



# NOTICE D'INFORMATION

---

CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF A ADHESION  
FACULTATIVE

---

N° de contrat : A9810012087

Branche des Industries Electriques et Gazières

Catégorie de Personnel : Ensemble du Personnel

Date d'effet : 01/07/2025

Ce contrat est assuré par PREDICA, entreprise régie par le Code des assurances, société anonyme au capital de 1.029.934.935 euros, dont le siège social est situé au 16/18 Boulevard de Vaugirard 75 015 PARIS, immatriculée sous le n°334.028.123 R.C.S.



Votre employeur a l'obligation de vous remettre la Notice d'information décrivant les conditions et modalités d'application des garanties du contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit par l'Union Française de l'Electricité (UFE) **et** par l'Union Nationale des Employeurs des Industries Gazières (UNEMIG) et auquel il a adhéré auprès de PREDICA, entreprise d'assurance régie par le Code des assurances.

N° de contrat : A9810012087

Branche des Industries Electriques et Gazières

Catégorie de Personnel : Ensemble du Personnel

Date d'effet : 01/07/2025



 <b>BIENVENUE</b>	<b>6</b>
<b>VOS GARANTIES FACULTATIVES</b>	<b>12</b>
Généralités sur les prestations	12
Hospitalisation	12
Soins courants	12
Optique	13
Dentaire	14
Aides auditives	14
Autres soins	14
Limite des remboursements	15
Territorialité	15
<b>VOS REMBOURSEMENTS</b>	<b>15</b>
<b>Vous bénéficiez du système de télétransmission Noémie</b>	<b>15</b>
Vous ne pouvez pas bénéficier du système de télétransmission Noémie	15
<b>VOTRE ADHESION</b>	<b>16</b>
Quels sont les bénéficiaires du contrat ?	16
Comment réaliser l'adhésion des bénéficiaires ?	16
<b>PRISE D'EFFET ET CESSATION DES GARANTIES FACULTATIVES</b>	<b>17</b>
Quand prennent effet vos garanties ?	17
Quand cessent vos garanties ?	18
Cas particuliers de suspension de contrat de travail	18
Maintien des garanties au titre de la portabilité	19
Maintien des garanties au titre de la loi Evin	19
<b>DISPOSITIONS GENERALES</b>	<b>20</b>
Paiement des cotisations	20
Médiation	20
Délai de prescription	20
Subrogation	21
Fausse déclaration	21
Protection des données personnelles	21
	<b>22</b>



# BIENVENUE

---

Le présent document définit les conditions et modalités d'application des garanties couvertes par votre contrat de surcomplémentaire frais de santé, souscrit auprès de PREDICA, entreprise d'assurance régie par le Code des assurances.

Il s'agit d'une Notice d'Information et vous donne donc des informations sur :

- Les garanties auxquelles vous avez droit,
- Les conditions et limites pour bénéficier de ces garanties,
- Les modalités de remboursement de vos frais de santé.

**Nous sommes très heureux de vous compter parmi nos assurés et de vous offrir tous les avantages de ce contrat :**



# VOTRE TABLEAU DE GARANTIES

Les garanties du présent contrat surcomplémentaire interviennent en complément des garanties prévues par le régime spécial d'assurance maladie des IEG géré par la CAMIEG et par le contrat collectif obligatoire n° A9810012086.

Garanties	Assiette	SELECT	MEDIUM	PREMIUM
<b>HOSPITALISATION</b>				
<b>Frais de séjour et honoraires</b> de médecins signataires de l'option tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques), frais de salle d'opération dans la limite de 5 300 € par an et par bénéficiaire dans les établissements non conventionnés	BR / Acte	+60% Honoraires +100%	+100%	+200%
<b>Honoraires</b> de médecins non signataires de l'option tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	BR / Acte	+80% / +120%	+80% / +120%	+180% / +220%
– Chambre particulière ( <i>maternité limité à 8 jours</i> )	PMSS / Nuit	-	+0,10%	+0,60%
– Chambre particulière en ambulatoire	PMSS / Jour	+0,13%	+1,38%	+1,98%
– Frais d'accompagnement ( <i>sans limitation de durée - enfant -16 ans</i> )	PMSS / Jour	+0,25%	+1,5%	+2%

Garanties	Assiette	SELECT	MEDIUM	PREMIUM
<b>SOINS COURANTS</b>				
<b>Honoraires médicaux</b>				
<b>Consultations, visites et soins pour les médecins généralistes</b>	-	-	-	-
– Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	+40%	+100%	+190%
– Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	+40%	+100%	+210%
<b>Consultations, visites et soins pour les médecins spécialistes</b>	-	-	-	-
– Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	+200%	+200%	+250%
– Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	+200%	+200%	+270%
<b>Radiologie</b>	-	-	-	-
– Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	+60%	+60%	+120%
– Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	+50%	+50%	+100%
<b>Actes techniques médicaux</b>	-	-	-	-
– Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	+60%	+60%	+120%
– Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	+50%	+50%	+100%
<b>Médicaments</b>				
<b>Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale</b>	-	-	-	-
– Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	PMSS / An	-	+1%	+1%
– Moyens de contraception féminine prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	PMSS / An	-	+1%	+1%

<b>Matériel médical</b>				
– Grands et petits appareillages remboursés par la Sécurité sociale ( <i>Orthèses, prothèses médicales, prothèses capillaires, orthopédie et locations d'appareils</i> )	BR / Acte	-	+100%	+200%
– Pansements	BR / Acte	+40%	+150%	+200%
– Véhicule pour personne handicapée pris en charge par la Sécurité sociale	PMSS / An	-	+5%	+10%
<b>Honoraires paramédicaux</b>	BR / Acte	+40%	+70%	+140%
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	BR / Acte	+40%	+70%	+140%
<b>Analyse hors nomenclature</b>	PMSS / An	-	+0,3%	+0,8%

Le taux de remboursement est majoré de 50 % (sauf médecins non-signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)) pour les soins courants pour les personnes dont le taux d'incapacité est au moins égal à 80 % ou titulaire de la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité

Garanties	Assiette	SELECT	MEDIUM	PREMIUM
<b>OPTIQUE</b>				
<i>les forfaits des équipements incluent le remboursement de la Sécurité sociale</i>				
<b>Equipements hors 100% santé - Adulte</b>				
– Monture	Euros / Monture	-	+50	+ 50 €
<b>Equipements hors 100% santé - Enfant</b>				
– Monture	Euros / Monture	-	+ 50 €	+ 50 €
<b>Autres</b>				
– Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale	PMSS / An	-	+1%	+2%
– Lentilles prescrites non remboursées par la Sécurité sociale <sup>(1)</sup>	PMSS / An	-	+2,5%	+4,5%
– Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)	PMSS / œil / An	-	+2%	+ 5%

