

Conditions générales contrat collectif Média facultatif

Document à conserver valant notice d'information

Adhésion des participants

Peuvent être admis au contrat Média :

- Les salariés permanents ou non permanents ne bénéficiant pas d'un contrat collectif Frais de santé obligatoire ayant moins de 65 ans et n'étant pas en arrêt de travail à la date d'effet du contrat.
- Les ayants droit des participants au titre du contrat Frais de soins de santé.

Admission des bénéficiaires

Chaque participant défini ci-dessus est libre d'adhérer aux garanties prévues par ce contrat **au plus tôt** :

- Le jour de sa date d'entrée dans la société,
- Le premier jour du mois qui suit la demande,

Au plus tard au 65^e anniversaire du participant

Définition des garanties

1 Garantie Frais de soins de santé et Assistance :

1.1 Garantie frais de soins de santé

Objet de la garantie :

Garantir :

- le versement d'indemnités complémentaires aux prestations en nature servies au titre des assurances maladie, maternité, accident,
- le versement d'indemnités forfaitaires,
- le bénéfice d'une assistance.

Bénéficiaires :

Outre le participant, la garantie Frais de soins de santé est ouverte en contrepartie d'une participation financière à ses ayants droit nommément désignés :

- son conjoint, ou à défaut, son concubin (à condition qu'il habite au même domicile que le participant et qu'il soit dans ce cas comme le participant, célibataire, veuf, ou divorcé) ou le co-signataire d'un PACS
- ses enfants de moins de 21 ans non salariés et bénéficiant des prestations de la Sécurité sociale sur son compte ou sur celui de son conjoint,
- ses enfants de moins de 27 ans, relevant du régime de la Sécurité sociale des étudiants,
- ses enfants de moins de 25 ans, vivant à son domicile et étant sous contrat d'insertion professionnelle, tels, notamment les emplois jeunes, les formations en alternance ou les contrats de qualification
- ses enfants de moins de 21 ans, vivant à son domicile et étant sous contrat d'apprentissage,
- les enfants mineurs, du conjoint, du concubin ou co-signataire du PACS,
- enfants handicapés reconnus par la COTOREP ayant des ressources inférieures à 80% du SMIC (toutes allocations et salaires inclus) sans condition d'âge.
- ascendants, dès lors que leur situation autorise le participant à procéder à une déduction fiscale.

Dans tous les cas, la présentation régulière des pièces justificatives nécessaires (photocopie de la carte d'étudiant etc) conditionne le maintien des garanties.

Frais indemnisés :

Les frais ouvrant droit à la garantie sont ceux correspondant aux actes énumérés dans le guide pratique adressé au participant, qui ont été effectués postérieurement à l'affiliation du participant et pendant la durée de cette affiliation et ont donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale. Toutefois le contrat Média, prend en charge certains actes hors nomenclature tels que définis dans le guide pratique. ou certains actes figurant à la nomenclature mais refusés par la Sécurité sociale : les prothèses dentaires (dont les inlays et les onlays), les soins dentaires, les lentilles non remboursées, l'orthodontie, les analyses médicales, l'ostéodensitométrie, l'ostéopathie. Il est également prévu le versement d'indemnités forfaitaires à l'occasion d'une cure thermique acceptée par la Sécurité sociale, des obsèques du participant et/ou des bénéficiaires définis ci-dessus sous réserve que ces derniers soient garantis par le contrat frais de santé, d'une naissance ou d'une adoption.

Montant des prestations :

Les remboursements des frais interviennent dans les limites et conditions définies dans le guide pratique adressé au participant. Les montants des remboursements, qui ne peuvent excéder les frais réels engagés, sont exprimés en incluant le remboursement de la Sécurité sociale pour sa valeur au 1^{er} janvier. Les remboursements exprimés en % du plafond mensuel de la Sécurité sociale sont basés sur le plafond en vigueur au 1^{er} janvier d'un exercice.

