



NOTICE D'INFORMATION COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

OFFRE PRAGA 100 %
CONVENTION N°228200410

Janvier 2021



réinventons / notre métier

La Notice a pour but de vous informer des termes de la convention d'assurance n° **228200410** conclue entre nous, sociétés d'assurances mandatant des agents généraux, et l'Association PRAGA.

Cette notice d'information annule et remplace la précédente et prend effet au 1^{er} janvier 2021.

Nous utilisons régulièrement les termes suivants :

- **La convention d'assurance n°228200410** est un contrat collectif à adhésion obligatoire pour les Agents généraux et facultative pour les autres couvrant des risques de santé, elle sera le plus souvent désignée par la convention d'assurance.
- **L'assureur** est l'ensemble des sociétés d'assurances mandatant des agents généraux et qui garantissent le risque souscrit. L'apériteur de la coassurance à la date d'effet du contrat est AXA France VIE. Il sera le plus souvent désigné par **nous**.
- **Le souscripteur** est l'Association PRAGA de loi 1901 ci-après dénommée PRAGA qui a conclu la convention d'assurance pour le compte de ses adhérents ; il sera le plus souvent désigné par le **souscripteur**.
- **L'adhérent** désigne selon les cas précisés dans cette notice l'agent général d'assurance actif, retraité ou invalide, appartenant au groupe assuré.

Son adhésion est composée :

- de la présente Notice d'information qui définit le fonctionnement de la convention d'assurance et de la garantie.
- du certificat d'adhésion qui précise l'identité de la personne assurée et la garantie.

L'adhérent sera le plus souvent désigné par **vous**.

- **Les bénéficiaires** sont vous-même et vos ayants droit définis à l'article « Les bénéficiaires de la garantie ».

SOMMAIRE

TITRE I – LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA CONVENTION D’ASSURANCE	4
Article 1. Objet de la convention d’assurance	4
Article 2. Effet et durée de la convention d’assurance	4
Article 3. Information	4
Article 4. La renonciation	4
Article 5. Modification de la convention d’assurance	4
Article 6. Les réclamations	5
Article 7. La prescription	5
Article 8. La législation relative au traitement des données à caractère personnel	6
Article 9. Les mesures de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	7
Article 10. Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale	7
TITRE II – LES DISPOSITIONS COMMUNES À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ	8
Article 11. Les bénéficiaires	8
Article 12. Vos remboursements de frais de santé	8
Article 13. Les montants des garanties	11
Article 14. La téléconsultation médicale	16
TITRE III – LES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À LA SESSION CONTRACTUELLE 2282004100000 .	17
Article 15. Groupe assurable - Agents généraux en activité	17
Article 16. Date d’effet de votre adhésion et durée des garanties - Agents généraux en activité	18
Article 17. Les cotisations - Agents généraux en activité	18
TITRE IV – LES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À LA SECTION CONTRACTUELLE 2282004101000P ET 2282004104010P	21
Article 18. Groupe assurable - Agents généraux d’assurance non actifs	21
Article 19. Date d’effet de votre adhésion et durée des garanties - Agents généraux d’assurance non actifs	22
Article 20. Les cotisations - Agents généraux d’assurance non actifs	23
TITRE V – LES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À LA SECTION CONTRACTUELLE 2282004105010Y	25
Article 21. Groupe assurable - Bénéficiaires de la loi Evin	25
Article 22. Date d’effet de votre adhésion et durée des garanties - Bénéficiaires de la loi Evin	25
Article 23. Les cotisations - Bénéficiaires de la loi Evin	27
TITRE VI – LES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À LA SECTION CONTRACTUELLE 2282004102010M	29
Article 24. Groupe assurable - Invalides CAVAMAC	29
Article 25. Date d’effet de votre adhésion et durée des garanties - Invalides CAVAMAC	30
Article 26. Les cotisations - Invalides CAVAMAC	31
TITRE VII – LES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À LA SECTION CONTRACTUELLE 2282004103010Z	33
Article 27. Groupe assurable - Invalides PRAGA	33
Article 28. Date d’effet de votre adhésion et durée des garanties - Invalides PRAGA	33
Article 29. Les cotisations - Invalides PRAGA	35

TITRE I – LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA CONVENTION D'ASSURANCE

ARTICLE 1. OBJET DE LA CONVENTION D'ASSURANCE

PRAGA, Association loi de 1901 dont le siège est situé au 30 rue Olivier Noyer, Paris (75014), a conclu une convention d'assurance de groupe à adhésion facultative, avec l'ensemble des sociétés d'assurances mandatant des agents généraux et qui garantissent le risque souscrit.

L'apériteur de la coassurance à la date d'effet du contrat est AXA France VIE, dont le siège social est à Nanterre (92727), 313 Terrasses de l'Arche, pour garantir, pour les personnes appartenant au groupe assurable et répondant aux conditions d'adhésion (Article « Groupe assurable »), le remboursement total ou partiel des dépenses de santé décrite dans les pages suivantes et réalisées entre la date de début et la date de fin de la garantie, selon les dispositions du titre « Vos garanties frais de santé ».

Elle est régie par le Code des assurances. Notre autorité de contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

Elle est émise dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables et solidaires », défini aux articles L 871-1, R-871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale et est conforme aux dispositions de la réforme du « 100% santé », instituée par la loi 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale pour 2019.

La convention N°228200410 est de plus émise dans le cadre de la loi du 11 février 1994, dite loi Madelin, qui autorise, pour les personnes relevant du régime obligatoire des travailleurs non-salariés (TNS), non agricoles, la déductibilité fiscale des cotisations sous certaines limites et conditions.

ARTICLE 2. EFFET ET DURÉE DE LA CONVENTION D'ASSURANCE

La convention d'assurance signée entre PRAGA et l'assureur est conclue à effet du 1er janvier 2006. Elle est en vigueur jusqu'au 31 décembre de l'année de sa prise d'effet et se reconduit par accord tacite au 1er janvier de chaque année.

ARTICLE 3. INFORMATION

Le souscripteur s'engage à vous remettre un exemplaire de la notice précisant les modalités d'application de la garantie et à vous informer par tout moyen à sa convenance des modifications contractuelles.

La preuve de la remise de la notice à l'adhérent et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe au souscripteur.

Lorsque vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses et conditions d'application de la convention notamment à l'adhésion ou en cas d'application de la garantie, vous pouvez vous adresser en priorité à votre interlocuteur habituel auprès de l'association PRAGA qui est en mesure d'étudier toutes vos demandes.

ARTICLE 4. LA RENONCIATION

Pour les adhérents dont l'adhésion n'est pas rendue obligatoire, vous disposez d'un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion et au plus tard à compter du jour d'encaissement du premier versement, pour renoncer à cette adhésion.

La renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception envoyée à :

**Association PRAGA - Service Santé et prévoyance - 30 Rue Olivier Noyer –
CS n° 51432 - 75676 Paris Cedex 14 – relations.clients@praga-assurances.fr**

ARTICLE 5. MODIFICATION DE LA CONVENTION D'ASSURANCE

Une décision législative ou réglementaire peut entraîner une modification des conditions préexistantes de l'assurance ou de la portée de nos engagements. Dans ce cas, nous procédons à la révision de la convention à laquelle vous avez adhéré. En particulier, la convention sera automatiquement révisée en fonction des évolutions législatives et réglementaires concernant les contrats dits « responsables ».

La convention peut également être modifiée d'un commun accord entre l'assureur et l'Association contractante. Les nouvelles conditions prennent alors effet le 1er janvier de l'année suivant notre accord, ou avant cette date d'un commun accord.

Toute modification de vos droits et obligations sera portée par écrit à votre connaissance par l'Association PRAGA, conformément à l'article L 141-4 du Code des assurances.

Jusqu'à la date d'effet de cette modification, les dispositions antérieures continuent de s'appliquer à votre adhésion sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et d'application immédiate. Les adhérents dont l'adhésion n'est pas rendue obligatoire pourront résilier leur adhésion en raison de ces modifications dans les deux mois suivant leur notification.

Le paiement de la nouvelle cotisation vaut acceptation des conditions modifiées.

ARTICLE 6. LES RÉCLAMATIONS

Indépendamment de votre droit d'engager une action en justice, si, après avoir contacté votre interlocuteur privilégié APRIA RSA, quant au règlement des prestations par téléphone ou par courrier, une incompréhension subsiste, vous pouvez faire appel au Service Relation Clientèle en écrivant à l'adresse suivante :

AXA Santé et Collectives
Direction Relations Clientèle
TSA 46 307
95901 Cergy Pontoise cedex 9

en précisant le nom et le numéro de votre contrat ainsi que vos coordonnées complètes.

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin.

Les délais de traitement de votre réclamation sont les suivants : un accusé de réception vous sera adressé dans un délai de 10 jours et vous recevrez une réponse dans un délai de 60 jours (sauf survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont nous vous tiendrons informés).

Si aucune solution n'a été trouvée, dans un délai d'un an à compter de la date de réception de la réclamation écrite que vous nous avez adressée, vous pourrez ensuite faire appel au Médiateur, personnalité indépendante, en vous adressant à l'association La Médiation de l'Assurance à l'adresse suivante :

Par mail : sur le site www.mediation-assurance.org
Par courrier : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09

L'intervention du médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera un avis dans un délai de 90 jours à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas et vous laissera toute liberté pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

ARTICLE 7. LA PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions de l'article L114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

- Les causes ordinaires d'interruption de la prescription auxquelles l'article L. 114-2 du Code des assurances fait référence sont :
- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (Article 2240 du Code civil).
- La demande en justice, même en référé, qui interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (Article 2241 du Code civil).
- L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (Article 2242 du Code civil).
- L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (Article 2243 du Code civil).
- Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (Article 2244 du Code civil).
- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (Article 2245 du Code civil).

- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (Article 2246 du Code civil).

Conformément à l'article L114-3 du Code des Assurances, par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

ARTICLE 8. LA LÉGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Dans le cadre de votre relation avec une société du groupe AXA pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours en tant qu'assuré. Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Elles seront uniquement communiquées aux sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR). Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités de l'assureur.

Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par email (service.informationclient@axa.fr) ou par courrier (AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez www.axa.fr/donnees-personnelles.html

ARTICLE 9. LES MESURES DE LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

L'Assureur, en sa qualité d'organisme financier, est soumis aux obligations légales de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme issues principalement du code monétaire et financier (articles L. 561-1 et suivants du code monétaire et financier).

Afin de permettre à l'Assureur de respecter ces obligations, le Souscripteur s'engage à remettre à ce dernier les éléments et justificatifs d'identification et de connaissance client qui lui sont relatifs. Le souscripteur s'engage à fournir les éléments et justificatifs d'identification et de connaissance clients de ses adhérent obtenus soit directement, soit par l'intermédiaire d'une tierce personne délégataire du souscripteur. Ces éléments devront être obtenus a minima au moment de la délivrance de la prestation au profit de l'adhérent. En vertu du principe de vigilance constante, l'ensemble des éléments communiqués devront être actualisés tout au long de la relation d'affaires.