Garanties	Assiette	SELECT	MEDIUM	PREMIUM
<b>DENTAIRE</b>				
<b>Soins et prothèses hors 100% santé<sup>(1)</sup></b>				
<b>Soins - Panier Reste à charge maîtrisé et Panier libre</b>	-	-	-	-
– Consultations et soins dentaires (y compris prévention, chirurgiens-dentistes, détartrage, scellement des sillons et radiologie dentaire hors stomatologie)	BR / Acte	+50% (Radiologie dentaire +40%)	+50%	+150%
– Consultations et soins dentaires (Stomatologie)	BR / Acte	+50%	+50%	+150%
– Inlay onlay	BR / Acte	-	-	+20%
<b>Prothèses - Panier Reste à charge maîtrisé et Panier libre</b>	-	-	-	-
– Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	BR / Acte	-	+50%	+150%
– Couronne sur implant	PMSS/ Acte(Maximum 5 /an)	-	+2,5%	+5%
– Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale (hors implantologie)	BRR / Acte	-	+100%	+150%
<b>Autres prestations dentaires</b>				
– Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	BR / Semestre	-	+50%	+100%
– Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	BRR / Semestre	-	+150%	+300%
– Couronnes ou stellites provisoires non prises en charge par la Sécurité sociale : 1 à 2 dents	PMSS / Acte	-	+1%	+2%
– Couronnes ou stellites provisoires non prises en charge par la Sécurité sociale : 3 dents	PMSS / Acte	-	+2%	+3%
– Couronnes ou stellites provisoires non prises en charge par la Sécurité sociale : par dent supplémentaire	PMSS / Acte	-	+1%	+2%
– Implantologie : maximum 5 par année civile et par bénéficiaires <sup>(2)</sup>	PMSS/Acte / bénéficiaire	-	+5%	+10%
– Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale <sup>(3)</sup>	PMSS / An	-	+2%	+4%
– Autres actes codifiés (en référence à la CCAM) non pris en charge par la Sécurité sociale	FR / An	-	+5% limité à 525 € /An /Bénéficiaire	+15% limité à 575 € /An /Bénéficiaire

- (1) Les inlay onlay et les prothèses dentaires du panier 100% Santé et du panier Reste à charge maîtrisé seront pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation fixés.  
 (2) La prestation « Implants » concerne le remboursement de l'implant seul. Dans la limite de la garantie, tous les autres frais liés à la pose de l'implant sont remboursés, selon leur nature, soit au titre des « Autres actes codifiés non pris en charge par la Sécurité sociale » soit au titre des « Soins remboursés par la Sécurité sociale » soit au titre de la prestation « Couronne sur implant »  
 (3) Prise en charge pour le curetage, le surfaçage radiculaire et la gingivectomie.

Garanties	Assiette	SELECT	MEDIUM	PREMIUM
<b>AIDES AUDITIVES</b>				
<b>Equipements hors 100% santé</b>				
– Forfait annuel pour accessoires (piles, écouteurs, embouts, ...) et l'entretien des aides auditives prises en charge par la Sécurité sociale	PMSS / An	-	+1%	+2%

Garanties	Assiette	SELECT	MEDIUM	PREMIUM
<b>AUTRES SOINS</b>				
<b>Médecine douce</b>				
– Séances d'ostéopathe, acupuncteur, d'étiopathe et de chiropracteur (Uniquement praticiens rattachés à une fédération reconnue)	Euros / Séance limité en séances / An	-	60 € / séance limité à 12 séances /an / bénéficiaire	80 € / séance limité à 12 séances /an / bénéficiaire
– Consultations de psychologues	Euros / Séance limité en séances / An	-	50 € / séance limité à 12 séances /an / bénéficiaire	60 € / séance limité à 12 séances /an / bénéficiaire
<b>Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale</b>				
– Honoraires, Transport et Hébergement	PMSS / An	-	+4%	+4%
<b>Ostéodensitométrie</b>				
	PMSS/ An	-	+1,5%	+1,5%
<b>Pack prévention annuel incluant :</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychomotricien, diététicien, ergothérapeute, podologue, amniocentèse ;</li> <li>- Dépistage des troubles de l'audition par orthophoniste</li> <li>- Bilan de langage oral ou écrit avant 14 ans par orthophoniste</li> <li>- Bracelet GSM sur prescription médicale pour Alzheimer</li> <li>- Test Hémocult, tensiomètre prescrits par un médecin</li> </ul>	PMSS / An	-	+1,5%	+1,5%

<b>SERVICES</b>				
– Réseau de soins	Carte Blanche	-	-	Inclus
– Assistance	Europ assistance	-	-	Inclus

FR : Frais Réels / Il s'agit de la dépense totale engagée
BR : Base de Remboursement / Il s'agit d'un montant fixé par la Sécurité sociale servant de référence aux remboursements (Classification Commune des Actes Médicaux - CCAM)
BRR : Base de Remboursement Reconstituée / Il s'agit d'un montant reconstitué servant de référence au remboursement pour les actes sans BR dans la CCAM
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale / Il s'agit d'un montant fixé chaque année par décret

# LEXIQUE

## Aide auditive de classe 2

Une aide auditive est un dispositif médical à usage individuel, destiné à compenser les pertes d'audition ou les troubles de la compréhension. Une aide auditive se compose d'un appareillage pour une oreille ainsi que de différentes prestations d'accompagnement définies par le Code de la sécurité sociale.

Les aides auditives remboursées par la Sécurité sociale sont classées en deux groupes en fonction de leurs caractéristiques techniques.

Les prix des aides auditives relevant de la **classe 2** sont déterminés librement par les professionnels de santé et peuvent donner lieu à un reste à charge.

## ASSURÉ

Salariés statutaires des Entreprises Adhérentes au présent contrat appartenant à la catégorie de personnel assurée.

## AYANTS DROIT

On entend par ayants droit les personnes autres que l'assuré et couvertes au titre du présent contrat.

## Base de Remboursement (BR)

Tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.

## CAMIEG

Caisse d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières couvrant le régime spécial d'assurance maladie des Industries Electriques et Gazières (IEG).

## Contrats responsables

Les règles que doivent respecter les contrats Frais de santé pour être qualifiés de « contrats responsables » sont fixées par la loi et notamment par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application.