1.2 Garantie Assistance

Objet de la garantie :

Le participant ainsi que ses ayants droits bénéficient également auprès d'AUDIENS assistance d'un ensemble de services en cas de maladie ou d'accident, d'hospitalisation, ou de décès, ainsi que d'une prise en charge des enfants malades de moins de 16 ans ou des ascendants. AUDIENS assistance est un ensemble de services qui permet d'aider au retour à la normale de la vie familiale après une maladie soudaine et aiguë, un accident ou un décès éventuel. L'assistance peut intervenir 24h/24, 7j/7, en mettant en place une aide temporaire, immédiate et adaptée.

Bénéficiaires

le participant ainsi que ses Bénéficiaires définis au paragraphe 1.1, **à condition que ces derniers bénéficient également de la garantie frais de soins de santé.**

Champs d'action

Les garanties s'appliquent en cas d'accident corporel ou de maladie imprévue et aiguë survenant à l'un des bénéficiaires et nécessitant une hospitalisation. AUDIENS assistance intervient lorsque les services de secours, la solidarité naturelle de la structure familiale ou les organismes sociaux ne peuvent remédier à la gêne occasionnée. La durée de la garantie et le montant de prise en charge sont appréciés par AUDIENS assistance en fonction de la nature et de la gravité de l'événement ainsi que de la gêne et du préjudice occasionnés au patient et à son entourage. AUDIENS assistance ne participe pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire a engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire ayant fait preuve d'initiative raisonnable, AUDIENS assistance pourra apprécier leur prise en charge, sur justificatifs. AUDIENS assistance se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès...).

2 Garantie Prévoyance (Incapacité Invalidité Décès suite à un accident) **Le participant bénéficie auprès d'AUDIENS PRÉVOYANCE via ACE Insurance S.A.N.V. d'un ensemble de garanties, détaillées ci-après, en cas d'accident.**

Définition de la notion d'accident :

Toute atteinte corporelle non intentionnelle dont est victime le participant et provenant de l'action soudaine et inattendue d'une cause extérieure et toutes les manifestations pathologiques qui sont la conséquence directe d'une telle atteinte corporelle, sous réserve des exclusions énumérées ci-après :

Sont assimilés aux accidents :

- -Les infections causées directement par un accident garanti, à l'exclusion de toute affection résultant de l'intervention humaine après un accident garanti.
- Les empoisonnements et lésions corporelles dus à l'absorption non intentionnelle de substances toxiques ou corrosives.
- L'asphyxie due à l'action imprévue de gaz ou de vapeurs.
- La noyade et les maladies infectieuses qui sont la conséquence d'une chute dans l'eau ou dans un liquide infecté.
- Les gelures, coup de chaleur, insolation ainsi que l' inanition et l'épuisement par suite de naufrage, atterrissage forcé, écroulement, avalanche, et inondation.
- Les lésions corporelles résultant d'agression ou d'attentat dont le participant serait victime sauf s'il est prouvé qu'il aurait pris une part active comme auteur ou investigateur de ces événements

2.1 Garantie Incapacité - Objet de la garantie :

Garantir le versement d'une indemnité journalière, en cas d'incapacité temporaire de travail à la suite d'un accident du participant ouvrant droit ou non aux prestations en espèces de la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie.

Franchise :

L'indemnité journalière est versée à compter du 4^e jour d'arrêt de travail après une période d'interruption du travail de 3 jours consécutifs.

Base des prestations :

Le montant de l'indemnité journalière est fixée à 23,52 € par jour dans la limite de 365 jours maximum.

Durée et paiement de la garantie incapacité de travail :

L'indemnité journalière versée directement au participant est payable à réception : des décomptes de la Sécurité sociale, pendant la durée de versement par cet organisme des prestations au titre d'un arrêt de travail pour accident. En cas de refus de prise en charge de la Sécurité sociale le participant doit alors adresser à AUDIENS Prévoyance la notification de refus délivrée par la Sécurité sociale.