Le souscripteur s'engage par ailleurs à ce que les sommes qui sont ou seront versées par ses soins au titre de ce contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de toute autre infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an et ne participent pas au financement du terrorisme.

En cas de non-respect de ces différentes obligations et dans les cas légalement prévus, l'Assureur réalisera une déclaration de soupçon auprès de TRACFIN ou toute autre démarche auprès des autorités compétentes conformément à la réglementation susvisée.

ARTICLE 10. LES MESURES RESTRICTIVES DÉFINIES PAR LA RÉGLEMENTATION FRANÇAISE ET INTERNATIONALE

Le présent contrat sera sans effet et Axa ne sera pas tenu de payer une indemnité ou de fournir des garanties au titre du présent contrat dès lors que l'exécution du contrat exposerait Axa aux sanctions, interdictions ou aux restrictions résultant des résolutions des Nations Unies ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois ou règlements édictées par l'Union européenne, le Royaume Uni ou les Etats-Unis d'Amérique.

TITRE II – LES DISPOSITIONS COMMUNES À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

Lorsqu'un bénéficiaire engage des dépenses de santé pour cause de maladie, ou d'accident, la garantie prévoit le versement de prestations définies ci-après, **qui comprennent les remboursements de la Sécurité sociale** et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés.

Les prestations de remboursement des frais de santé ont un caractère indemnitaire. Nous pouvons donc exercer toute action contre les tiers responsables de la situation du bénéficiaire pour recouvrer les sommes que nous avons engagées. (L131-2 du Code des Assurances).

ARTICLE 11. LES BÉNÉFICIAIRES

En tant qu'adhérent, vous êtes bénéficiaire de la garantie. Vos ayants droit peuvent également bénéficier de la garantie. Pour cela, ils doivent être déclarés à l'assureur et la cotisation correspondante doit être payée.

Vos ayants droit sont définis ci-après :

- Votre conjoint non divorcé ni séparé judiciairement et bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale,
 - Est assimilé à votre conjoint, dans le cas où votre situation ne correspond pas à celle décrite ci-dessus, votre partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou, à défaut, votre concubin s'il bénéficie d'un régime de Sécurité sociale. Selon le cas, une copie du Pacte civil de solidarité ou un justificatif de domicile commun devra nous être communiqué. Le Concubin doit répondre à la définition de l'article L 518-8 du Code civil ; il ne doit ni être marié ni lié par un Pacte civil de solidarité à un tiers.
 - Vos enfants et ceux de votre conjoint :
 - jusqu'à leur 20ème anniversaire, s'ils sont à votre charge fiscalement (ou à celle de votre conjoint),
- jusqu'à leur 28ème anniversaire, s'ils remplissent une des conditions suivantes :
- ils sont affiliés au régime de la Sécurité sociale des étudiants,
 - ils suivent des études secondaires ou supérieures, ou une formation en apprentissage ou en alternance,
 - ils effectuent leur service national volontaire,
 - ils sont à la recherche d'un premier emploi, inscrits au Pôle Emploi et ont 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 personne handicapée (Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) ou Allocation pour Adulte Handicapé (AAH)), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 28^{ème} anniversaire,

L'adhérent est tenu de communiquer et au plus tard dans un délai d'un mois, ses changements d'adresse, les modifications survenues dans ses charges de famille, quelle qu'en soit la cause (mariage, divorce, vie maritale, PACS, naissance, ...) au moyen d'une pièce officielle.

A défaut de déclaration dans le délai d'un mois qui suit ce changement, les éléments déclarés prendront effet à la date à laquelle les services de l'Association PRAGA ou APRIA-RSA en auront connaissance.

L'assureur fonde son engagement sur la foi des déclarations écrites de l'agent général d'assurance, présumées exactes et sincères. En conséquence, toute omission volontaire, indication fautive ou incomplète de l'agent général d'assurance est passible des sanctions prévues par les articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances.

ARTICLE 12. VOS REMBOURSEMENTS DE FRAIS DE SANTÉ

Contrat responsable

Votre convention est émise dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables », conformément aux articles L 871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale et est conforme aux dispositions de la réforme du « 100% santé », instituée par la loi 2018-1203 du 22 décembre 2019 de financement de la Sécurité sociale pour 2019.

En conséquence :

Elle prend en charge :

- l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, et éventuellement pour les frais de cures thermales, les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré.
- l'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée. Cette obligation ne concerne pas le forfait journalier des établissements médicaux sociaux ni les frais de cure thermale.
- l'intégralité des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente : PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).
- l'intégralité des verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis au deuxième alinéa de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente - PLV) en application de l'article L. 165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).
- les verres et monture de classe B à tarifs libres dans la double limite des minima et maxima fixés par décret.
- à effet du 1er janvier 2021, l'intégralité des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L. 165-3 du code de la sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).
- à effet du 1er janvier 2021, les aides auditives de classe 2 à tarifs libres dans la double limite des minima et maxima fixés par décret.

Elle ne prend pas en charge :

- les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5.
- la majoration de la participation de l'adhérent et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical, ni les participations forfaitaires (sauf celles prévues légalement sur certains actes tels que les actes lourds).
- les dépassements des Prix Limite de Vente (PLV) des soins dentaires prothétiques à prise en charge renforcée ou à tarifs limités, les verres et monture de classe A et les aides auditives de classe 1 lorsque le professionnel de santé ne respecte pas ses engagements conventionnels.

Et de manière générale, elle respecte les obligations et interdictions de prise en charge définies dans ce cadre législatif et réglementaire. Les garanties de la convention sont automatiquement adaptées en cas de modifications de celles-ci.

En outre, la présente convention :

- vous permet et à vos ayants droit le cas échéant, de bénéficier du tiers-payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité avec les professionnels de santé qui le pratiquent
- reprend l'ensemble des libellés normés et les exemples de remboursement en euros, conformément à l'engagement sur la lisibilité des garanties pris par les assureurs complémentaires envers les pouvoirs publics.

12.1 Les frais que nous prenons en charge

Nous vous remboursons, en fonction des montants et limites du régime PRAGA 100, les frais engagés par les bénéficiaires, s'ils font l'objet d'une prescription médicale. Ces frais doivent avoir donné lieu à un remboursement de votre régime obligatoire.

Toutefois, certains frais n'ayant pas donné lieu à un remboursement de votre régime obligatoire peuvent ouvrir droit à prestation lorsque la mention en est expressément faite dans votre tableau de garanties.

Nous prenons en charge les frais réalisés entre la date de début et la date de fin de garantie.

Nous ne prenons pas en charge les frais ayant fait l'objet d'un refus administratif de la Sécurité sociale. Nous ne prenons pas en charge les séjours et frais relatifs :

- Aux établissements et services sociaux, médico-sociaux, médico-pédagogiques,
- Aux établissements ou unités de longs séjours ;
- Aux établissements ou unités pour personnes âgées.

Les dépassements d'honoraires ou frais excédant les bases de remboursement de la Sécurité sociale sont pris en charge s'ils figurent sur le décompte de cette dernière, sauf s'ils concernent des interdictions de prise en charge du « contrat responsable ».

Vous bénéficiez du tiers payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité.

ARTICLE 13. LES MONTANTS DES GARANTIES

Les remboursements ci-dessous sont présentés y compris ceux de la Sécurité sociale française et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, et dans le respect du parcours de soins. Nous remboursons aussi certaines prestations non prises en charge par la Sécurité sociale. Sauf mention contraire, les remboursements exprimés en euros interviennent en complément du régime obligatoire.

Le cumul de nos prestations, des remboursements du régime obligatoire et de tout autre organisme ne peut dépasser le montant des frais réels engagés.

MONTANT DES PRESTATIONS INTÉGRANT LES REMBOURSEMENTS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

HOSPITALISATION	
Hospitalisation chirurgicale et médicale (y compris frais maternité)	
Frais de séjour	
dans un établissement conventionné	125 % BR
dans un établissement non conventionné	125 % BR
Honoraires	
Médecins adhérents à l'un des DPTAM	145 % BR
Médecins non adhérents à l'un des DPTAM	125 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % Forfait
Forfait actes lourds (1)	100 % Forfait
Chambre particulière (par jour)	1 % PMSS

(1) Définition : pour les actes dépassant un certain tarif, le ticket modérateur qui reste à votre charge est remplacé par une participation forfaitaire de 24 euros.

Nous prenons en charge les frais, exposés en établissement public ou privé, liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ayant donné lieu à une intervention de la sécurité sociale. Les frais exposés pour un traitement ou une surveillance particulière dans le cadre de l'hospitalisation à domicile sont également pris en charge.

L'indemnisation :

- 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 ou mentale,
- est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Au-delà des 30 jours, la garantie est limitée au ticket modérateur. Cette limitation à 30 jours ne s'applique pas au forfait journalier.

Les frais d'hospitalisation liés à un accouchement (y compris les dépassements d'honoraires) sont pris en charge dès le premier jour au titre de l'hospitalisation.

DENTAIRE	
Soins et prothèses 100% Santé *	100 % PLV
Soins (Hors 100% Santé)	
Consultations, soins courants, radiologie et parodontologie, pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR
Prothèses (Hors 100% Santé) y compris Inlays Onlays d'obturation et Inlay Core	
à tarifs limités **	100 % BR dans la limite de 100 % PLV
à tarifs libres ***	100 % BR
Orthodontie	
Orthopédie dento-faciale prise en charge par la Sécurité sociale	100 % BR

* **Soins et prothèses 100% Santé** : tels que définis règlementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (**Prix Limite de Vente : PLV**) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du **Montant Remboursé** par la Sécurité sociale (**MR**).

** **Prothèses à tarifs limités** : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses 100% Santé" dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (**Prix Limite de Vente : PLV**) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du **Montant Remboursé** par la Sécurité sociale (**MR**).

*** **Prothèses à tarifs libres** : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité Sociale.

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux

Consultation et visite d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR
Consultation et visite d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR
Consultation et visite d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR
Consultation et visite d'un médecin spécialiste non adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR

Imagerie médicale

Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR

Analyses et examens de laboratoire

pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR
--	----------

Honoraires paramédicaux

Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues	100 % BR
---	----------

Médicaments

Médicament pris en charge par la Sécurité sociale à 65%, 30% et 15%	100 % BR
Homéopathie prescrite non remboursée par la Sécurité Sociale par bénéficiaire et par an	60 €

Matériel Médical

Appareillage, prothèses, produits et prestations diverses, pris en charge par la Sécurité sociale.	100 % BR
--	----------

AIDES AUDITIVES

La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

A partir du 1er janvier 2021

Equipements 100% Santé* (Classe 1)	100 % PLV
Equipements à tarifs libres (Classe 2)	
Adulte (Bénéficiaire de 21 ans ou plus)	400 €
Enfant (Bénéficiaire de moins de 21 ans)	1 400 €

Les garanties des équipements auditifs exprimées en euros intègrent le remboursement du régime obligatoire.

Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR
--	----------

* **Equipements 100% Santé** : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (**Prix Limite de Vente : PLV**) en application de l'article L. 165-3 du code de la sécurité sociale et sous déduction du **Montant Remboursé** par la Sécurité sociale (**MR**).

AUTRES POSTES

Frais de Transport	100 % BR
---------------------------	----------

Cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale	
---	--

Frais médicaux, de séjour et de transport	100 % BR
---	----------

PRÉVENTION

Vaccins pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR
--	----------

Vaccin antigrippal	100 % FR
--------------------	----------

Détartrage annuel complet sus et sous gingival , effectué en deux séances maximum	100 % BR
---	----------

OPTIQUE

Verres et monture

Equipements 100% Santé *	100 % PLV
--------------------------	-----------

Verres et monture à tarifs libres (classe B)	
--	--

Monture	100 % BR
---------	----------

Verres en fonction du type de défaut de vision et du niveau de correction, et pour chacun des verres	100 % BR
--	----------

En cas d'équipement mixte 100% santé et à tarif libre, la garantie de l'équipement à tarif libre est sous déduction du remboursement des verres ou de la monture 100% santé.

Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans.

* **Equipements 100% Santé** : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis au deuxième alinéa de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (**Prix Limite de Vente - PLV**) en application de l'article L. 165-3 et sous déduction du **Montant Remboursé** par la Sécurité sociale (**MR**).

Autres postes optiques

Les lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire	100 % BR
---	----------

Implant intraoculaire multifocal posé à l'occasion de l'opération de la cataracte	100 % BR
---	----------

QUELQUES DÉFINITIONS

DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée. Les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2.

PMSS : Pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

BR : Base de remboursement : Tarif servant de référence à la sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.

TM : Ticket modérateur est égal à la Base de remboursement (BR) moins le montant remboursé par la Sécurité Sociale, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux.

FR : Frais réels.

PLV : Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le code de la Sécurité sociale.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS (INFORMATIONS NON CONTRACTUELLES) :

Conformément à notre engagement sur la lisibilité des garanties, vous trouverez ci-après les exemples de remboursement (dont les exemples normés) en euros correspondant aux garanties de votre contrat. Les montants servant de référence dans les exemples normés sont les tarifs nationaux moyens mis à disposition par l'Union Nationale des Organismes Complémentaire à l'Assurance Maladie (UNOCAM). Ces exemples sont en complément du régime général, en secteur conventionné pour les assurés non considérés en Affection Longue Durée (ALD) par la Sécurité sociale.

Exemples de remboursements (Informations non contractuelles)

Conformément à notre engagement sur la lisibilité des garanties, vous trouverez ci-dessous les exemples de remboursement (dont les exemples normés) en euros correspondant aux garanties de votre contrat. Les montants servant de référence dans les exemples normés sont les tarifs nationaux moyens mis à disposition par l'Union Nationale des Organismes Complémentaire à l'Assurance Maladie (UNOCAM). Ces exemples sont en complément du régime général, en secteur conventionné pour les assurés non considérés en Affection Longue Durée (ALD) par la Sécurité sociale.

PRAGA 100	Montant servant de référence		Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Précisions
Hospitalisation						
Forfait journalier hospitalier	Tarif réglementaire	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €	Hors hospitalisation en milieu psychiatrique
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	Prix moyen national de l'acte	355,00 €	247,70 €	107,30 €	0,00 €	Opération de la cataracte (acte BFG/004) Une hospitalisation peut entraîner plusieurs types de frais (honoraires mais aussi séjour...). Si est pratiqué un acte dit lourd, le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 €, à sa charge ou à celle de son organisme complémentaire d'assurance maladie.
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	Prix moyen national de l'acte	431,00 €	247,70 €	91,93 €	91,38 €	Opération de la cataracte (acte BFG/004) Une hospitalisation peut entraîner plusieurs types de frais (honoraires mais aussi séjour...). Si est pratiqué un acte dit lourd, le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 €, à sa charge ou à celle de son organisme complémentaire d'assurance maladie.
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de pontage de l'aorte thoracique	Prix moyen national de l'acte	2 500,00 €	982,07 €	275,52 €	1 242,41 €	Opération de pontage de l'aorte thoracique (acte DGCAB1) Une hospitalisation peut entraîner plusieurs types de frais (honoraires mais aussi séjour...). Si est pratiqué un acte dit lourd, le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 €, à sa charge ou à celle de son organisme complémentaire d'assurance maladie.
Optique						
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	Prix limite de vente	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0,00 €	Myopie entre -4 et -6 sur chaque œil
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	Prix moyen national de l'acte	345,00 €	0,09 €	0,06 €	344,85 €	Myopie entre -4 et -6 sur chaque œil avec une monture au tarif de 145 € et 2 verres au tarif de 200€ (Hors réseau I'dis)
Dentaire						
Détartrage	Tarif conventionnel	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0,00 €	
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	Honoraire limite de facturation	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €	
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires	Prix moyen national de l'acte	538,70 €	84,00 €	36,00 €	418,70 €	
Couronne céramo-métallique sur molaires	Prix moyen national de l'acte	538,70 €	75,25 €	32,25 €	431,20 €	
Aides auditives						
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	Prix limite de vente	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €	Pour adulte de 21 ans et plus
Aide auditive de classe II par oreille	Prix moyen national de l'acte	1 478,00 €	240,00 €	160,00 €	1 078,00 €	Pour adulte de 21 ans et plus
Aide auditive de classe II par oreille haute gamme	Prix moyen national de l'acte	2 000,00 €	240,00 €	160,00 €	1 800,00 €	Pour adulte de 21 ans et plus
Soins courants						
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	Prix moyen national de l'acte	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	Tarif conventionnel	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	Prix moyen national de l'acte	44,00 €	20,00 €	9,00 €	15,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	Prix moyen national de l'acte	58,00 €	15,10 €	6,90 €	34,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un professeur en médecine avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	Prix moyen national de l'acte	330,00 €	47,30 €	20,70 €	282,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale

ARTICLE 14. LA TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE

La téléconsultation est une consultation médicale par téléphone ou par vidéo, assurée par un médecin inscrit à l'Ordre des Médecins.

C'est un service accessible 24h/24, 7j/7, partout dans le monde, réservé aux bénéficiaires AXA France. L'entretien est protégé par le secret médical.

Avec l'accord du patient, un compte-rendu est envoyé au médecin traitant, qui reste au centre du parcours de soin. S'il le juge nécessaire, une ordonnance peut être délivrée au patient et avec son accord, partout dans l'Union européenne. Si une situation d'urgence est détectée, le patient est orienté vers un service d'urgence.

Le service est autorisé par la CNIL et les données sont hébergées en France auprès d'un hébergeur agréé et sont conservées 20 ans.

La téléconsultation AXA ne se substitue ni au médecin traitant, ni aux urgences, ni à une consultation spécialisée, notamment psychologique, ni aux consultations nécessitant un examen clinique ou des examens complémentaires spécialisés. Aucun arrêt de travail, certificat médical ou renouvellement d'ordonnance ne peut être délivré.

La cotisation correspondant à cette garantie est incluse dans le taux de cotisation du contrat, le service correspondant est compris dans les charges de prestations.

TITRE III – LES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À LA SESSION CONTRACTUELLE 2282004100000

Agents généraux en activité

Le présent Titre a pour objet de compléter la section contractuelle sus désignée par les dispositions suivantes propres aux agents généraux d'assurance en activité tels que définis ci-dessous.

Votre adhésion

ARTICLE 15. GROUPE ASSURABLE - AGENTS GÉNÉRAUX EN ACTIVITÉ

Le groupe assurable est composé des agents généraux d'assurance en activité définis au paragraphe ci-dessous, appelés adhérents.

L'agent général d'assurance au sens du présent contrat est toute personne physique nommée ou agréée par une ou des sociétés d'assurances et dont l'activité :

1. Relève du statut de la profession d'Agent général d'assurance, défini par :
 - Les décrets n°49-317 du 5 mars 1949, concernant les branches incendie, accidents et risques divers et n°50-1608 du 28 décembre 1950 concernant la branche vie, modifiés par le décret n°66-771 du 11 octobre 1966, pour les mandats délivrés avant le 1er janvier 1997 ;
 - L'article 1^{er} du décret n°96-902 du 15 octobre 1996, concernant toutes les branches, pour les mandats délivrés à compter du 1er janvier 1997 ;
2. Est exercée :
 - A titre libéral,
 - Ou au sein d'une société de capitaux en qualité :
 - D'associé gérant majoritaire ou appartenant à un collège de gérance majoritaire de société à responsabilité limitée,
 - D'associé commandité gérant de société en commandite par action.
 - Ou en qualité d'entrepreneur individuel à responsabilité limitée.

15.1 Adhésion à titre obligatoire découlant du traité ou de la lettre de nomination

Sont obligatoirement assurées et cotisantes les personnes physiques exerçant la profession d'agent général d'assurance telle que définies ci-dessus.

Les agents généraux d'assurance nouvellement nommés sont obligatoirement assurés et cotisants dès la date de leur nomination.

L'adhésion qui est obligatoire, découle du traité ou de la lettre de nomination de l'agent général personne physique ou personne morale.

Au moment de l'adhésion qui est irrévocable pour la durée de son mandat, l'adhérent autorise une fois pour toutes ses sociétés mandantes :

- A communiquer annuellement le montant de ses commissions et rémunérations brutes liées à l'exercice du mandat au souscripteur ;
- A débiter son compte de la cotisation à sa charge au profit du souscripteur, par délégation de l'assureur.

La cotisation versée au titre du présent contrat bénéficie de la déductibilité fiscale prévue par l'article 41 de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 « dite loi Madelin » relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle dans les conditions fixées par l'article 154 bis du Code Général des Impôts. Pour bénéficier du régime fiscal prévu par les articles 24 et 41 de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 dite loi Madelin, vous devez justifier que vous êtes à jour du paiement des cotisations au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse en produisant lors de votre adhésion, une copie de votre carte d'assuré social en cours de validité ainsi que l'attestation délivrée par la Caisse d'assurance vieillesse. Ces documents doivent être remis à jour chaque année.

En cas de déclaration inexacte ou de non-respect de cette obligation, votre adhésion est entachée de nullité et les peines sanctionnant cette infraction sont encourues (articles L 652-4 et R 652-1 du Code de la Sécurité sociale).

ARTICLE 16. DATE D'EFFET DE VOTRE ADHÉSION ET DURÉE DES GARANTIES - AGENTS GÉNÉRAUX EN ACTIVITÉ

16.1 Date d'effet de votre adhésion

Votre adhésion prend effet, sous réserve du paiement de votre première cotisation, à la date d'admission à l'assurance soit :

- A la date d'effet du contrat, quand l'adhérent est déjà membre du groupe
- Dès la date de nomination pour les agents généraux nouvellement nommés

Votre adhésion est renouvelable chaque année à son échéance principale par tacite reconduction.