**L'attention est attirée sur le fait que le contrat ne répond pas à l'ensemble de ces règles.**

**A ce titre, il ne bénéficie d'aucun avantage fiscal ou social (taux réduit de taxe de solidarité additionnelle, déductibilité fiscale du financement salarial, exonération de charges sociales).**

## Equipement d'optique médicale de classe B

Les équipements d'optique médicale sont des dispositifs médicaux définis par le Code de la santé publique et remboursés par la Sécurité sociale, composés d'une monture et de deux verres. Ils sont classés en deux groupes par le Code de la sécurité sociale.

Les prix des équipements (verres et montures) relevant de la **classe B** sont déterminés librement par les professionnels de santé et peuvent donner lieu à un reste à charge.

## Forfait journalier hospitalier

Somme journalière à charge de la personne hospitalisée et dont le montant est fixé par arrêté.

## Honoraires limites de facturation

Prix maxima de facturation des actes et prestations effectués par les chirurgiens-dentistes, définis en annexe de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie, prévue à l'article L.162-9 du Code de la Sécurité sociale.

## COUVERTURE SUPPLEMENTAIRE MALADIE (CSM)

Couverture collective à adhésion obligatoire Frais de santé mise en place par accord collectif de branche au bénéfice des agents statutaires salariés des entreprises et organismes relevant de la branche des industries électriques et gazières (IEG).

La couverture supplémentaire maladie (CSM) intervient en complément du régime spécial d'assurance maladie des IEG (régime obligatoire et régime complémentaire) et est assurée par PREDICA au titre du présent contrat.

## Régime spécial d'assurance maladie des industries électriques et gazières

Régime spécial d'assurance maladie auquel les assurés relevant du statut de la branche des Industries Electriques et Gazières (IEG) sont spécifiquement rattachés. Il est composé de 2 niveaux avec le Régime Obligatoire « RO » et le Régime Complémentaire « RC ».

## Sécurité sociale

Terme générique désignant le régime d'assurance maladie obligatoire auquel vous ou vos ayants droit êtes rattachés.



# VOS GARANTIES

---

## **PLAFOND MENSUEL DE LA SECURITE SOCIALE (PMSS)**

Le Plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) est un indice exprimé sous la forme d'un montant en euros et servant de base de calcul de plusieurs prestations sociales. Il est déterminé et revalorisé chaque année par décret.

## **PLAFOND DE LA SECURITE SOCIALE (PSS)**

Le Plafond de la Sécurité sociale (PSS) est un indice exprimé sous la forme d'un montant en euros et servant de base de calcul de plusieurs prestations sociales. Il est déterminé et revalorisé chaque année par décret.

## **Ticket modérateur**

Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par la Sécurité sociale (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

Le montant du Ticket Modérateur varie selon les actes ou les traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail...) ou selon que l'assuré est atteint d'une affection longue durée.

## **Tiers payant**

Système de paiement qui vous évite de faire l'avance des frais de santé, ces derniers étant payés directement par la Sécurité sociale et/ou les organismes assureurs complémentaires aux professionnels de santé.



# VOS GARANTIES

## VOS GARANTIES FACULTATIVES

Les garanties Frais de santé du contrat interviennent en complément des garanties souscrites auprès de PREDICA dans le cadre du contrat de base collectif à adhésion obligatoire responsable N°A9810012086 auquel votre employeur a adhéré.

**Elles ne répondent pas aux conditions et limites fixées par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et par ses textes d'application relatifs aux « contrats responsables ».**

### Généralités sur les prestations

Le contrat prend en charge, dans la limite des garanties et niveaux associés, souscrites et décrites dans le tableau de garanties figurant en début de document, le remboursement :

- des frais restant à votre charge après remboursement de la Sécurité sociale, du contrat de base collectif obligatoire n° A9810012086 et du Régime spécial d'assurance maladie des industries électriques et gazières géré par la CAMIEG pour les actes faisant l'objet d'un remboursement de la Sécurité sociale,
- des dépenses de soins médicalement prescrites à caractère thérapeutiques non remboursées par la Sécurité sociale,
- des dépenses de soins remboursées dans le cadre de forfaits spécifiques prévus au tableau de garanties.

Pour les prestations remboursées par la Sécurité sociale : le niveau des prestations est établi en fonction de la codification des actes médicaux, du tarif en vigueur fixé par la Sécurité sociale (base de remboursement de la Sécurité sociale ou Ticket Modérateur), et de la législation en vigueur à la date d'effet du contrat. Toutes évolutions du niveau de remboursement de la Sécurité sociale susceptibles de modifier l'engagement de l'Assureur feront l'objet d'une modification des garanties. Vous en serez informé par écrit par votre employeur.

Le montant retenu pour les dépenses engagées est celui déclaré à la CAMIEG et figurant sur le décompte de prestations de cet organisme ou celui qui vous est facturé, en l'absence de remboursement par la Sécurité sociale.

**Les demandes de prestations doivent nous être adressées dans un délai maximum de deux ans à compter de la date des soins.**

## Hospitalisation

L'hospitalisation regroupe les hospitalisations médicales et chirurgicales dans les établissements conventionnés et non conventionnés, y compris la maternité et l'hospitalisation à domicile.

Selon la formule choisie, les garanties suivantes sont incluses :

- les frais de séjour en établissements conventionnés ou non conventionnés par la Sécurité sociale, sans limitation de durée,
- les honoraires médicaux et chirurgicaux, intégrant une distinction entre les médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée et les médecins non adhérents, étant précisés que, s'agissant des médecins non adhérents non conventionnés par la Sécurité sociale, la base de remboursement retenue est celle du tarif d'autorité,
- La chambre particulière sans limitation de durée. Cette garantie est toutefois plafonnée à 8 jours en cas d'hospitalisation liée à une maternité,
- la chambre particulière en hospitalisation ambulatoire
- les frais d'accompagnant (y compris lit) en cas d'hospitalisation d'un de vos enfants de moins de 16 ans, pour un accompagnant unique sans limitation de durée.

### Exclusions particulières sur l'hospitalisation

**Ne sont pas pris en charge :**

- **les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale (sauf le forfait journalier, chambre particulière et lit d'accompagnant),**
- **toute franchise applicable par la Sécurité sociale à l'exception de la franchise des actes lourds prévue à l'article R.160-16 du Code de la sécurité sociale,**
- **le forfait journalier hospitalier dans les établissements médico-sociaux, dans les établissements visés à l'article L.174-6 du Code de la sécurité sociale et au 6 du I de l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles,**

## Soins courants

### Honoraires médicaux

Les honoraires médicaux incluent les frais suivants, remboursés par la Sécurité sociale :



# VOS GARANTIES

- les honoraires, intégrant une distinction entre les médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée et les médecins non adhérents, étant précisés que, s'agissant des médecins non adhérents non conventionnés par la Sécurité sociale, la base de remboursement retenue est celle du tarif d'autorité :
  - des consultations, visites et soins prodigués par des médecins généralistes et spécialistes,
  - des actes techniques médicaux, dont les actes de radiologie.
- les honoraires paramédicaux,
- les analyses et examens réalisés par un laboratoire d'analyses de biologie médicale,

## Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale

**Selon les formules et dans les conditions et limites de la formule souscrite**, cette garantie permet, à concurrence d'un plafond applicable par année civile et par bénéficiaire le remboursement :

- des médicaments et vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale,
- des moyens de contraception féminine prescrits non remboursés par la Sécurité sociale : Pilules de 3e et 4e générations.

