

NOTICE D'INFORMATION

relative au contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative
de Frais de Soins de Santé des personnels du Ministère de la Culture

**Cette notice d'information est destinée
aux adhérents du contrat d'assurance
de groupe à adhésion facultative
n° 3038 C (le "Contrat"), souscrit
par le Ministère de la Culture,
agissant pour lui-même et
pour les établissements publics
qui lui sont rattachés, ci-après
dénommé "le Souscripteur",
auprès de CNP Assurances
ci-après dénommée "l'Assureur".**

**Elle constitue un résumé du Contrat,
qui comporte des Conditions Générales
et Particulières.**

I. DISPOSITIONS AFFÉRENTES AU CONTRAT

1. Objet du contrat

Le Contrat n°3038 C, constitué de ses Conditions Générales et Particulières, de ses avenants le cas échéant et de la Convention de preuve, a pour objet de proposer une couverture frais de soins de santé au bénéfice de la population assurable définie à l'article 8 de la présente Notice.

Il est mis en place conformément notamment aux dispositions du décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels, ainsi qu'à la convention de référencement conclue entre le Souscripteur et l'Assureur.

Ce Contrat est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative, souscrit auprès de CNP Assurances, ci-après dénommée « l'Assureur », relevant des branches : 1. Accidents, 2. Maladie mentionnées à l'article R. 321-1 du code des assurances.

Ce Contrat est régi par ses Conditions Générales et ses Conditions Particulières, leurs éventuels avenants ultérieurs ainsi que par le code des assurances et la réglementation en vigueur.

2. Intervenants au Contrat

L'assureur est CNP Assurances, société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré – 341 737 062 RCS Paris – entreprise régie par le code des assurances dont le siège social est situé 4, place Raoul Dautry, 75716 Paris cedex 15 ci-après dénommée « l'Assureur ».

Le souscripteur du Contrat est le Ministère de la Culture, agissant pour lui-même et pour les établissements publics qui lui sont rattachés, situé au 182 rue Saint Honoré 75001 Paris, ci-après dénommé le « Souscripteur ».

La gestion du Contrat est confiée à OWLIANCE, dont le siège social est 109 rue du Faubourg Saint-Honoré 75008 Paris - Société par Actions Simplifiée au capital de 846 976 € - N° ORIAS : 07 030 276 - www.orias.fr - 341 592 582 RCS Paris, ci-après dénommée le « Gestionnaire ».

3. Définitions

Dans le cadre du Contrat, on doit entendre par :

Adhérent : l'agent du Souscripteur, les retraités (actuels et futurs), les ayants cause, appartenant à la population assurable telle que visée à l'article 8 de la présente Notice.

Assuré :

- l'Adhérent,
- l'ensemble des Ayants droit et Ayants cause bénéficiant des garanties du Contrat.

Attestation Vitale : document joint à la Carte Vitale attestant des personnes affiliées au Régime d'assurance maladie de l'assuré social. Cette attestation est à conserver et à présenter avec la Carte Vitale.

Ayants droit :

- Le conjoint de l'Adhérent (agent ou retraité), tel que défini à l'article 143 du Code civil, non séparé de corps judiciairement, ni divorcé, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- Le partenaire de l'Adhérent auquel il est lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), tel que défini à l'article 515-1 du Code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- La personne vivant en concubinage (au sens de l'article 515-8 du Code civil) avec l'Adhérent, exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où l'Adhérent et son concubin sont libres de tout autre lien de même nature et partageant le même domicile ;
- Les enfants de l'Adhérent (agent ou retraité), de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :

- Agés de moins de 18 ans et bénéficiant du régime social de base de l'Adhérent, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;

- Agés de moins de 28 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de Sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la Protection maladie universelle (Puma) ;

- Agés de moins de 28 ans, se trouvant sous contrat d'alternance aux conditions prévues par le Code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;

- Quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation pour adulte handicapé – AAH – (article L. 821-1 du Code de la Sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge.

Ayants cause : les veufs(ves) et orphelins des fonctionnaires, fonctionnaires stagiaires, contractuels et retraités décédés.

Concubin : personne de même sexe ou de sexe différent vivant en couple avec l'Adhérent dans le cadre d'une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité (article 515-8 du Code civil).

Conjoint : personne mariée à l'Adhérent.