16.2 Le début de vos garanties

Vos garanties prennent effet à la date de votre adhésion, pour vous-même et vos ayants droit désignés auprès de l'assureur.

Lorsque vos ayants droit sont affiliés postérieurement à votre adhésion, la prise d'effet de leurs garanties est définie à l'article « Les bénéficiaires ».

Nous remboursons les soins dont la date de réalisation, figurant sur le décompte du régime obligatoire ou la facture du praticien le cas échéant, est comprise entre le début et la fin de la garantie.

16.3 La fin de vos garanties

L'adhérent et par voie de conséquence ses ayants droit tels que définis à l'article « Les bénéficiaires » cessent de bénéficier de la garantie à la fin de l'exercice au cours duquel l'adhérent sort du groupe assurable.

Une fois admis au contrat, l'adhérent ne peut en être exclu contre son gré, tant qu'il fait partie du groupe assurable, sauf en cas de réticence, d'omission, de déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, à la condition que la cotisation ait été payée.

Toutefois, en cas de décès de l'adhérent en cours d'exercice, les ayants droit qui lui sont rattachés, continuent d'être garantis, sans paiement de cotisation, pendant au maximum douze mois suivant le jour du décès.

ARTICLE 17. LES COTISATIONS - AGENTS GÉNÉRAUX EN ACTIVITÉ

La cotisation due par les agents généraux actifs vaut pour l'adhérent et ses ayants droit.

Tous impôts, contributions et taxes, auxquels la convention d'assurance est ou sera assujettie, sont à votre charge et sont inclus dans la cotisation.

Le taux de cotisation est déterminé quel que soit l'âge de l'adhérent par l'application d'un pourcentage sur les assiettes de calcul de la cotisation définies ci-dessous.

Ce pourcentage figure dans l'annexe de la présente notice.

17.1 Assiettes de la cotisation

- Cas général

La cotisation d'un exercice civil est calculée en pourcentage du montant total des commissions et rémunérations brutes liées à l'exercice du mandat, perçues auprès des sociétés mandantes et déclarées par elles à l'administration fiscale, au début de chaque année pour l'année civile précédente, conformément à l'article 240 du Code Général des Impôts.

Le montant total des commissions et rémunérations brutes liées à l'exercice du mandat servant de base de calcul des cotisations est limité par un « plafond » dont le montant est fixé selon les modalités prévues par le décret n°67-1169 du 22 décembre 1967 modifié relatif au Régime d'Assurance Vieillesse Complémentaire des agents généraux d'assurance.

La variation annuelle de ce plafond qui sert également de base au régime d'assurance vieillesse complémentaire de la CAVAMAC est définie dans les statuts de cette institution.

Le montant total des commissions et rémunérations brutes liées à l'exercice du mandat visées ci-dessus est communiqué au souscripteur dès qu'elles ont été déclarées aux services fiscaux et, au plus tard, pour le 1er mars de chaque année.

- Cas particuliers

a) Adhérents nouvellement nommés

Les adhérents nouvellement nommés versent une cotisation prorata temporis, calculée sur la base du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur l'année de leur nomination.

b) Adhérents résidant hors métropole

Lorsque des adhérents acceptés dans le contrat opèrent sur un territoire non soumis à la législation fiscale de la Métropole, les commissions et rémunérations de base sont celles que déclarent les compagnies à l'administration fiscale.

c) Adhérents associés

Lorsque deux ou plusieurs adhérents sont associés dans l'exploitation d'une agence générale, la part de chacun d'eux est supposée égale au quotient du montant total des commissions et rémunérations brutes de l'Agence par les nombres d'associés, sauf convention spéciale avec les sociétés représentées par lesdits agents généraux, ou constatation d'un état de fait habituel et permanent établi par des attestations fiscales.

d) Exercice en société agent général

Pour les adhérents exerçant leur activité au sein d'une société de capitaux- en qualité d'associé gérant de société à responsabilité limitée ou d'associé commandité gérant d'une société en commandite par actions- la totalité des commissions et rémunérations brutes liées à l'exercice du mandat, perçue par la société « agent général » est retenue avec une répartition entre les différents adhérents, au prorata de la part de capital détenue par chacun d'eux.

Pour les adhérents associés ou exerçant en société la règle du « plafond » s'applique à la part de chaque adhérent.

17.2 Révision des cotisations

A chaque échéance annuelle, les cotisations peuvent être révisées en fonction des résultats techniques de la convention d'assurance. Par ailleurs elles peuvent être modifiées pour des motifs d'ordre législatif ou réglementaire tels que la modification des forfaits journaliers hospitaliers ; dans ce cas, les changements s'appliquent à la première échéance rencontrée.

17.3 Les modalités de règlement des cotisations

La cotisation est payable à l'assureur, par l'intermédiaire du souscripteur, en deux fractions semestrielles, la première au cours du 1er trimestre de l'exercice, la seconde au cours du 3ème trimestre.

La première fraction est un acompte égal à 50 % de la cotisation calculée sur les commissions et rémunérations brutes liées à l'exercice du mandat de l'avant-dernière année civile écoulée ; celui-ci ne pouvant être inférieur à 50 % de la cotisation de l'exercice précédent.

La seconde fraction est égale à la différence entre la cotisation due au titre de l'exercice et l'acompte versé.

La cotisation est versée au souscripteur par les sociétés mandantes, selon les modalités fixées par l'association PRAGA. La cotisation doit alors être soldée pour le 30 novembre.

17.4 Défaut de paiement des cotisations

Si le règlement ne nous parvient pas dans les délais réglementaires, nous adressons au Souscripteur, responsable de la collecte des cotisations, une mise en demeure par lettre recommandée dont les conséquences sont les suivantes (article L 113-3 du Code des assurances) :

- la suspension des garanties trente jours après son envoi,
- la résiliation du contrat. La résiliation entraîne la fin des garanties du présent contrat pour l'ensemble des adhérents, sans autre avis, dix jours plus tard, soit quarante jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure.

Pour éviter la résiliation du contrat, le règlement complet de la cotisation doit être envoyé avant l'expiration du délai de quarante jours.

De plus, conformément aux dispositions de l'article L 141-3 du Code des assurances, le souscripteur peut exclure un adhérent du bénéfice du contrat, s'il cesse d'acquitter sa cotisation ou si le lien qui les unit est rompu. L'adhésion sera résiliée au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi, dix jours après la date d'échéance du paiement des cotisations, d'une lettre de mise en demeure.

TITRE IV – LES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À LA SESSION CONTRACTUELLE 2282004101000P ET 2282004104010P

Agents généraux d'assurance non actifs

Le présent Titre a pour objet de compléter la section contractuelle sus désignée par les dispositions suivantes propres aux agents généraux d'assurance non actifs tels que définis ci-dessous.

Votre adhésion

ARTICLE 18. GROUPE ASSURABLE - AGENTS GÉNÉRAUX NON ACTIFS

Il est composé des adhérents définis ci-après :

- Des agents généraux d'assurance retraités, appelés ci-après adhérents, titulaires d'une pension de retraite servie par la CAVAMAC au titre du régime d'assurance vieillesse complémentaire sous réserve qu'ils aient été adhérents au présent contrat en qualité d'agents généraux d'assurance en activité- tels que définis ci-dessus- au titre de l'exercice précédent.

Les ayants droit des agents généraux d'assurance retraités tels que définis au paragraphe « Bénéficiaires » de cette notice bénéficient également des garanties.

- Du conjoint survivant d'un agent général d'assurance, titulaire d'une rente de conjoint survivant servie par l'assureur au titre du contrat n°2282004150000 ou d'une pension de réversion servie par la CAVAMAC au titre du régime d'assurance vieillesse complémentaire.
- Des titulaires d'une rente de conjoint survivant servie par le contrat invalidité/ retraite de réversion PRAGA résilié au 31/12/2003.
- Des bénéficiaires d'une rente d'orphelin servie par la CAVAMAC au titre du régime d'assurance vieillesse.
- Des bénéficiaires d'une rente d'éducation servie par l'assureur au titre du contrat n°2282004160000.

18.1 Les formalités d'adhésion

Pour bénéficier de notre garantie, les adhérents doivent répondre aux critères suivants :

- appartenir au groupe assurable ;
- avoir manifesté leur volonté d'adhérer au présent contrat.

En vue de bénéficier de l'assurance, vous devez nous faire parvenir les pièces suivantes :

- la demande d'adhésion, que nous vous avons fournie, dûment complétée et signée,
- votre attestation d'assuré social et celle de vos bénéficiaires,
- une copie de votre pièce d'identité en cours de validité, carte d'identité ou passeport (si l'adresse figurant sur cette pièce est différente de celle délivrée sur le bulletin d'adhésion, joindre un justificatif de moins de 3 mois),
- un mandat de prélèvement SEPA,
- un RIB (relevé d'identité bancaire) ou RICE (relevé d'identité Caisse d'Épargne).

ARTICLE 19. DATE D'EFFET DE VOTRE ADHÉSION ET DURÉE DES GARANTIES - AGENTS GÉNÉRAUX NON ACTIFS

19.1 Date d'effet de votre adhésion

Sous réserve du paiement de la première cotisation, l'adhésion prend effet le premier jour de la date d'effet de l'une des prestations indiquées à l'article « Groupe assurable - Agents généraux d'assurance non actifs ».

Votre adhésion est renouvelable chaque année à son échéance principale par tacite reconduction.

19.2 Fin de l'adhésion

- o À votre initiative

Vous pouvez mettre fin à votre adhésion :

- À chaque échéance annuelle, en notifiant votre résiliation avec un préavis minimum de deux mois. La date d'expédition de votre notification de résiliation fait foi pour le respect du délai.
- Si vous adhérez à un contrat collectif obligatoire d'entreprise sous réserve de nous en apporter la preuve. La résiliation sera effective au dernier jour du mois au cours duquel nous en aurons eu connaissance.
- À tout moment sans frais ni pénalités, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. Dans ce cas la résiliation prend effet à la date que vous souhaitez et au plus tôt un mois après la réception de votre notification de résiliation.

Dans ces trois hypothèses, votre demande de résiliation doit nous être notifiée, conformément à l'article L 113-14 du Code des assurances :

- Par lettre simple ou recommandée envoyée à l'adresse postale PRAGA - Service Santé et Prévoyance - 30, rue Olivier Noyer CS N° 51432 - 75676 Paris cedex 14 de manière à accélérer la prise en compte de votre demande, à défaut, à l'adresse de notre siège social.
- Par voie électronique à l'adresse suivante : relations.clients@praga-assurances.fr, que vous ayez ou non procédé à une souscription électronique, ou choisi ultérieurement la relation électronique pour l'exécution de votre contrat.
A réception de la notification, une confirmation écrite vous sera adressée précisant la date de prise d'effet de la résiliation.