Le remboursement est conditionné à :

- une prescription par un médecin dûment habilité par le Code de la santé publique,
- une inscription sur la liste des médicaments ayant reçu une autorisation de mise sur le marché par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé,
- un achat en pharmacie,
- l'envoi de factures nominatives (désignation du médicament et du bénéficiaire).

## Matériel médical

**Selon les formules et dans les conditions et limites de la formule souscrite**, cette garantie permet le remboursement :

- des frais engagés sur les grands et petits appareillages (orthèses, prothèses médicales, orthopédie et location d'appareils) remboursés par la Sécurité sociale ainsi que des pansements ;
- des frais engagés au titre des véhicules pour personnes handicapées (fauteuils roulants) remboursés par la Sécurité sociale.

## **Exclusions particulières sur les Soins courants**

**Ne sont pas prises en charge :**

- **les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale, sauf pour les prestations mentionnées explicitement,**
- **toute franchise applicable par la Sécurité sociale autre que le Ticket Modérateur,**

## **Optique**

**Selon les formules et dans les conditions et limites de la formule souscrite**, cette garantie inclut un forfait en Euros pour le remboursement ou d'une monture de classe B.

## Autres garanties Optique

**Selon les formules et dans les conditions et limites de la formule souscrite**, cette garantie permet le remboursement :

- des lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale (y compris les lentilles jetables et lentilles correctrices de couleur).

Lorsque les remboursements de ces garanties sont exprimés en Euros ou en pourcentage du PMSS par an et par bénéficiaire, ils comprennent la prise en charge du Ticket Modérateur mais n'incluent pas le remboursement de la Sécurité sociale. En cas de dépassement du forfait, le remboursement est effectué à hauteur du Ticket Modérateur.

- de la chirurgie réfractive pour corriger la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme et la presbytie.

**La garantie optique s'applique par an et par bénéficiaire. Toutefois, au sein de cette garantie, le remboursement d'un équipement optique, composé de 2 verres et / ou de 1 monture, ne peut intervenir que tous les 2 ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. La période de deux ans est identique à celle applicable aux garanties du contrat de base collectif obligatoire responsable.**

## **Exclusions particulières sur l'optique**

**Ne sont pas prises en charge :**

- **les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale (sauf pour les lentilles et la chirurgie de la myopie suivant la formule souscrite),**



# VOS GARANTIES

## Dentaire

### Soins

**Selon les formules et dans les conditions et limites de la formule souscrite**, la garantie dentaire permet le remboursement :

- Des consultations et soins dentaires, y compris les actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale,
- des inlays-onlays.

### Prothèses

**Selon les formules et dans les conditions et limites de la formule souscrite**, la garantie Dentaire permet le remboursement :

- des prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (dont inlay-core) pour lesquelles l'entente directe est limitée ou libre (**panier reste à charge maîtrisé** et **panier libre**),
- les prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale sont également remboursées.

Les garanties permettent le remboursement des prothèses dentaires dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie prévue à l'article L.162-9 du Code de la sécurité sociale pour les actes relevant panier reste à charge maîtrisé.

### Autres

**Selon les formules et dans les conditions et limites de la formule souscrite**, la garantie Dentaire permet également le remboursement :

- de l'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale,
- de la parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale,
- sont également remboursées :
  - l'orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale,
  - l'implantologie, incluant l'implant et le pilier sur implant.
  - Couronnes ou stellites provisoires non prises en charge par la Sécurité sociale
  - tout acte non pris en charge par la Sécurité Sociale codifié au sein de la classification commune des actes médicaux (CCAM).

### Exclusions particulières sur le dentaire

**Ne sont pas pris en charge :**

- Les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale (sauf pour les prestations mentionnées explicitement ci-dessus),

## Aides auditives

**Selon les formules et dans les conditions et limites de la formule souscrite**, la garantie permet le remboursement, par aide auditive, en cas d'acquisition de dispositifs relevant de la **classe 2** :

- des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité.
- du forfait annuel pour accessoires (piles, écouteurs, embouts, ...) et l'entretien des aides auditives prises en charge par la Sécurité sociale

**Quelle que soit la formule choisie, le renouvellement du remboursement d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de quatre ans suivant la date d'acquisition de la précédente aide auditive remboursée par la Sécurité sociale.**

**Cette période s'entend pour chaque oreille indépendamment. Elle est fixe et ne peut donc être ni réduite, ni allongée.**

**La période de quatre ans est identique à celle applicable aux garanties du contrat de base collectif obligatoire responsable.**

**En outre, ne sont pas pris en charge :**

**les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale (sauf pour les prestations mentionnées explicitement).**

## Autres soins

### Cures thermales

**Selon les formules et dans les conditions et limites de la formule souscrite**, la garantie Cures thermales permet le remboursement des frais de cures remboursés par la Sécurité sociale. Il inclut les honoraires et les frais liés au transport et à l'hébergement.

### Ostéodensitométrie

**Selon les formules et dans les conditions et limites de la formule souscrite, cette garantie permet le remboursement des actes d'ostéodensitométrie en vue de mesurer la densité osseuse et d'établir un diagnostic d'ostéoporose.**



# VOS GARANTIES

## Allocation naissance / adoption

**Selon les formules et dans les conditions et limites de la formule souscrite**, une prime est versée à la naissance par enfant ou en cas d'adoption quel que soit le sexe de l'assuré et sans contrainte de rattachement du conjoint et de l'enfant au contrat. Elle est versée une seule fois si les deux parents sont salariés de la même entreprise et qu'ils cotisent en tant qu'assuré. Pour en bénéficier, la demande de remboursement doit être accompagnée d'une copie de l'acte de naissance de l'enfant concerné ou du certificat d'adoption.

## Actes de prévention

Cette garantie permet le remboursement, à hauteur du Ticket Modérateur, des actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale.