Cessation des garanties :

Le service de l'indemnité journalière cesse à la reprise du travail, au paiement de la rente d'invalidité, à la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires et au plus tard le dernier jour de l'année civile du 65^e anniversaire.

2.2 Garantie Invalidité permanente totale:

Objet de la garantie :

Garantir un capital unique, en cas d'invalidité absolue et définitive suite à un accident ouvrant droit à la pension d'invalidité de la Sécurité sociale .

Montant du capital:

le montant du capital s'élève à 22 500 €

Cessation des garanties :

Le capital cesse d'être dû, à la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires et au plus tard le dernier jour de l'année civile du 65^e anniversaire.

3 Garantie Décès - Objet de la garantie :

Garantir le versement d'un capital, au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) au contrat, en cas de décès du participant à la suite d'un accident.

Montant des prestations :

En cas de décès du participant suite à un accident, il est versé au(x) bénéficiaire(s) un capital dont le montant s'élevé à 15 000 €.

Désignation des bénéficiaires

Le ou les bénéficiaires du capital en cas de décès, sont par ordre de priorité :

- Le conjoint non séparé judiciairement,
- A défaut, les enfants légitimes, reconnus ou adoptifs du participant à parts égales entre eux,
- A défaut, les ascendants au premier degré à parts égales entre eux,
- A défaut, les héritiers du participant en proportion de leurs parts héréditaires.

Le participant à la faculté de faire une désignation de bénéficiaire, sur papier libre ou sur un imprimé disponible sur demande auprès d'AUDIENS PRÉVOYANCE.

En cas de changement de situation de famille, lorsque le participant n'a pas confirmé par écrit la désignation faite antérieurement ou n'a pas formulé de nouvelle désignation, la clause type s'applique. En cas de décès, au cours du même événement et sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, du participant et du ou de la totalité des bénéficiaires désignés par le participant, la clause type s'applique également.

4-Option « Module complémentaire » - Objet de la garantie :

Garantir le doublement des garanties Incapacité, Invalidité, Décès à la suite d'un accident prévues au contrat de base. **Cette garantie optionnelle ne peut être souscrite seule.**

Montant des prestations :

- Garantie Incapacité : versement d'une indemnité journalière de 47,04€ par jour au lieu de 23,52€
- Garantie Invalidité : versement d'un capital de 45 000€ au lieu de 22 500€
- Garantie Décès : versement d'un capital de 30 000€ au lieu de 15 000€

5-Option « capital éducation » - Objet de la garantie :

Garantir le versement d'un capital éducation, en cas de décès par accident du participant, à chaque enfant à charge du participant et ou du conjoint, concubin ou co-titulaire d'un PACS. **Cette garantie optionnelle ne peut être souscrite seule.**

Montant des prestations :

Le montant s'élevé à 3 600 € par enfant à charge multiplié par le nombre d'années les séparant de 25 ans.

Durée de l'adhésion

Le contrat est conclu pour une période allant jusqu'au 31 décembre suivant sa date d'effet. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, pour des périodes successives d'un an à défaut de dénonciation par lettre recommandée avec accusé réception avant le 31 octobre de l'année précédente. L'usage du droit de résiliation par le participant entraîne la perte définitive de la possibilité d'une adhésion ultérieure au titre de la même garantie, sauf si cette dénonciation résulte d'une obligation d'adhésion dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire. Dans cette dernière hypothèse, la résiliation prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit la réception de la demande. La résiliation entraîne automatiquement et immédiatement la cessation de la ou des garanties souscrites par le participant et pour les bénéficiaires de ce dernier au titre de la garantie Frais de soins de santé.