Vous n'êtes redevable que de la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. En cas de trop perçu, le solde éventuel vous sera remboursé dans un délai de trente jours à compter de la date de résiliation. En cas de restant dû, il devra être acquitté selon les dispositions concernant le règlement des cotisations prévues contractuellement.

Si votre résiliation a pour motif la souscription d'un contrat auprès d'un nouvel assureur et que celui-ci effectue les formalités de résiliation pour votre compte, les garanties de votre contrat seront maintenues, sous réserve du paiement des cotisations, jusqu'à la date d'effet du nouveau contrat d'assurance.

- o À notre initiative

Nous pouvons mettre fin à votre adhésion dans les cas suivants :

- En cas de cessation du paiement des cotisations, selon les modalités de l'article « les cotisations - Agents généraux d'assurance non actifs » ;
- Si vous ne remplissez plus les conditions d'admission à l'adhésion.

19.3 Le début de vos garanties

Vos garanties prennent effet à la date de votre adhésion pour vous-même et vos ayants droit désignés sur votre bulletin d'adhésion.

Lorsque vos ayants droit sont affiliés postérieurement à votre adhésion, la prise d'effet de leurs garanties est définie à l'article « Les bénéficiaires ».

Nous remboursons les soins dont la date de réalisation, figurant sur le décompte du régime obligatoire ou la facture du praticien le cas échéant, est comprise entre le début et la fin de la garantie.

19.4 La fin de vos garanties

Les garanties pour vous-même et vos ayants droits :

- De plein droit et sans aucune formalité, au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel vous ne répondez plus aux conditions d'admission dans le groupe assurable,
- au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel intervient la demande de résiliation de votre adhésion, suivant les modalités prévues à l'article « Fin de l'adhésion »,
- Dans tous les cas, la garantie des ayants droit cesse dès que ceux-ci ne répondent plus aux définitions du paragraphe « les Bénéficiaires » de cette notice.

Toutefois, en cas de décès de l'adhérent en cours d'exercice, les ayants droit qui lui sont rattachés au titre du paragraphe « Bénéficiaires » de cette notice continuent d'être garantis, sans paiement de cotisation, pendant au maximum douze mois suivant le jour du décès.

Votre adhésion enregistrée, vous ne pouvez être exclu contre votre gré tant que vous faites partie du groupe assurable, sauf en cas de réticence, d'omission, de déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, et à la condition que la cotisation ait été payée.

Une fois sorti du groupe assurable, un adhérent ne peut en aucun cas reformuler une demande d'adhésion au présent contrat. Toute sortie du contrat est définitive.

ARTICLE 20. LES COTISATIONS - AGENTS GÉNÉRAUX NON ACTIFS

La cotisation due par les agents d'assurance retraités vaut pour l'adhérent et ses ayants droit.

Tous impôts, contributions et taxes, auxquels la convention d'assurance est ou sera assujettie, sont à votre charge et sont inclus dans la cotisation.

Le taux de cotisation est déterminé quel que soit l'âge de l'adhérent par l'application d'un pourcentage sur les assiettes de calcul de la cotisation définies ci-dessous.

Ce pourcentage figure dans l'annexe de la présente notice.

20.1 Assiettes de calcul de la cotisation

- Cas général

Pour les adhérents retraités, les conjoints survivants et les orphelins d'assurés bénéficiaires d'une pension RCO servie par la CAVAMAC, le montant de la cotisation est calculé en pourcentage du montant total de la prestation annuelle servie par la CAVAMAC au titre du régime d'assurance vieillesse complémentaire, ou par l'assureur au titre de la garantie « rente de conjoint survivant ».

Pour les adhérents retraités et conjoints survivants titulaires d'une pension de réversion servie par la CAVAMAC au titre du régime d'assurance vieillesse complémentaire, il est instauré une cotisation forfaitaire minimale calculée sur la base d'une valeur égale à 53 000 points CAVAMAC. Il n'est pas dû de cotisation sur la fraction supérieure à une valeur égale à 90 000 points CAVAMAC.

Pour les titulaires d'une rente de conjoint survivant servie par l'assureur au titre du contrat n°2282004150000 et pour les titulaires d'une rente de conjoint survivant servie par le contrat invalidité/retraite de réversion PRAGA résilié au 31/12/2003 le montant de la cotisation est calculé en pourcentage du montant total de la prestation annuelle servie au titre de ce contrat.

- Cas particulier des bénéficiaires d'une rente d'éducation servie par l'assureur

Pour les bénéficiaires d'une rente éducation servie par l'assureur, la cotisation est fixée en pourcentage du plafond annuel de la Sécurité sociale, en vigueur l'année précédant l'exercice considéré.

Ce pourcentage figure dans l'annexe de la présente notice.

20.2 Les modalités de règlement des cotisations

Pour les adhérents bénéficiaires d'une pension servie par la CAVAMAC, et pour les bénéficiaires d'une rente de conjoint survivant servie par le contrat invalidité/retraite de réversion PRAGA résilié au 31/12/2003, le montant de la cotisation annuelle est payable :

- Soit par fraction mensuelle par prélèvement bancaire ou postal effectué d'avance par le souscripteur ;
- Soit annuellement et d'avance : le paiement est effectué par carte bancaire, par virement bancaire ou par chèque libellé à l'ordre du souscripteur.

Le paiement de la cotisation est effectué auprès du souscripteur qui est responsable du versement de la cotisation auprès de l'assureur.

Pour les adhérents bénéficiaires d'une prestation servie par l'assureur, la cotisation est prélevée par l'assureur, sur ladite prestation.

20.3 Défaut de paiement des cotisations

Si le règlement ne nous parvient pas dans les délais réglementaires, nous adressons à l'entité responsable de la collecte des cotisations, une mise en demeure par lettre recommandée dont les conséquences sont les suivantes (article L 113-3 du Code des assurances) :

- la suspension des garanties trente jours après son envoi,
- la résiliation du contrat. La résiliation entraîne la fin des garanties du présent contrat pour l'ensemble des adhérents, sans autre avis, dix jours plus tard, soit quarante jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure.

Pour éviter la résiliation du contrat, le règlement complet de la cotisation doit être envoyé avant l'expiration du délai de quarante jours.

De plus, conformément aux dispositions de l'article L 141-3 du Code des assurances, le souscripteur peut exclure un adhérent du bénéfice du contrat, s'il cesse d'acquitter sa cotisation ou si le lien qui les unit est rompu. L'adhésion sera résiliée au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi, dix jours après la date d'échéance du paiement des cotisations, d'une lettre de mise en demeure.

TITRE V – LES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À LA SESSION CONTRACTUELLE 2282004105010Y

Bénéficiaires de la loi Evin

Le présent Titre a pour objet de compléter la section contractuelle sus désignée par les dispositions suivantes propres aux bénéficiaires de la loi Evin tels que définis ci-dessous.

Votre adhésion

ARTICLE 21. GROUPE ASSURABLE - BÉNÉFICIAIRES DE LA LOI EVIN

Il est composé des adhérents sortant du groupe assuré défini au titre III de cette notice, bénéficiaires des dispositions de l'article 6 de la loi du 31 décembre 1989 dite « Loi Evin » et qui cessent de représenter leurs sociétés mandantes, sans prise de retraite. Les adhérents doivent en faire la demande expresse auprès de l'assureur dans les six mois suivant la date de cessation de l'activité.

Les membres de leur famille, définis au paragraphe « Bénéficiaires » de cette notice peuvent bénéficier de la garantie s'ils sont désignés par les adhérents sur leur bulletin d'adhésion, sous réserve du paiement de leur cotisation.

21.1 Les formalités d'adhésion

En vue de bénéficier de l'assurance, vous devez nous faire parvenir les pièces suivantes :

- la demande d'adhésion, que nous vous avons fournie, dûment complétée et signée,
- votre attestation d'assuré social et celle de vos bénéficiaires,
- une copie de votre pièce d'identité en cours de validité, carte d'identité ou passeport (si l'adresse figurant sur cette pièce est différente de celle délivrée sur le bulletin d'adhésion, joindre un justificatif de moins de 3 mois),
- un mandat de prélèvement SEPA,
- un RIB (relevé d'identité bancaire) ou RICE (relevé d'identité Caisse d'Épargne).

21.2 En cours d'adhésion

Vous devez nous fournir, dans les plus brefs délais et avant soixante jours, les informations relatives aux changements de votre situation de famille. :

- pour tout nouveau bénéficiaire,
 - en cas de changement de situation de famille :
 - conjoint : une copie de l'acte de mariage ;
 - partenaire ou concubin tel que défini à l'article « Les bénéficiaires de la garantie » : selon le cas, une copie du Pacte civil de solidarité ou un justificatif de domicile commun,
 - enfant : une copie de l'acte de naissance ;
 - en cas d'évènement de la vie (départ à la retraite, perte d'emploi) qui justifierait l'adhésion à une nouvelle complémentaire santé.
 - Certificat de radiation de votre précédente complémentaire santé
- Si vous ou vos ayants droit ne souhaitez plus bénéficier de vos garanties santé, vous devez nous restituer l'attestation de tiers payant dans les plus brefs délais.

La désignation d'un nouveau bénéficiaire induit le paiement d'une nouvelle cotisation.

ARTICLE 22. DATE D'EFFET DE VOTRE ADHÉSION ET DURÉE DES GARANTIES - BÉNÉFICIAIRES DE LA LOI EVIN

22.1 Date d'effet de votre adhésion

Sous réserve du paiement de la première cotisation, votre adhésion prend effet le premier jour du mois suivant la réception, par le souscripteur, de la demande d'adhésion.

22.2 Fin de l'adhésion

- À votre initiative

Vous pouvez mettre fin à votre adhésion :

- À chaque échéance annuelle, en notifiant votre résiliation avec un préavis minimum de deux mois. La date d'expédition de votre notification de résiliation fait foi pour le respect du délai.
- Si vous adhérez à un contrat collectif obligatoire d'entreprise sous réserve de nous en apporter la preuve. La résiliation sera effective au dernier jour du mois au cours duquel nous en aurons eu connaissance.
- À tout moment sans frais ni pénalités, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. Dans ce cas la résiliation prend effet à la date que vous souhaitez et au plus tôt un mois après la réception de votre notification de résiliation.

Dans ces trois hypothèses, votre demande de résiliation doit nous être notifiée, conformément à l'article L 113-14 du Code des assurances :

- Par lettre simple ou recommandée envoyée à l'adresse postale PRAGA - Service Santé et Prévoyance - 30, rue Olivier Noyer CS N° 51432 - 75676 Paris cedex 14 de manière à accélérer la prise en compte de votre demande, à défaut, à l'adresse de notre siège social.
- Par voie électronique à l'adresse suivante : relations.clients@praga-assurances.fr, que vous ayez ou non procédé à une souscription électronique, ou choisi ultérieurement la relation électronique pour l'exécution de votre contrat.
A réception de la notification, une confirmation écrite vous sera adressée précisant la date de prise d'effet de la résiliation.