## Médecines douces

**Selon les formules et dans les conditions et limites de la formule souscrite**, cette garantie permet le remboursement des consultations d'ostéopathe, acupuncteur, d'étiopathe et de chiropracteur réalisées par des praticiens inscrits auprès du registre national de leur spécialité à concurrence d'un plafond applicable par séance et par bénéficiaire dans la limite d'un nombre de séances défini par année civile.

Le remboursement est effectué sur présentation d'une facture nominative acquittée, établie par le praticien.

## **Exclusions particulières**

**Ne sont pas pris en charge :**

- **Les actes de praticiens non recensés professionnellement dans les activités listées ci-dessus.**

## **Limite des remboursements**

- **Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à votre charge ou à celle de vos ayants droit, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du Code de la sécurité sociale.**
- **Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, vous pouvez obtenir l'indemnisation en vous adressant à l'organisme de votre choix.**

## **Territorialité**

- **Les garanties du présent contrat s'exercent en France et à l'étranger, quel que soit le pays dans lequel les dépenses de santé ont été engagées, dans la mesure où elles font l'objet d'un remboursement de la part de la Sécurité sociale française.**
- **Par exception, les prestations visées au présent contrat, et pour lesquelles il n'y a pas de remboursement de la Sécurité sociale française, ne sont prises en charge qu'à condition d'avoir été effectuées en France.**

## **VOS REMBOURSEMENTS**

### **Vous bénéficiez du système de télétransmission Noémie**

Ce dispositif vous évite de nous adresser les décomptes du Régime Spécial d'assurance maladie des IEG géré par la CAMIEG. En effet, dès que vous vous êtes servi de votre carte Vitale ou après avoir envoyé votre feuille de soins à la CAMIEG, cette dernière nous transmet le montant des remboursements à verser. Nous procédons au virement du remboursement complémentaire directement sur votre compte bancaire.

### **Vous ne pouvez pas bénéficier du système de télétransmission Noémie**

Le Régime spécial d'assurance maladie des IEG géré par la CAMIEG effectuera son remboursement et vous enverra un décompte de prestations que vous devez faire parvenir à l'adresse suivante accompagné, le cas échéant, des factures acquittées et datées (optique, dentaire...) :

**CENTRE DE GESTION  
CREDIT AGRICOLE ASSURANCES  
TSA 50190  
28039 CHARTRES CEDEX**

L'Assureur se réserve le droit de vous demander tout justificatif prouvant la bonne exécution des soins dont vous demandez le remboursement au titre de ce contrat.

### **Tiers payant**

Conformément à la réglementation, vous pourrez bénéficier du tiers payant auprès des praticiens qui l'acceptent.



# VOS GARANTIES

Compte tenu de la spécificité du régime spécial d'assurance maladie applicable au personnel statutaire des Industries Electriques et Gazières, le tiers payant s'applique systématiquement aux garanties hospitalisation (forfait journalier et chambre particulière), optique et prothèses dentaires.

La situation suivante ne permet pas de réaliser le tiers payant au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale : il s'agit du défaut de consentement écrit de votre part à la transmission de données détaillées de la nomenclature de la Sécurité sociale relatives à l'acte ou au dispositif médical via le professionnel de santé. Il est précisé que ces données sont nécessaires au calcul et au contrôle du remboursement des garanties souscrites. Dans ce cas, vous devrez avancer une partie des frais et envoyer la demande complétée des pièces justificatives afin d'être remboursé à hauteur des garanties souscrites.

## VOTRE ADHESION

### Quels sont les bénéficiaires du contrat ?

#### Sont bénéficiaires des garanties :

- l'ensemble des salariés de l'entreprise et leurs ayants droit bénéficiant du contrat de base collectif à adhésion obligatoire responsable N° A9810012086 .
- Vos ayants droit bénéficiant du contrat de base collectif à adhésion obligatoire responsable N° A9810012086, à savoir :
  - Votre conjoint, votre conjoint séparé, votre partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou votre concubin affilié au régime spécial d'assurance maladie des IEG ;
  - Votre enfant célibataire à votre charge, ou l'enfant de votre conjoint, de votre conjoint séparé, de votre concubin ou de votre partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie, la pupille de la Nation dont vous êtes tuteur, ou votre enfant recueilli et qui est :
    - Âgé de 26 ans au plus, le bénéficiaire des garanties se poursuivant jusqu'à la fin de l'année civile de son 26<sup>ème</sup> anniversaire;
    - Ou âgé de plus de 16 ans, atteint d'un handicap médicalement reconnu avant son 21<sup>ème</sup> anniversaire ;
    - Ou âgé de plus de 16 ans,

orphelin partiel de l'ayant droit, handicapé, titulaire d'une pension d'un autre régime ou percevant l'Allocation Adulte Handicapé.

La situation de handicap est prise en compte conformément aux dispositions du premier alinéa de l'article 29 de l'annexe 3 du statut national du personnel des IEG issu du décret n°46-1541 du 22 juin 1946.

**Les ayants droit définis ci-dessus ne peuvent bénéficier du présent contrat que s'ils sont couverts par le contrat de base obligatoire et sous réserve que le salarié règle une cotisation spécifique.**

**Dans ce cas, l'adhésion au présent contrat se fait obligatoirement pour l'ensemble des ayants droit couverts par le contrat de base obligatoire.**

**De la même façon, le choix de formule de garanties qui est effectué par l'assuré s'applique tant pour lui-même que pour l'ensemble de ses ayants droit.**

L'assuré doit fournir à l'Assureur, à l'adhésion et à tout moment sur demande de l'Assureur, tout document permettant de justifier de la qualité d'assuré et d'ayant droit.

### Comment réaliser l'adhésion des bénéficiaires ?

L'adhésion au contrat s'effectue selon l'un des deux processus ci-dessous, déterminé par votre employeur et qu'il vous communique :

#### 1- Processus 100% dématérialisé

Vous complétez et validez le bulletin d'adhésion directement sur votre espace personnel digital, en renseignant les informations relatives à votre situation et, le cas échéant, à celle de vos ayants droit et en fournissant les pièces justificatives demandées. Toute modification de votre situation personnelle (changement d'adresse, modification de la situation familiale, etc..) doit être déclarée dans un délai d'un mois via ce même espace, accompagné des documents justificatifs demandés.

#### 2- Processus matérialisé via votre employeur



# VOS GARANTIES

Vous complétez et signez le bulletin d'adhésion au format papier, que vous transmettez à votre employeur accompagné des pièces justificatives demandées. Ce dernier se charge ensuite de l'envoyer à l'Assureur. Toute modification de la situation personnelle doit être déclarée dans un délai d'un mois en remplissant le formulaire dédié, remis à votre employeur accompagné des pièces justificatives demandées, qui le transmettra à l'Assureur.