Convention de référencement : accord établi entre le Souscripteur et l'Assureur pour la mise en œuvre d'un régime de protection sociale com-

plémentaire de prévoyance et frais de santé et son financement qui permet à l'assureur de bénéficier de la participation financière du Souscripteur en application du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale : dispositifs de maîtrise des dépenses médicales concourant notamment au respect des mesures appropriées pour garantir la qualité des soins.

Médecin traitant : médecin choisi par l'Assuré âgé de 16 ans au moins pour assurer la coordination de ses soins tel qu'indiqué à son Régime Obligatoire d'assurance maladie, dans le cadre de la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie.

Médecin correspondant : généraliste ou spécialiste vers lequel le patient est orienté par son médecin traitant.

Montant Remboursé (MR) : base de Remboursement du Régime Obligatoire d'assurance maladie (BR) multipliée par le taux de remboursement.

Parcours de soins coordonnés : mode d'accès aux soins prévoyant, pour le patient, un recours quasi systématique à son médecin traitant à chaque problème de santé, notamment avant toute consultation d'un médecin spécialiste, sauf exceptions notifiées par le Régime Obligatoire d'assurance maladie telles que : ophtalmologues, gynécologues, psychiatres, neuropsychiatres, stomatologues.

Partenaire de Pacs : personne avec laquelle l'Adhérent a conclu un Pacte civil de solidarité (Pacs). Il s'agit d'un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du Code civil).

Régime Obligatoire : régime général ou local obligatoire d'assurance maladie auquel l'Assuré est assujéti, couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

Souscripteur : l'Administration qui souscrit le Contrat au bénéfice de ses personnels visés à la Convention de référencement.

Tarif d'Autorité (TA) : tarif forfaitaire permettant de calculer le remboursement du Régime Obligatoire d'assurance maladie pour les soins des professionnels non-conventionnés.

Ticket modérateur (TM) : part des frais de soins de santé non remboursée par le Régime Obligatoire d'assurance maladie égale à la différence entre la Base de Remboursement (BR) et le Montant Remboursé (MR).

4. Informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance

Les informations précontractuelles spécifiques à la commercialisation à distance sont :

- Le Contrat n° 3038 C est assuré par CNP Assurances - Société Anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré – 341 737 062 RCS Paris - dont le siège social est situé 4, place Raoul Dautry – 75716 Paris Cedex 15.
- Le Contrat n° 3038 C est souscrit par le Ministère de la Culture, agissant pour lui-même et pour les établissements publics qui lui sont rattachés, situé au 110 rue de Grenelle 75007 Paris.
- Le Contrat n° 3038 C est géré par OWLIANCE, dont le siège social est 109 rue du Faubourg Saint-Honoré 75008 Paris - Société par Actions Simplifiée au capital de 846 976 € - N° ORIAS : 07 030 276 - www.orias.fr - 341 592 582 RCS Paris.
- L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 61, rue Taitbout - 75009 Paris.
- Le montant de cotisation est indiqué sur le Certificat d'adhésion.
- L'adhésion se termine le 31 décembre suivant sa date de conclusion et se renouvelle ensuite par tacite reconduction conformément à l'article 11, sauf cas de cessation de l'adhésion mentionnées à l'article 12.
- Les garanties sont mentionnées à l'article 38 et ses sous articles respectifs.
- Les exclusions du Contrat n° 3038 C sont précisées à l'article 41.
- L'offre contractuelle contenue dans la simulation est valable 30 jours et au plus tard jusqu'au 31 décembre de l'année de son émission.
- Les dates de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet des garanties sont définies aux articles 10 et 29.
- L'adhésion au Contrat n° 3038 C s'effectue selon les modalités décrites aux articles 9.1 et 9.2.
- Les modalités de versement des cotisations sont indiquées à l'article 19. Le paiement de la première cotisation s'effectue par débit d'un compte au nom de l'Assuré ouvert auprès d'un établissement financier établi dans un

Etat membre de l'Union européenne ou dans un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou dans un pays tiers imposant des obligations équivalentes en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

- Les frais afférents à la vente à distance – coûts téléphoniques, connexions Internet, frais d'impression et de port liés à l'envoi des documents contractuels par l'Assuré – sont à la charge de celui-ci et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.
- Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues à l'article 22.
- Les relations contractuelles et précontractuelles entre l'Assureur et l'Assuré sont régies par le droit français. L'Assureur et le Souscripteur utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.
- Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 23.
- Il existe un Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et autres infractions (loi n° 90-86 du 23 janvier 1990).
- L'Assuré a le droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, ce qui lui permet de ne pas être démarché par des professionnels avec lesquels il n'a pas de contrats en cours (modalités sur le site www.bloctel.gouv.fr).