Vous n'êtes redevable que de la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. En cas de trop perçu, le solde éventuel vous sera remboursé dans un délai de trente jours à compter de la date de résiliation. En cas de restant dû, il devra être acquitté selon les dispositions concernant le règlement des cotisations prévues contractuellement.

Si votre résiliation a pour motif la souscription d'un contrat auprès d'un nouvel assureur et que celui-ci effectue les formalités de résiliation pour votre compte, les garanties de votre contrat seront maintenues, sous réserve du paiement des cotisations, jusqu'à la date d'effet du nouveau contrat d'assurance.

- À notre initiative

Nous pouvons mettre fin à votre adhésion dans les cas suivants :

- En cas de cessation du paiement des cotisations, selon les modalités de l'article « les cotisations - Bénéficiaires de la loi Evin » ;
- Si vous ne remplissez plus les conditions d'admission à l'adhésion.

22.3 Le début de vos garanties

Vos garanties prennent effet à la date de votre adhésion pour vous-même et vos ayants droit désignés sur votre bulletin d'adhésion.

Lorsque vos ayants droit sont affiliés postérieurement à votre adhésion, la prise d'effet de leurs garanties est définie à l'article « Les bénéficiaires » de cette notice.

Nous remboursons les soins dont la date de réalisation, figurant sur le décompte du régime obligatoire ou la facture du praticien le cas échéant, est comprise entre le début et la fin de la garantie.

22.4 La fin de vos garanties

Les garanties prennent fin, pour vous-même et vos ayants droit :

- au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel vous ne répondez plus aux conditions d'admission dans le groupe assurable,
- au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel intervient la demande de résiliation de votre adhésion, suivant les modalités prévues à l'article « Fin de l'adhésion »,

Votre adhésion enregistrée, vous ne pouvez être exclu contre votre gré tant que vous faites partie du groupe assurable, sauf en cas de réticence, d'omission, de déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, et à la condition que la cotisation ait été payée.

ARTICLE 23. LES COTISATIONS - BÉNÉFICIAIRES DE LA LOI Evin

Le montant de la cotisation annuelle, par adhérent et pour chaque membre de sa famille bénéficiaire de la garantie est déterminé par application d'un pourcentage au moment du plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur l'année précédant l'exercice considéré.

Ce pourcentage figure dans l'annexe de la présente notice.

Le montant de la cotisation est déterminé en fonction, de votre âge et de celui de vos bénéficiaires l'année d'échéance. L'âge est déterminé au 1er janvier de l'année par différence de millésime.

Les bénéficiaires au contrat doivent être désignés par l'adhérent sur son bulletin d'adhésion et la cotisation correspondante doit être payée.

Vos cotisations sont réajustées à compter du 1er janvier en fonction de votre année de naissance et de celles de vos bénéficiaires.

Tous impôts, contributions et taxes, auxquels la convention d'assurance est ou sera assujettie, sont à votre charge et sont inclus dans la cotisation.

La première année, la cotisation est appliquée au prorata temporis entre la date d'effet de l'adhésion et le 31 décembre de l'exercice.

23.1 Révision des cotisations

Les cotisations peuvent être révisées annuellement en fonction des résultats techniques de la convention d'assurance. Les nouvelles cotisations qui en résultent sont applicables dès l'échéance trimestrielle qui suit la date de mise en vigueur du nouveau tarif.

Vous en êtes informés par l'envoi de votre avis d'échéance ou de l'avis de prélèvement.

23.2 Les modalités de règlement des cotisations

Le montant de la cotisation est payable :

- Soit par fraction mensuelle par prélèvement bancaire ou postal effectué d'avance par le souscripteur ;
- Soit annuellement et d'avance : le paiement est effectué par carte bancaire, par virement bancaire ou par chèque libellé à l'ordre du souscripteur.

Le paiement de la cotisation est effectué auprès du souscripteur qui est responsable du versement de la cotisation auprès de l'assureur.

23.3 Défaut de paiement des cotisations

Si le règlement ne nous parvient pas dans les délais réglementaires, nous adressons à l'entité responsable de la collecte des cotisations, une mise en demeure par lettre recommandée dont les conséquences sont les suivantes (article L 113-3 du Code des assurances) :

- la suspension des garanties trente jours après son envoi,
- la résiliation du contrat. La résiliation entraîne la fin des garanties du présent contrat pour l'ensemble des adhérents, sans autre avis, dix jours plus tard, soit quarante jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure.

Pour éviter la résiliation du contrat, le règlement complet de la cotisation doit être envoyé avant l'expiration du délai de quarante jours.

De plus, conformément aux dispositions de l'article L 141-3 du Code des assurances, le souscripteur peut exclure un adhérent du bénéfice du contrat, s'il cesse d'acquitter sa cotisation ou si le lien qui les unit est rompu. L'adhésion sera résiliée au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi, dix jours après la date d'échéance du paiement des cotisations, d'une lettre de mise en demeure.

TITRE VI – LES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À LA SESSION CONTRACTUELLE 2282004102010M

Invalides CAVAMAC

Le présent Titre a pour objet de compléter la section contractuelle sus désignée par les dispositions suivantes propres aux invalides CAVAMAC tels que définis ci-dessous.

Votre adhésion

ARTICLE 24. GROUPE ASSURABLE - INVALIDES CAVAMAC

Il est composé des agents généraux d'assurance, appelés ci-après adhérents :

- Reconnus invalides, ayant cessé toute activité professionnelle, se trouvant dans l'attente de percevoir une pension d'invalidité professionnelle servie par le régime d'assurance invalidité décès de la CAVAMAC.
- Titulaires d'une pension d'invalidité professionnelle servie par le même régime.

Les membres de leur famille définis au paragraphe « Bénéficiaires » de cette notice, bénéficient également des garanties du présent contrat, sous réserve du paiement de leur cotisation pendant le délai s'écoulant entre la cessation d'activité et le premier jour du trimestre suivant celui au cours duquel intervient le premier versement de la pension d'invalidité servie par la CAVAMAC au titre du régime d'assurance invalidité décès.

24.1 Les formalités d'adhésion

En vue de bénéficier de l'assurance, vous devez nous faire parvenir les pièces suivantes :

- la demande d'adhésion, que nous vous avons fournie, dûment complétée et signée,
- votre attestation d'assuré social et celle de vos bénéficiaires,
- une copie de votre pièce d'identité en cours de validité, carte d'identité ou passeport (si l'adresse figurant sur cette pièce est différente de celle délivrée sur le bulletin d'adhésion, joindre un justificatif de moins de 3 mois),
- un mandat de prélèvement SEPA,
- un RIB (relevé d'identité bancaire) ou RICE (relevé d'identité Caisse d'Épargne).

Au moment de son adhésion, l'adhérent autorise une fois pour toutes le souscripteur :

- A communiquer annuellement à l'assureur le montant brut des prestations servies par les Régimes d'Assurance Vieillesse Complémentaire et Invalidité –décès de la CAVAMAC ;
- A débiter son compte de la cotisation à sa charge, par délégation de l'assureur.

24.2 En cours d'adhésion

Pour les adhérents reconnus invalides, ayant cessé toute activité professionnelle, se trouvant dans l'attente de percevoir une pension d'invalidité professionnelle servie par le régime d'assurance invalidité décès de la CAVAMAC la désignation d'un nouveau bénéficiaire induit le paiement d'une nouvelle cotisation.

Ces adhérents devront nous fournir, dans les plus brefs délais et avant soixante jours, les informations relatives aux changements de votre situation de famille :

- pour tout nouveau bénéficiaire,
 - en cas de changement de situation de famille :
 - conjoint : une copie de l'acte de mariage ;
 - partenaire ou concubin tel que défini à l'article « Les bénéficiaires de la garantie » : selon le cas, une copie du Pacte civil de solidarité ou un justificatif de domicile commun,

- enfant : une copie de l'acte de naissance ;
- en cas d'évènement de la vie (départ à la retraite, perte d'emploi) qui justifierait l'adhésion à une nouvelle complémentaire santé.
- Certificat de radiation de votre précédente complémentaire santé
- Si vous ou vos ayants droit ne souhaitez plus bénéficier de vos garanties santé, vous devez nous restituer l'attestation de tiers payant dans les plus brefs délais.

ARTICLE 25. DATE D'EFFET DE VOTRE ADHÉSION ET DURÉE DES GARANTIES - INVALIDES CAVAMAC

25.1 Date d'effet de votre adhésion

L'adhésion prend effet le premier jour du mois suivant la réception, par le souscripteur de la demande d'adhésion.

Votre adhésion est renouvelable chaque année à son échéance principale par tacite reconduction.

25.2 Fin de l'adhésion

- À votre initiative

Vous pouvez mettre fin à votre adhésion :

- À chaque échéance annuelle, en notifiant votre résiliation avec un préavis minimum de deux mois. La date d'expédition de votre notification de résiliation fait foi pour le respect du délai.
- Si vous adhérez à un contrat collectif obligatoire d'entreprise sous réserve de nous en apporter la preuve. La résiliation sera effective au dernier jour du mois au cours duquel nous en aurons eu connaissance.
- À tout moment sans frais ni pénalités, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. Dans ce cas la résiliation prend effet à la date que vous souhaitez et au plus tôt un mois après la réception de votre notification de résiliation.

Dans ces trois hypothèses, votre demande de résiliation doit nous être notifiée, conformément à l'article L 113-14 du Code des assurances :

- Par lettre simple ou recommandée envoyée à l'adresse postale PRAGA - Service Santé et Prévoyance - 30, rue Olivier Noyer CS N° 51432 - 75676 Paris cedex 14 de manière à accélérer la prise en compte de votre demande, à défaut, à l'adresse de notre siège social.
 - Par voie électronique à l'adresse suivante : relations.clients@praga-assurances.fr, que vous ayez ou non procédé à une souscription électronique, ou choisi ultérieurement la relation électronique pour l'exécution de votre contrat.
- A réception de la notification, une confirmation écrite vous sera adressée précisant la date de prise d'effet de la résiliation.

Vous n'êtes redevable que de la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. En cas de trop perçu, le solde éventuel vous sera remboursé dans un délai de trente jours à compter de la date de résiliation. En cas de restant dû, il devra être acquitté selon les dispositions concernant le règlement des cotisations prévues contractuellement.

Si votre résiliation a pour motif la souscription d'un contrat auprès d'un nouvel assureur et que celui-ci effectue les formalités de résiliation pour votre compte, les garanties de votre contrat seront maintenues, sous réserve du paiement des cotisations, jusqu'à la date d'effet du nouveau contrat d'assurance.

- À notre initiative

Nous pouvons mettre fin à votre adhésion dans les cas suivants :

- En cas de cessation du paiement des cotisations, selon les modalités de l'article « les cotisations - Invalides CAVAMAC » ;
- Si vous ne remplissez plus les conditions d'admission à l'adhésion.

25.3 Le début de vos garanties

Vos garanties prennent effet à la date de votre adhésion pour vous-même et vos ayants droit désignés sur votre bulletin d'adhésion.