## Pièces justificatives à fournir dans les deux cas :

### Pour vous :

- une photocopie de l'attestation de votre carte d'assuré social CAMIEG que vous pouvez récupérer sur [ameli.fr](http://ameli.fr) ou auprès de votre caisse d'assurance maladie,
- votre relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne.

### Si vous êtes concerné :

- une photocopie de l'attestation de la carte d'assuré social CAMIEG de vos ayants droit,
- les photocopies des certificats de scolarité pour les enfants de plus de 18 ans ou tout document justifiant de leur situation d'ayant droit,
- l'attestation de PACS,
- votre certificat de concubinage ou une attestation sur l'honneur.

Vous devez fournir à l'Assureur, à l'adhésion et à tout moment à sa demande, tout document permettant de justifier de la qualité de bénéficiaire.

Vous êtes également tenu de déclarer en cours de contrat toute modification intervenant dans votre situation (changement d'adresse, modification de la situation de famille dans le mois suivant la modification).

## PRISE D'EFFET ET CESSATION DES GARANTIES FACULTATIVES

### Quand prennent effet vos garanties ?

- A la date d'effet du contrat de base collectif et obligatoire responsable N°A9810012086 si vous formulez votre choix lors de votre adhésion à celui-ci. Pour vos ayants droit, à la même date que vous sous réserve qu'ils répondent aux conditions d'ayants droit ;

- En cas d'adhésion dans les trois mois à compter de la date d'adhésion au contrat de base collectif et obligatoire n° A9810012086, le premier jour du mois suivant la date de réception de la demande par l'Assureur ;
- En cas de changement de situation de famille ou dans le cas où un ayant droit perd la qualité d'assuré au titre d'un autre contrat complémentaire santé, à la date à laquelle l'événement a eu lieu, sous réserve que votre bulletin individuel d'adhésion parvienne à l'Assureur au plus tard dans les trente jours qui suivent l'événement ;
- En cas d'adhésion au cours de la vie du contrat, hors des délais et des circonstances prévus ci-dessus, le premier jour de l'année civile suivant la date de réception de votre demande par l'Assureur, sous réserve qu'elle ait été effectuée avant le 31 octobre de l'année en cours ;

Dans le cas où vous avez déjà demandé la cessation de la garantie facultative, toute nouvelle adhésion ne prendra effet qu'au terme de 2 années civiles entières suivant la date d'effet de la résiliation. Cette règle ne s'applique pas en cas de changement de situation de famille.

En outre, en cas de demande de modification du niveau de la garantie facultative, cette dernière prend effet :

- en cas de modification de la garantie pour un niveau supérieur, la nouvelle garantie prend effet au 1er jour de l'année civile suivant la date de réception de la demande par l'Assureur, sous réserve qu'elle ait été effectuée avant le 31 octobre de l'année en cours ;
- en cas de modification de la garantie pour un niveau inférieur, la nouvelle garantie prend effet au terme d'une période d'une année civile suivant le 31 décembre de l'année où vous avez demandé à modifier la garantie.

**Les actes et prescriptions médicales ou chirurgicales antérieurs à la date de prise d'effet du contrat ou de la garantie ou dont la date de première proposition, de prescription ou d'exécution se situe avant la date de prise d'effet du contrat ou de la garantie ne peuvent donner lieu à remboursement par l'Assureur.**

Conformément à l'article L112-9 du Code des assurances, à compter de l'adhésion aux garanties vous disposez d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer à votre adhésion. Pour ce faire, il suffit d'en aviser PREDICA en adressant, sous pli recommandé avec avis de réception, une lettre de renonciation établie selon le modèle figurant ci-dessous, à :



# VOS GARANTIES

## CENTRE DE GESTION CREDIT AGRICOLE ASSURANCES

TSA 50190  
28039 CHARTRES CEDEX

« Je soussigné (Nom et prénom), demeurant à \_\_\_\_\_ déclare renoncer à l'adhésion aux garanties de mon contrat collectif frais de santé surcomplémentaire et demande le remboursement des cotisations versées puisqu'aucune prestation ne m'a été versée.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ signature. »

L'exercice du droit de renonciation entraîne la résiliation de l'adhésion aux garanties à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec accusé de réception. Dès lors que l'Assureur a connaissance du paiement d'une prestation, vous ne pouvez plus exercer votre droit à renonciation.

La renonciation entraîne la restitution, dans un délai de trente jours, des cotisations versées à l'Assureur.

### Quand cessent vos garanties ?

Vos garanties cessent :

- A la date de résiliation du présent contrat par le Souscripteur ou par l'Assureur quel qu'en soit le motif
- A la date de résiliation du contrat de base collectif et obligatoire n°A9810012086 quel qu'en soit le motif.
- A la date de résiliation de l'adhésion de votre entreprise quel qu'en soit le motif
- A la date de résiliation de l'adhésion de votre entreprise adhérente au contrat de base collectif et obligatoire n°A9810012086 quel qu'en soit le motif.
- A l'expiration du mois au cours duquel intervient la rupture de votre contrat de travail quel qu'en soit le motif (licenciement, démission, départ à la retraite, décès, etc.). Par dérogation, en cas de rupture de votre contrat de travail, en application du dispositif de portabilité prévu à l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale, vos garanties peuvent être maintenues, selon les modalités et conditions fixées dans le paragraphe ci-dessous intitulé « Maintien des garanties au titre de la portabilité ». Votre adhésion cesse à la date à laquelle vous cessez définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture ;

- à la date à compter de laquelle vous et, le cas échéant, vos ayants droit ne remplissez plus les conditions requises pour adhérer au présent contrat ;
- avant la première échéance du présent contrat, au 31 décembre qui suit la demande de cessation de votre adhésion adressée au plus tard le 31 octobre précédent à l'Assureur par lettre ou tout autre support durable. L'adhésion cesse pour l'ensemble des personnes couvertes par le présent contrat ;
- à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date de votre adhésion, un mois après réception de la demande de cessation de votre adhésion qui peut être adressée à tout moment à l'Assureur par lettre ou tout autre support durable. Dans l'hypothèse où votre adhésion a été réalisée par un mode de communication à distance, la résiliation peut être faite par le même mode de communication. L'adhésion cesse pour l'ensemble des personnes couvertes par le présent contrat ;
- lorsque des modifications sont apportées à vos droits et obligations, vous pouvez dénoncer votre adhésion, en adressant une demande en ce sens à l'Assureur dans le délai d'un mois à compter de la remise de l'information écrite relative à ces modifications ;
- les garanties prennent également fin en cas de non-paiement des cotisations dues.