Cotisations

Les taux de cotisations détaillés dans le guide pratique adressé au participant sont forfaitaires. Ces dernières sont à la charge exclusive du participant, payables d'avance et sont prélevées mensuellement sur le compte du participant. Le participant est le seul responsable du paiement des cotisations. A défaut de paiement des cotisations (ou fraction de cotisation) dans les conditions énoncées ci-dessus, une mise en demeure est adressée, par lettre recommandée au participant. En l'absence de réponse, dans les 30 premiers jours à compter de la réception de ladite mise en demeure, les garanties sont suspendues. Si le participant ne se manifeste toujours pas, les garanties ayant fait l'objet d'un non paiement de cotisations sont alors résiliées de plein droit à l'issue d'une période de dix jours consécutifs. En tout état de cause, l'institution aura la faculté de poursuivre le recouvrement des cotisations impayées par les voies légales et de réclamer une indemnité équivalente au montant des honoraires et frais de poursuite.

Cessation de l'adhésion

L'adhésion du participant cesse, :

- A la date d'échéance de l'adhésion, en cas de résiliation du participant,
- Si la cotisation n'est pas réglée,
- A la date de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires et au plus tard le dernier jour de l'année civile du 65^e anniversaire. Toutefois, le participant a la faculté de bénéficier de la continuité de sa couverture Frais de santé sur simple demande aux conditions prévues dans le cadre de son nouveau statut.
- En cas de décès du participant, le contrat sera résilié de plein droit, la prorogation des garanties pour les ayants droit bénéficiant de la garantie Frais de santé est possible, mais elle devra faire l'objet d'une nouvelle demande d'adhésion individuelle.

Cessation des garanties

Les garanties prennent fin, pour chaque participant et pour ses ayants droit, à la date de cessation de l'adhésion, telle qu'elle est prévue ci-dessus.

Risques exclus

Sont exclus du présent contrat les frais engagés

Au titre de la garantie Frais de soins de santé :

- Les séjours dans les services gériatriques, maison de retraite,
- Les actes classés hors nomenclature ou non pris en charge par la Sécurité sociale, sauf mention spéciale figurant dans le guide pratique adressé au participant,
- Les actes prescrits antérieurement à la date d'adhésion et postérieurement à la date de cessation des garanties.

Au titre des garanties Incapacité Invalidité et Décès suite à un accident le contrat ne couvre pas les sinistres :

- Causés ou provoqués intentionnellement par le participant ou le(s) bénéficiaire(s),
- Dus à la conduite en état d'ivresse lorsque le taux d'alcoolémie est égal ou supérieur à celui légalement admis dans le pays ou à lieu l'accident,
- Dus à l'usage par le Participant de drogues, stupéfiants ou tranquillisants non prescrits médicalement
- Causés par le suicide ou la tentative de suicide du participant,
- Résultant de la participation du participant à des paris de toute nature (sauf compétitions sportives), à des rixes (sauf en cas de légitime défense), à des crimes
- Résultant de la pratique d'un sport en tant que professionnel ainsi que de la participation même en tant qu'amateur à des courses de véhicules à moteur ou des tentatives de record
- Résultant de l'utilisation, comme pilote, ou membre d'équipage d'un appareil quelconque permettant de se déplacer dans les airs ou de la pratique de tous les sports aériens notamment du delta plane, du parachutisme, du parapente, ou de l'ULM,
- Survenus lorsque le participant est passager d'un appareil de locomotion aérienne qui n'est pas agréé pour le transport de passagers
- Provoqués par une guerre étrangère, le participant ou le bénéficiaire doit prouver que le sinistre résulte d'un autre fait
- Provoqués par une guerre civile, le participant ou le bénéficiaire doit prouver que le sinistre résulte d'un autre fait
- Résultant de crise d'épilepsie, de rupture d'anévrisme, d'un infarctus du myocarde, d'une embolie cérébrale ou d'une hémorragie méningée
- Dus aux effets ou à l'accélération artificielle de particules atomiques ou encore dus à la radiation provenant de radio-isotopes
- De blessures ou de lésions survenues alors que le participant est mobilisé,
- Résultant des conséquences d'un attentat, ou d'une tentative d'attentat si le participant y prend une part active,

