGLEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 14 - PRESENTATION DES DOSSIERS

Les demandes de remboursement sont adressées par le participant à AG2R PREVOYANCE.

Chaque dossier adressé doit comprendre, à défaut de télétransmission par les organismes de base :



Conditions Générales

- les originaux des décomptes de règlement de la Sécurité sociale,

et dans tous les cas :

- les notes d'honoraires et les factures des frais prescrits acquittées et datées, le cas échéant, les devis,
- en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, une facture détaillée établie par le médecin,
- en cas de forfait maternité, un extrait d'acte de naissance avec mentions en marge relatives à la filiation de l'enfant,
- en cas d'adoption, un extrait d'acte de naissance comportant la mention d'adoption ou dans l'attente du jugement d'adoption, une attestation des services de l'enfance et de la famille du Conseil Général du département,
- en cas de prise en charge de frais au titre de la garantie chirurgie réfractive, la note d'honoraires du praticien accompagnée de la facture acquittée et datée,
- en cas de remboursement de frais de soins d'origine accidentelle, toutes pièces justificatives afin de procéder en particulier au recouvrement des sommes réglées par AG2R PREVOYANCE auprès de l'éventuel tiers responsable (copie de procès-verbal, attestations de témoins, coupures de journaux...),
- en cas de prise en charge au titre de la garantie « Bien être », le formulaire élaboré à cet effet par AG2R PREVOYANCE.

Pour l'ensemble des prestations fournies, seuls les frais réels engagés figurant sur les décomptes Sécurité sociale ou sur l'original des factures détaillées des praticiens et des professionnels de santé, des établissements hospitaliers ou des cliniques, seront pris en compte pour les remboursements.

Les factures détaillées devront notamment comporter le cachet du médecin avec son numéro d'identification ainsi que le montant des frais engagés détaillé par acte, le libellé de l'acte correspondant au code de regroupement destiné aux organismes complémentaires, son prix unitaire tel que défini par la CCAM et la base de remboursement Sécurité sociale.

Un formulaire à faire remplir par le praticien, afin de préciser l'ensemble des informations nécessaires au calcul de la prestation, est tenu à la disposition des assurés sur simple demande.

Les demandes de prestations doivent être présentées dans un délai maximum de deux ans suivant la date des soins pratiqués.

ARTICLE 15 - PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont réglées par virement bancaire sur le compte du participant. A cet effet, un relevé d'identité bancaire devra être remis avec chaque bulletin d'affiliation.

Sauf cas de force majeure, à réception de la totalité des pièces justificatives demandées par AG2R PREVOYANCE,

les prestations sont réglées dans un délai maximum de vingt jours.

ARTICLE 16 – TIERS PAYANT

Chaque participant complète un bulletin d'affiliation. Il lui est remis une Carte Santé Terciane permettant la pratique du tiers payant avec certaines professions de santé.

Cette carte Santé reste la propriété de AG2R PREVOYANCE.

L'adhérent s'engage, si la carte santé est en cours de validité, à la récupérer auprès du participant et à en assurer la restitution à AG2R PREVOYANCE dans le délai de quinze jours suivant le départ du participant (démission, licenciement, retraite...) ou suivant la démission du régime de la part de l'adhérent ou la résiliation du contrat.

L'adhérent restituera les sommes payées par AG2R PREVOYANCE, relatives à des soins postérieurs à la cessation des garanties, dans la mesure où il n'aura pas respecté son obligation précitée.

ARTICLE 17 - PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, AG2R PREVOYANCE délivre un « accord de prise en charge » garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux (et le cas échéant, des frais annexes à l'hospitalisation tels que définis aux conditions particulières) normalement laissés à la charge de l'assuré dans la limite des garanties.

Si l'hospitalisation est consécutive à un accident de la circulation, AG2R PREVOYANCE délivre une prise en charge dans les conditions habituelles. En cette circonstance, le participant est tenu de fournir à AG2R PREVOYANCE les éléments permettant d'exercer un éventuel recours auprès des organismes d'assurances concernés.

ARTICLE 18 - RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES

En cas de paiement des prestations par AG2R PREVOYANCE à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, AG2R PREVOYANCE est subrogée à l'assuré qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'il a supportées, conformément aux dispositions légales.

ARTICLE 19 – DISPOSITIONS DIVERSES

LITIGES JUDICIAIRES

Tout litige judiciaire relatif aux adhésions et aux prestations, entre l'adhérent et/ou le participant et AG2R PREVOYANCE, est, de convention expresse entre les parties au présent contrat, porté à la connaissance des juridictions du ressort du siège social de AG2R PREVOYANCE.

RECLAMATIONS - MEDIATIONS

Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées au centre de gestion dont dépend l'adhérent.



AG2R LA MONDIALE

Conditions Générales

Les réclamations concernant l'application du contrat peuvent être adressées à AG2R PREVOYANCE – Direction de la Qualité – 104-110 boulevard Haussmann 75 379 PARIS Cedex 08.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées :

- en premier lieu au Conciliateur du Groupe AG2R LA MONDIALE – 32 avenue Emile Zola – Mons en Baroeul -59 896 Lille CEDEX 9 ;
- en second lieu au Médiateur du CTIP – 10 rue Cambacérès – 75008 PARIS.

INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les données à caractère personnel collectées sont exclusivement destinées à AG2R PREVOYANCE, responsable du traitement, ainsi qu'aux membres du Groupe AG2R LA MONDIALE et leurs partenaires.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, toute personne dont les données sont traitées par AG2R PREVOYANCE dispose d'un droit d'accès, de modification, de suppression et d'opposition (pour des motifs légitimes), sur les informations la concernant, pouvant être exercé par courrier (accompagné de la copie d'une pièce d'identité en cours de validité) adressé à :

Correspondant Informatique et Libertés, Groupe AG2R LA MONDIALE, Direction des Risques-Conformité et Déontologie, 104-110 Bd Haussmann, 75 379 Paris Cedex 8.

AUTORITE DE CONTROLE

AG2R PREVOYANCE est soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R) : 61, rue Taitbout, 75 009 PARIS.