La cessation de la garantie, quelle qu'en soit la cause, entraîne à sa date d'effet, la perte immédiate des droits aux prestations pour les assurés et leurs ayants droit et exige la restitution de la carte de tiers payant à l'Assureur.

Les demandes de cessation d'adhésion sont à adresser aux coordonnées suivantes:

Par courriel :

[resiliation-assurancescollectives@ca-assurances.fr](mailto:resiliation-assurancescollectives@ca-assurances.fr)

Par courrier postal :

PREDICA - Santé/Prévoyance

TSA 86006

26906 VALENCE Cedex 9

### Cas particuliers de suspension de contrat de travail

La garantie est maintenue au profit des assurés dont le contrat de travail est suspendu dès lors qu'ils bénéficient d'un maintien de leur couverture collective et obligatoire au titre du contrat de base responsable N°A9810012086 et sous réserve du règlement de la cotisation correspondante par l'intéressé.



# VOS GARANTIES

Dans les autres cas, la garantie est suspendue à compter de la date de suspension du contrat de travail.

Les soins survenus pendant la période de suspension de la garantie ne donnent lieu à aucune prise en charge. Seuls les soins prescrits et effectués antérieurement à la date de début de la suspension sont remboursés pendant la période de suspension.

## Maintien des garanties au titre de la portabilité

En application de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale, en cas de cessation du contrat de travail non consécutive à une faute lourde, vos garanties Frais de santé sont maintenues si vous bénéficiez d'une prise en charge par le régime d'assurance chômage, sous réserve des conditions et modalités suivantes :

- Le maintien de la garantie est applicable à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois suivant celui au cours duquel survient la cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois ;
- Le bénéfice du maintien de la garantie est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts avant la date de cessation du contrat de travail ;
- Les garanties maintenues au bénéfice des anciens salariés sont celles en vigueur dans l'entreprise ; par conséquent, les anciens salariés éligibles au dispositif de portabilité et, le cas échéant, leurs ayants droit, bénéficient des garanties Frais de santé du présent contrat dans les mêmes conditions que les salariés actifs. En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions ;
- L'ancien salarié doit justifier auprès de l'Assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, qu'il remplit les conditions pour bénéficier du dispositif de portabilité ;
- L'employeur signale le maintien de la garantie Frais de santé dans le certificat de travail des anciens salariés et informe l'Assureur dans un délai de 30 jours de la cessation du contrat de travail des anciens salariés bénéficiaires du dispositif de portabilité.

Ces dispositions sont applicables dans les mêmes conditions aux ayants droit de l'ancien salarié qui bénéficient effectivement de la garantie Frais de santé à la date de la cessation du contrat de travail.

La garantie Frais de santé cesse :

- à l'issue de la durée mentionnée au 1<sup>o</sup> de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale ;
- à la date à laquelle vous cessez de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes de demandeurs d'emploi, de décès) ;
- en cas de manquement à votre obligation de fourniture des justificatifs demandés ;
- en cas de résiliation, pour quelques motifs que ce soit, du présent contrat ou du contrat de base collectif et obligatoire n°A9810012086 par le Souscripteur ou par l'Assureur ;
- en cas de résiliation de l'adhésion de votre entreprise au présent contrat ou du contrat de base collectif et obligatoire n°A9810012086 ;
- lorsque vous ne remplissez plus les conditions fixées par l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale pour bénéficier du maintien de la garantie.

## Maintien des garanties au titre de la loi Evin

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 peuvent, dans les cas visés ci-après, demander à bénéficier d'une couverture auprès de l'Assureur sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

1° Les anciens assurés, bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties au titre du mécanisme de portabilité prévue à l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

2° Les personnes garanties du chef de l'assuré, décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès. Le souscripteur informe l'Assureur du décès de l'assuré.



# VOS GARANTIES

L'Assureur adresse des propositions de couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire.

## DISPOSITIONS GENERALES

### Paiement des cotisations

Pour le paiement des cotisations, un avis d'échéance vous sera adressé.

Le paiement des cotisations s'effectue par virement bancaire ou prélèvement SEPA à terme à échoir.

A défaut de paiement des cotisations dans les dix jours de leur échéance, l'Assureur se réserve le droit de suspendre les garanties trente jours après vous avoir envoyé une lettre recommandée avec avis de réception constituant une mise en demeure. Dans la lettre de mise en demeure, l'Assureur informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Au cas où la prime annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de prime, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

L'Assureur se réserve le droit de résilier le contrat collectif dix jours après le délai de trente jours mentionné ci-dessus. Le contrat non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'Assureur les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement. **Les frais médicaux prescrits pendant la période de suspension de la garantie ne donnent lieu à aucune prise en charge.**

### Médiation

Pour toute précision ou pour toute réclamation, nous vous remercions d'adresser une réclamation écrite au service suivant auprès duquel vous pouvez solliciter à tout moment un nouvel examen de votre réclamation :

**CENTRE DE GESTION**  
**CREDIT AGRICOLE ASSURANCES**  
**TSA 50190**  
**28039 CHARTRES CEDEX**

Toute réclamation écrite est traitée dans les meilleurs délais, sans excéder dix (10) jours ouvrables pour en accuser réception et deux (2) mois pour y répondre.

A l'issue d'un délai de deux mois après l'envoi de votre réclamation écrite, ou si la réponse à cette dernière ne vous donne pas satisfaction, vous pouvez alors recourir gratuitement à une procédure de médiation, en vous adressant au Médiateur de l'assurance à l'adresse suivante :

**La Médiation de l'Assurance**  
**TSA 50110**  
**75441 PARIS Cedex 09**

ou sur le site internet :  
<http://www.mediation-assurance.org>

Toutefois, cette procédure n'est possible que si aucune action judiciaire n'a été engagée.

### Délai de prescription

**Conformément à l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.**

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

**Conformément à l'article L.114-2 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 avis 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 la prestation.**

**Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'alinéa précédent sont :**

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée ;



# VOS GARANTIES

- la demande en justice, même en référé, et y compris dans le cas où elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque la saisine de la juridiction est annulée par l'effet d'un vice de procédure. L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande en justice ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

## Subrogation

Conformément à l'article L.131-2, alinéa 2 du Code des assurances, les prestations ayant un caractère indemnitaire et étant versées en remboursement des frais supportés par l'assuré, l'Assureur est subrogé, à concurrence des sommes versées par lui, dans les droits et actions de l'assuré, contre tout tiers responsable.

## Fausse déclaration

Toute réticence ou fausse déclaration modifiant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion de l'Assureur entraînerait l'application de l'article L.113-8 du Code des assurances, lequel prévoit :

« Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du souscripteur, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par le souscripteur a été sans influence sur le sinistre.