Lorsque vos ayants droit sont affiliés postérieurement à votre adhésion, la prise d'effet de leurs garanties est définie à l'article « Les Bénéficiaires ».

Nous remboursons les soins dont la date de réalisation, figurant sur le décompte du régime obligatoire ou la facture du praticien le cas échéant, est comprise entre le début et la fin de la garantie.

25.3 La fin de vos garanties

Les garanties prennent fin, pour vous-même et vos ayants droit :

- au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel vous ne répondez plus aux conditions d'admission dans le groupe assurable,
- au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel intervient la demande de résiliation de votre adhésion, suivant les modalités prévues à l'article « Fin de l'adhésion »,

Dans tous les cas, la garantie des ayants droit cesse dès que ceux-ci ne répondent plus aux définitions du paragraphe « Bénéficiaires » de cette notice.

Toutefois, en cas de décès de l'adhérent en cours d'exercice, les ayants droit qui lui sont rattachés au titre du paragraphe « Bénéficiaires » de cette notice continuent d'être garantis, sans paiement de cotisation, pendant les douze mois suivant le jour du décès. Cette disposition n'est pas applicable aux adhérents reconnus invalides, ayant cessé toute activité professionnelle servie par le régime d'assurance invalidité décès de la CAVAMAC.

Une fois admis au contrat, l'adhérent ne peut en être exclu contre son gré, tant qu'il fait partie du groupe assurable, sauf en cas de réticence, d'omission, de déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, à la condition que la cotisation ait été payée.

ARTICLE 26. LES COTISATIONS - INVALIDES CAVAMAC

- Pendant le délai s'écoulant entre la cessation d'activité et le premier jour du trimestre suivant celui au cours duquel intervient le premier versement de la pension d'invalidité servie par la CAVAMAC au titre du régime d'assurance invalidité décès.

Les adhérents sont exonérés de cotisation.

Les membres de leur famille définis au paragraphe « Bénéficiaires » de cette notice, bénéficient également des garanties du présent contrat.

Les bénéficiaires doivent être désignés par l'adhérent sur son bulletin d'adhésion.

- A compter du premier jour du trimestre suivant celui au cours duquel intervient le premier versement de la pension d'invalidité.

La cotisation vaut pour l'adhérent et ses ayants droit.

Le taux de cotisation est déterminé par application d'un pourcentage s'appliquant au montant total annuel brut de la pension d'invalidité servie par la CAVAMAC au titre du régime d'assurance invalidité décès. Ce pourcentage figure dans l'annexe de la présente notice.

Tous impôts, contributions et taxes, auxquels la convention d'assurance est ou sera assujettie, sont à votre charge et sont inclus dans la cotisation.

La première année, la cotisation est appliquée au prorata temporis entre la date d'effet de l'adhésion et le 31 décembre de l'exercice.

26.1 Révision des cotisations

Les cotisations peuvent être révisées annuellement en fonction des résultats techniques de la convention d'assurance. Les nouvelles cotisations qui en résultent sont applicables dès l'échéance trimestrielle qui suit la date de mise en vigueur du nouveau tarif.

Vous en êtes informés par l'envoi de votre avis d'échéance ou de l'avis de prélèvement.

26.2 Les modalités de règlement des cotisations

Le montant de la cotisation annuelle est payable :

- Soit par fraction mensuelle par prélèvement bancaire ou postal effectué d'avance par le souscripteur ;
- Soit annuellement et d'avance : le paiement est effectué par carte bancaire, par virement bancaire ou par chèque libellé à l'ordre du souscripteur.

Le paiement de la cotisation est effectué auprès du souscripteur qui est responsable du versement de la cotisation auprès de l'assureur.

26.3 Défaut de paiement des cotisations

Si le règlement ne nous parvient pas dans les délais réglementaires, nous adressons à l'entité responsable de la collecte des cotisations, une mise en demeure par lettre recommandée dont les conséquences sont les suivantes (article L 113-3 du Code des assurances) :

- la suspension des garanties trente jours après son envoi,
- la résiliation du contrat. La résiliation entraîne la fin des garanties du présent contrat pour l'ensemble des adhérents, sans autre avis, dix jours plus tard, soit quarante jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure.

Pour éviter la résiliation du contrat, le règlement complet de la cotisation doit être envoyé avant l'expiration du délai de quarante jours.

De plus, conformément aux dispositions de l'article L 141-3 du Code des assurances, le souscripteur peut exclure un adhérent du bénéfice du contrat, s'il cesse d'acquitter sa cotisation ou si le lien qui les unit est rompu. L'adhésion sera résiliée au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi, dix jours après la date d'échéance du paiement des cotisations, d'une lettre de mise en demeure.

TITRE VII – LES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À LA SESSION CONTRACTUELLE 2282004103010Z

Invalides PRAGA

Le présent Titre a pour objet de compléter la section contractuelle sus désignée par les dispositions suivantes propres aux invalides PRAGA tels que définis ci-dessous.

Votre adhésion

ARTICLE 27. GROUPE ASSURABLE - INVALIDES PRAGA

Il est composé des agents généraux d'assurance, appelés ci-après adhérents, titulaires d'une rente d'invalidité PRAGA servie par l'ancien contrat invalidité résilié au 31/12/2003.

27.1 Les formalités d'adhésion

En vue de bénéficier de l'assurance, vous devez nous faire parvenir les pièces suivantes :

- la demande d'adhésion, que nous vous avons fournie, dûment complétée et signée,
- votre attestation d'assuré social et celle de vos bénéficiaires,
- une copie de votre pièce d'identité en cours de validité, carte d'identité ou passeport (si l'adresse figurant sur cette pièce est différente de celle délivrée sur le bulletin d'adhésion, joindre un justificatif de moins de 3 mois),
- un mandat de prélèvement SEPA,
- un RIB (relevé d'identité bancaire) ou RICE (relevé d'identité Caisse d'Épargne).

Lors de l'adhésion, l'adhérent autorise une fois pour toutes le souscripteur à communiquer annuellement à l'assureur le montant brut des prestations servies par l'assureur du contrat invalidité résilié au 31/12/2003.

ARTICLE 28. DATE D'EFFET DE VOTRE ADHÉSION ET DURÉE DES GARANTIES - INVALIDES PRAGA

28.1 Date d'effet de votre adhésion

Sous réserve du paiement de la première cotisation, l'adhésion prend effet le premier jour du mois suivant la réception, par le souscripteur de la demande d'adhésion.

Votre adhésion est renouvelable chaque année à son échéance principale par tacite reconduction.

28.2 Fin de l'adhésion

- À votre initiative

Vous pouvez mettre fin à votre adhésion :

- À chaque échéance annuelle, en notifiant votre résiliation avec un préavis minimum de deux mois. La date d'expédition de votre notification de résiliation fait foi pour le respect du délai.
- Si vous adhérez à un contrat collectif obligatoire d'entreprise sous réserve de nous en apporter la preuve. La résiliation sera effective au dernier jour du mois au cours duquel nous en aurons eu connaissance.
- À tout moment sans frais ni pénalités, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. Dans ce cas la résiliation prend effet à la date que vous souhaitez et au plus tôt un mois après la réception de votre notification de résiliation.

Dans ces trois hypothèses, votre demande de résiliation doit nous être notifiée, conformément à l'article L 113-14 du Code des assurances :

- Par lettre simple ou recommandée envoyée à l'adresse postale PRAGA - Service Santé et Prévoyance - 30, rue Olivier Noyer CS N° 51432 - 75676 Paris cedex 14 de manière à accélérer la prise en compte de votre demande, à défaut, à l'adresse de notre siège social.

- Par voie électronique à l'adresse suivante : relations.clients@praga-assurances.fr, que vous ayez ou non procédé à une souscription électronique, ou choisi ultérieurement la relation électronique pour l'exécution de votre contrat.
A réception de la notification, une confirmation écrite vous sera adressée précisant la date de prise d'effet de la résiliation.

Vous n'êtes redevable que de la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. En cas de trop perçu, le solde éventuel vous sera remboursé dans un délai de trente jours à compter de la date de résiliation. En cas de restant dû, il devra être acquitté selon les dispositions concernant le règlement des cotisations prévues contractuellement.

Si votre résiliation a pour motif la souscription d'un contrat auprès d'un nouvel assureur et que celui-ci effectue les formalités de résiliation pour votre compte, les garanties de votre contrat seront maintenues, sous réserve du paiement des cotisations, jusqu'à la date d'effet du nouveau contrat d'assurance.

- o À notre initiative

Nous pouvons mettre fin à votre adhésion dans les cas suivants :

- En cas de cessation du paiement des cotisations, selon les modalités de l'article « les cotisations - Invalides PRAGA » ;
- Si vous ne remplissez plus les conditions d'admission à l'adhésion.

28.3 Le début de vos garanties

Vos garanties prennent effet à la date de votre adhésion pour vous-même et vos ayants droit désignés sur votre bulletin d'adhésion.

Lorsque vos ayants droit sont affiliés postérieurement à votre adhésion, la prise d'effet de leurs garanties est définie à l'article « Les Bénéficiaires ».

Nous remboursons les soins dont la date de réalisation, figurant sur le décompte du régime obligatoire ou la facture du praticien le cas échéant, est comprise entre le début et la fin de la garantie.

28.4 La fin de vos garanties

Les garanties prennent fin, pour vous-même et vos ayants droit :

- au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel vous ne répondez plus aux conditions d'admission dans le groupe assurable ;
- au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel intervient la demande de résiliation de votre adhésion, suivant les modalités prévues à l'article « Fin de l'adhésion »;

Dans tous les cas, la garantie des bénéficiaires cesse dès que ceux-ci ne répondent plus aux définitions du paragraphe « Bénéficiaires » de cette notice.

Toutefois, en cas de décès de l'adhérent en cours d'exercice, les ayants droit qui lui sont rattachés au titre du paragraphe « Bénéficiaires » de cette notice continuent d'être garantis, sans paiement de cotisation, pendant les douze mois suivant le jour du décès.

Une fois admis au contrat, l'adhérent ne peut en être exclu contre son gré, tant qu'il fait partie du groupe assurable, sauf en cas de réticence, d'omission, de déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, à la condition que la cotisation ait été payée.

ARTICLE 29. LES COTISATIONS - INVALIDES PRAGA

La cotisation due vaut pour l'adhérent et ses ayants droit.

Tous impôts, contributions et taxes, auxquels la convention d'assurance est ou sera assujettie, sont à votre charge et sont inclus dans la cotisation.

Le taux de cotisation est déterminé quel que soit l'âge de l'adhérent par l'application d'un pourcentage sur le montant total annuel brut de la rente d'invalidité PRAGA servie par l'ancien contrat invalidité/retraite de réversion PRAGA résilié au 31/12/2003.

29.1 Révision des cotisations

Les cotisations peuvent être révisées annuellement en fonction des résultats techniques de la convention d'assurance. Les nouvelles cotisations qui en résultent sont applicables dès l'échéance trimestrielle qui suit la date de mise en vigueur du nouveau tarif.