Pièces à fournir

Au titre de la garantie frais de soins de santé :

En raison de la mise en place du système NOEMIE, le participant ainsi que ses bénéficiaires peuvent adresser leurs demandes de remboursement directement à la Sécurité sociale et n'ont plus à retourner le décompte établi par la Sécurité sociale au gestionnaire délégué VIVINTER. Ce système est mis en œuvre pour le participant et les personnes inscrites sur sa carte de Sécurité sociale et les bénéficiaires ayant leur numéro Sécurité sociale individuel qui ont manifesté leur volonté d'adopter ce service (sous réserve de bénéficier de la garantie frais de soins de santé), en adressant une copie de leur attestation de carte VITALE. Lorsque le participant ne bénéficie pas du système NOEMIE, il doit remettre à VIVINTER un dossier de demande de prestations, accompagné des pièces justificatives permettant d'apprécier ses droits et le montant du sinistre et, notamment : l'original du décompte de la Sécurité sociale et de tout autre organisme, l'original de la notification de refus de prise en charge par la Sécurité sociale, pour la prise en charge de frais n'ayant pas donné lieu à remboursement de la Sécurité sociale, une facture acquittée des frais réels pour : les prothèses dentaires (le chirurgien-dentiste ou le stomatologue doit mentionner le nombre de dents traitées et la codification des soins et prothèses), l'opticien (l'opticien doit mentionner séparément le prix des verres et celui de la monture), le transport et l'hébergement relatifs aux cures thermales. Au titre de la garantie maternité : le bulletin de naissance de l'enfant, le certificat émanant de l'Aide Sociale à l'Enfance ou d'une œuvre d'adoption autorisée attestant du placement de l'enfant en vue de son adoption plénière et précisant l'âge ou la date de naissance de l'adopté ou, à défaut, copie du jugement d'adoption plénière.

Au titre de la garantie Incapacité :

Tout arrêt de travail d'une durée excédant la période de franchise et susceptible d'ouvrir droit à l'indemnité journalière doit être déclaré dans les 5 jours ouvrés à VIVINTER par le participant. Cette déclaration doit être accompagnée des documents originaux suivants : le certificat du médecin ayant prescrit l'arrêt de travail décrivant les blessures et les circonstances de l'accident. Dans le cas où un procès verbal est dressé, le nom de l'autorité verbalisante

Au titre des garanties Invalidité, Décès :

Le participant ou le(s) bénéficiaire(s) doit déclarer le sinistre dans les 30 jours ouvrés qui suivent la date à laquelle le sinistre est connu, sauf cas fortuit ou de force majeure. La déclaration comprendra :

Une déclaration écrite précisant les circonstances de l'accident, le nom des témoins et l'identité de l'autorité verbalisante si un procès verbal initial est dressé. Le certificat médical initial décrivant les blessures. Les pièces établissant la qualité du bénéficiaire en cas de décès et les noms et adresses du notaire chargé de la succession.

Prescription

Toutes les actions dérivant du présent contrat sont prescrites, c'est à dire ne peuvent plus être exercées au delà de deux ans à compter de l'événement qui leur donne naissance. Toutefois ce délai ne court

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où AUDIENS PRÉVOYANCE en a eu connaissance.
- En cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.

La prescription est portée à dix ans en cas de garantie contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du participant décédé.

Délai de renonciation

Le participant dispose d'un délai de 30 jours de réflexion à compter du premier versement pour exercer son droit de renonciation. Pour obtenir le remboursement intégral de son versement, il doit adresser dans les trente jours à AUDIENS PRÉVOYANCE, une lettre recommandée avec accusé de réception comportant la mention « je déclare renoncer à mon adhésion au contrat Média. Le remboursement de ma cotisation sera effectuée dans le mois qui suit ma demande ».