Les primes payées demeurent alors acquises à l'Assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie ».

## Protection des données personnelles

Les données à caractère personnel vous concernant, et concernant vos ayants-droit, collectées dans le cadre de la présente adhésion et au cours de son exécution, sont communiquées à PREDICA, responsable de traitement.

Ces données font l'objet d'un traitement dans le cadre des finalités suivantes : la passation, l'exécution et la gestion des contrats d'assurance, ainsi que la réponse à nos obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur. Le traitement de ces données **est obligatoire** pour l'accomplissement des finalités visées ci-dessus.

Conformément à la législation en vigueur sur la protection des données personnelles, vous êtes informé que vos données à caractère personnel et celles de vos ayants-droit, seront conservées, proportionnellement aux finalités décrites et pour les durées suivantes :

### Dans le cadre de la passation, de l'exécution et de la gestion du contrat :

Ces données sont conservées pour la durée de la relation contractuelle, augmentée des délais nécessaires à la liquidation et à la consolidation de vos droits et de ceux de vos ayants-droit et des durées relatives aux prescriptions applicables.

- Les données d'identification et de connaissance de la personne assurée sont conservées 5 ans à compter de la fin de la relation contractuelle.
- Les données relatives au paiement des prestations sont conservées 5 ans après le paiement de la prestation.
- Dans le cadre de la Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme : 5 ans à compter de la réalisation de l'opération.
- Dans le cadre des obligations de connaissance client, obligations déclaratives fiscales OFAC : conservation selon les durées légales ou réglementaires de prescription applicables.

Conformément à la réglementation en vigueur, PREDICA peut consulter la liste des Nationaux Spécialement Désignés et Personnes Bloquées du Département du Trésor américain (<http://sdnsearch.ofac.treas.gov>).

- Dans le cadre de lutte contre la fraude : 6 mois à compter de l'alerte pour les alertes non pertinentes. Pour les alertes pertinentes, la durée de conservation est de 5 ans à compter de la clôture du dossier de fraude ou prescription légale applicable en cas de poursuite.

Vos données (à l'exclusion du NIR), sont par ailleurs **nécessaires** :

- A la réalisation d'actions de prospection et d'animation commerciales, et à l'élaboration de statistiques, et peuvent être conservées pendant 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale. Au-delà de ces 3 ans, les données sont supprimées.
- Et dans le cadre de la prospection commerciale et en l'absence de conclusion d'un contrat : les données prospects peuvent être conservées pendant un délai de 3 ans à compter du dernier contact resté infructueux. Au-delà de ces 3 ans, les données seront supprimées.

Le traitement des données collectées pour la passation, l'exécution et la gestion du contrat a pour base légale l'exécution contractuelle ;



# VOS GARANTIES

Les traitements de données dans le cadre de : la lutte contre le blanchiment de capitaux, du financement du terrorisme, des obligations de connaissance client, obligations déclaratives fiscales IFU, FATCA, OFAC, EAI, ont pour base légale les obligations légales du Responsable de Traitement ;

Le traitement des données collectées pour la lutte contre la fraude interne et externe a pour base légale l'intérêt légitime du Responsable de Traitement ;

Le traitement des données de santé, collectées pour la bonne exécution du contrat a pour base légale le consentement de la personne concernée;

Le traitement des données dans le cadre de la prospection commerciale a pour base légale l'intérêt légitime du Responsable de Traitement ;

Le traitement des données dans le cadre de la prospection commerciale par voie électronique a pour base légale le consentement de la personne concernée.

Les destinataires de ces données sont : l'intermédiaire d'assurance auprès duquel l'adhésion a été réalisée et le cas échéant, les co-assureurs et ré-assureurs, autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, ainsi qu'à une ou plusieurs sociétés du Groupe Crédit Agricole, chargées de la gestion et de la prévention des risques opérationnels (lutte contre le blanchiment de capitaux, évaluation des risques) au bénéfice de l'ensemble des entités du Groupe, sans possibilité d'opposition de votre part.

Ces données sont également communiquées à nos sous-traitants, dont la liste pourra vous être communiquée sur simple demande selon les modalités précisées ci-après.

Par ailleurs, vos données pourront être communiquées aux entités assurances du Groupe, PACIFICA et CACI, dans le seul et unique but d'une meilleure connaissance client, et afin de vous proposer des produits d'assurance adaptés à vos besoins. Vos données pourront également être utilisées à des fins statistiques. Vous pouvez à tout moment vous y opposer selon les modalités précisées ci-après.

Vous autorisez également PREDICA à communiquer vos coordonnées personnelles à des instituts d'enquêtes ou de sondage, agissant pour le compte exclusif de PREDICA et des sociétés d'assurance du Groupe, PACIFICA et CACI, à des fins statistiques, sachant que vous n'êtes pas tenu de répondre à leurs sollicitations et que vos données sont détruites après traitement. Vous pouvez exercer votre droit d'opposition à ces enquêtes dès le premier contact. Nous soulignons que vous n'êtes pas tenu de répondre à leurs sollicitations, que vous pouvez par ailleurs exercer votre droit d'opposition à ces enquêtes dès le premier contact et que vos données sont détruites après traitement.

En application de la réglementation en vigueur, vous disposez, sur vos données à caractère personnel, ainsi que vos ayants-droit sur leurs données à caractère personnel, des droits :

- d'accès ;
- de rectification ;
- à l'effacement - l'oubli : notamment lorsque les données ne sont plus nécessaires au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées, ou lorsque votre consentement a été exclusivement requis pour le traitement et que vous le retirez (cas de la prospection commerciale par voie électronique par exemple), ou encore si vous vous opposez au traitement. Toutefois, vous ne disposez pas du droit à l'effacement ou à l'oubli lorsque les données concernées sont obligatoires, indispensables à l'exécution du contrat ;
- de limitation : notamment en cas d'inexactitude des données ou lorsque vous contestez le fondement de l'intérêt légitime de collecte de la donnée ;
- d'opposition au traitement de vos données, dès lors qu'il ne s'agit pas de données obligatoires, indispensables à l'exécution du contrat ;
- d'un droit à la portabilité qui vous permet de demander le transfert des données à caractère personnel que vous nous avez fournies et qui font l'objet d'un traitement automatisé dans le cadre de l'exécution du contrat. Vous pouvez demander un transfert soit directement vers vous, soit vers un responsable de traitement que vous nous aurez indiqué. Ce transfert sera effectué dans un format structuré.

L'ensemble de vos droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité, par courrier simple à : PREDICA – Délégué à la Protection des Données – Droit d'accès – 75724 Paris cedex 15.