Vous en êtes informés par l'envoi de votre avis d'échéance ou de l'avis de prélèvement.

29.2 Les modalités de règlement de la cotisation

Le montant de la cotisation annuelle est payable d'avance au 1^{er} janvier de chaque année. La cotisation est versée auprès du souscripteur par l'assureur du contrat invalidité/retraite de réversion PRAGA résilié au 31/12/2003.

29.3 Défaut de paiement des cotisations

Si le règlement ne nous parvient pas dans les délais réglementaires, nous adressons à l'entité responsable de la collecte des cotisations, une mise en demeure par lettre recommandée dont les conséquences sont les suivantes (article L 113-3 du Code des assurances) :

- la suspension des garanties trente jours après son envoi,
- la résiliation du contrat. La résiliation entraîne la fin des garanties du présent contrat pour l'ensemble des adhérents, sans autre avis, dix jours plus tard, soit quarante jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure.

Pour éviter la résiliation du contrat, le règlement complet de la cotisation doit être envoyé avant l'expiration du délai de quarante jours.

De plus, conformément aux dispositions de l'article L 141-3 du Code des assurances, le souscripteur peut exclure un adhérent du bénéfice du contrat, s'il cesse d'acquitter sa cotisation ou si le lien qui les unit est rompu. L'adhésion sera résiliée au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi, dix jours après la date d'échéance du paiement des cotisations, d'une lettre de mise en demeure.

0
r
u
e
O
l
i
v
i
e
r
N
o
y
e
r
C
S



PRAGA

ASSURANCES

30 rue Olivier Noyer
CS N° 51432
75676 Paris cedex 14

Standard: 01 81 69 36 30
relations.clients@praga-assurances.fr

Internet:
www.praga-assurances.fr

Assurance complémentaire santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : AXA France Vie SA - Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le Code des Assurances

Siren : 310 499 959

Produit : **PRAGA 100 %**



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat Santé. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le contrat complémentaire Santé PRAGA 100 % est un contrat personnalisé et adapté aux besoins des assurés destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Il intervient en complément de la Sécurité sociale Française et de tout autre organisme mais couvre également des garanties non prises en charge par la Sécurité sociale. Il s'agit d'un contrat collectif qui s'adresse aux adhérents de l'association PRAGA qui souhaitent bénéficier d'une couverture santé. Le contrat est à adhésion obligatoire ou facultative selon le statut des adhérents. Les assurés bénéficient des garanties jusqu'à la date à laquelle l'adhérent quitte l'association. Ce produit propose des solutions qui respectent les conditions légales des contrats responsables et éligibles au dispositif Madelin.



Qu'est-ce qui est assuré ?

En souscrivant au contrat PRAGA 100 %, l'adhérent peut aussi couvrir ses bénéficiaires. Les garanties proposées figurent dans le tableau des garanties.

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie souscrit, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées par l'assuré et une somme peut rester à sa charge.

LES GARANTIES PROPOSEES :

Hospitalisation (y compris maternité) : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, chambre particulière, lit d'accompagnant.

Soins courants : consultations médicales et visites de médecins, analyses et examens de laboratoire, imagerie médicale, actes paramédicaux, médicaments à service médical rendu élevé (remboursés à 65% par la Sécurité sociale), médicaments à service médical rendu modéré (remboursés à 30% par la Sécurité sociale), médicaments à service médical rendu faible (remboursés à 15% par la Sécurité sociale), médicaments non remboursés par la Sécurité sociale, moyens contraceptifs féminins non remboursés par la Sécurité sociale, Matériel médical (prothèses d'aide à la vie autres que dentaires).

Optique : lunettes (monture et verres), lentilles de contact remboursées par la Sécurité sociale, lentilles de contact non remboursées par la Sécurité sociale, opération de la myopie et de l'hypermétropie par laser.

Dentaire : soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, appareils amovibles), implants, orthodontie remboursée par la Sécurité sociale, orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale.

Aides auditives

Transport

Médecine douce

Prévention

Cures thermales



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Séjour et frais relatifs aux établissements sociaux, médico-sociaux, médico-pédagogiques (comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD), de long séjour et pour personnes âgées.



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! La participation forfaitaire de 1€ applicable aux consultations et certains examens médicaux.
- ! La franchise médicale applicable sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Si le contrat est responsable : les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire non maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! **Hospitalisation**
Soins de suite ou de réadaptation pris en charge par la Sécurité sociale suite à hospitalisation et séjours en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale limité au ticket modérateur au-delà d'un certain nombre de jours.
Chambre particulière et lit d'accompagnant limités en nombre de jours par an et par bénéficiaire.
- ! **Médicaments non remboursés par la Sécurité sociale**
limités à un forfait en euros, par an et par bénéficiaire.
- ! **Optique**
Lunettes limitées en nombre de paires par période et par bénéficiaire.
Opération de la myopie et de l'hypermétropie limitée à un forfait en euros par œil, par an et par bénéficiaire.
- ! **Dentaire**
Implants limités en nombre d'actes par an et par bénéficiaire.
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale limitée en nombre de semestres.
- ! **Médecine douce, prévention et cures thermales** limitées en nombre de séances ou à un forfait en euros, par an et par bénéficiaire.



Où suis-je couvert ?

Les adhérents sont couverts :

- ✓ En France et à l'étranger,
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement est effectué selon les modalités de prise en charge du régime d'assurance maladie obligatoire français et dans la limite des frais engagés.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non-garantie :

A l'adhésion au contrat

- Fournir tous les documents justificatifs demandés par l'assureur ainsi que le bulletin individuel d'adhésion complété et signé.
- Payer la cotisation (ou fraction de cotisation indiquée au contrat).
- Remplir les critères d'adhésion : être agent général d'assurance en activité, retraité, bénéficiaire des dispositions de l'article 6 de la Loi Evin, invalide CAVAMAC ou invalide PRAGA selon les dispositions énoncées aux articles « Groupe assurable » du contrat. L'adhésion, qui est obligatoire pour les agents généraux en activité, découle du traité ou de la lettre de nomination de l'agent général personne physique ou personne morale.

En cours de contrat

- Transmettre les factures justificatives et autres documents nécessaires au paiement des prestations selon les modalités prévues dans la notice d'information
- Informer l'assureur des événements suivants, dans les 30 jours qui suivent la connaissance de l'un de ces événements :
 - Changements de situation de famille : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès),
 - Changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie,
 - Résiliation de l'adhésion à l'association.
- Payer les cotisations.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Deux modalités de paiement possibles :

- Prélèvement mensuel de la cotisation
- Paiement annuel et d'avance de la cotisation par chèque ou par virement bancaire



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Votre adhésion prend effet à la date figurant au certificat d'adhésion sous réserve du paiement de la première cotisation et selon les modalités particulières énoncées aux dispositions propres à chaque catégorie d'adhérent.

Pour les adhérents dont l'adhésion n'est pas rendue obligatoire, vous disposez d'un délai de renonciation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion et au plus tard à compter du jour d'encaissement du premier versement.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement au 1er janvier de chaque année sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.

Les garanties prennent fin en cas de cessation du paiement des cotisations ou en cas de fausse déclaration, omission ou inexactitude de l'adhérent.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez résilier votre adhésion :

- au 31 décembre de l'année en cours sous réserve de nous en faire la demande par lettre recommandée avec accusé de réception au moins deux mois avant la date précitée*.

(* non valable pour les agents généraux en activité dont le traité ou la lettre de nomination rend l'adhésion obligatoire).

Annexe : Frais de Santé PRAGA 100 % n° 228200410

VOS COTISATIONS À COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2021

Agent Général d'Assurance en activité

Taux contractuel de 0,32 % du montant total des commissions et rémunérations brutes liées à l'exercice du mandat dans la limite du plafond de cotisations RCO CAVAMAC appelé à hauteur de 78 %, **soit un taux effectif de 0,25 %**.

Agent Général d'Assurance nouvellement nommé

0,32 % du Plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur l'année de la nomination (au prorata temporis) appelé à hauteur de 78 %, **soit un taux effectif de 0,25 %**.

Assurés titulaires d'une pension de retraite ou d'une pension de réversion servie par le RCO CAVAMAC

5,75 % du montant total de la prestation annuelle servie par le RCO CAVAMAC appelé à hauteur de 78 %, **soit un taux effectif de 4,49 %**.

Il est instauré une cotisation forfaitaire minimale calculée sur la base d'une valeur égale à 53 000 points du RCO CAVAMAC.

Il n'est pas dû de cotisation sur la fraction supérieure à une valeur égale à 90 000 points du RCO CAVAMAC.

Assurés titulaires d'une rente de conjoint survivant PRAGA

Taux contractuel de 4,80 % du montant de la rente de conjoint survivant appelé à hauteur de 78 %, **soit un taux effectif de 3,74 %**.

Assurés titulaires d'une rente d'orphelin servie par le RCO CAVAMAC

Taux contractuel de 4,80 % du montant de la rente d'orphelin appelé à hauteur de 78 %, **soit un taux effectif de 3,74 %**.

Assurés titulaires d'une rente d'éducation PRAGA

Taux contractuel de 0,31 % du plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS), en vigueur l'année précédant l'exercice considéré, appelé à hauteur de 78 %, **soit un taux effectif de 0,24 %**.

Assurés titulaires d'une pension d'invalidité professionnelle servie par le RID CAVAMAC

2,80 % du montant total annuel brut de la pension d'invalidité servie par le RID CAVAMAC appelé à hauteur de 78 %, **soit un taux effectif de 2,18 %**.

Assurés bénéficiaires des dispositions de l'article 6 de la loi du 31 décembre 1989 dite « Loi EVIN »

Assurés reconnus invalides, ayant cessé toute activité professionnelle, se trouvant dans l'attente de percevoir une pension d'invalidité professionnelle servie par le Régime d'Assurance Invalidité-Décès de la CAVAMAC.

Le montant de la cotisation annuelle, par adhérent et pour chaque membre de sa famille bénéficiaire de la garantie, s'obtient par application des taux indiqués ci-après sur le montant du PASS en vigueur l'année précédant l'exercice considéré. Ces taux sont appelés à hauteur de 78 %.

Âge du bénéficiaire (calculé par différence de millésime entre l'année civile en cours et l'année de naissance)	Taux contractuel au 01/01/2021 (en % du plafond annuel de la Sécurité sociale en 2020 - 41 136 €)	Montants au 01/01/2021
Moins de 21 ans	0,92 %	295 €
21 à 30 ans	1,02 %	327 €
31 à 40 ans	1,12 %	359 €
41 à 50 ans	1,23 %	395 €
51 à 64 ans	1,78 %	571 €
65 à 69 ans	2,24 %	719 €
70 à 74 ans	2,25 %	722 €
75 à 79 ans	2,55 %	818 €
80 ans et plus	2,47 %	793 €