5. Prise d'effet, durée, renouvellement et résiliation du Contrat

Le Contrat prend effet le 1^{er} janvier 2018 et cesse le 31 décembre 2024.

A l'expiration de cette période, le Contrat peut être prorogé une seule fois pour des motifs d'intérêt général, pour une durée **ne pouvant pas excéder un (1) an, soit jusqu'au 31 décembre 2025.**

Toutefois, le Contrat est résiliable annuellement à l'échéance, soit le 31 décembre, quel que soit le motif, moyennant un préavis de :

- 4 mois pour l'Assureur ;
- 2 mois pour le Souscripteur.

En tout état de cause, cette résiliation devra être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception.

En outre, la résiliation de la convention de référencement ou la perte par l'Assureur de la qualité d'organisme de référence entraîne de plein droit la caducité du Contrat.

En cas de résiliation du Contrat, l'Assureur s'engage à proposer une couverture individuelle avec des niveaux de garanties identiques aux adhérents préalablement couverts au titre du Contrat. Cette nouvelle adhésion s'effectuera sans délai d'attente ni formalités médicales.

6. Modification et révision du contrat

Le Contrat peut être modifié par l'Assureur en accord avec le Souscripteur, par voie d'avenant au Contrat d'assurance de groupe.

En cas de modification des droits et obligations des Assurés, l'Assureur, sur délégation du Souscripteur, est tenu d'en informer par écrit les Adhérents au moins trois mois avant leur date de prise d'effet.

Il incombe à l'Assureur, sur délégation du Souscripteur, de conserver la preuve de l'information des Adhérents.

7. Fausse déclaration intentionnelle ou non

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte de la part du Souscripteur entraîne la nullité de la souscription ou la réduction des garanties conformément aux articles L 113-8 et L 113-9 du code des assurances.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte de la part de l'Adhérent et/ou ayant droit entraîne, quelle que soit la garantie mise en jeu, la nullité de la couverture de l'Adhérent et de ses éventuels ayants droit ou la réduction des garanties conformément aux articles L 113-8 et L 113-9 du code des assurances.

II. DISPOSITIONS AFFÉRENTES À L'ADHÉSION

8. Population assurable

Peuvent adhérer au Contrat

- Les agents titulaires (fonctionnaires) et non titulaires de droit public (contractuels) ;
- Les stagiaires (pré-titularisation) ;
- Les retraités ;
- Les Ayants-cause : veufs(ves) et orphelins des fonctionnaires, fonctionnaires stagiaires, contractuels de droit public et retraités décédés ;

- du Ministère de la Culture,
- de l'ensemble des établissements publics autres que ceux à caractère industriel et commercial qui lui sont rattachés.
- Les agents détachés ou mis à disposition, auprès d'autres Ministères, établissements publics ou collectivités et les agents en disponibilité, en congé parental et en congé sans traitement peuvent également adhérer au Contrat.

Bénéficient des garanties du Contrat les adhérents et leurs Ayants-droit éventuels, tels que décrits à l'article 2 de la présente Notice, affiliés conformément aux dispositions du III « Dispositions afférentes à l'affiliation » de la présente Notice.

9. Adhésion

9.1 - Formalités d'Adhésion

Les formalités d'adhésion sont obligatoires.

La demande d'adhésion se fait au moyen d'un bulletin d'adhésion rempli et signé par le candidat à l'assurance. Ce bulletin définit notamment la formule de garantie choisie.

Devront être joints au bulletin d'adhésion les éléments suivants :

- une photocopie recto verso, datée et signée, d'une pièce d'identité en cours de validité
- une copie de l'attestation vitale
- une copie du dernier bulletin de paie
- une copie de l'arrêté d'affectation pour les fonctionnaires ou une copie de la décision d'affectation ou du contrat de travail pour les contractuels de droit public
- un RIB.

Les éléments et les formalités d'adhésion peuvent être recueillis :

- par téléphone : 01 84 25 04 24 (appel non surtaxé)
- par internet : sur le site <https://anticipa.cnp.fr>
- par e-mail : contact@anticipa.cnp.fr

et transmis :

- par Internet : sur le site <https://anticipa.cnp.fr>
- e-mail : serviceclient@anticipa.cnp.fr (uniquement pour les pièces justificatives)
- par voie postale : CNP Assurances - Anticipa, 28 bis rue de Courcelles, 51100 Reims

9.2 - Formalités d'Adhésion par voie électronique

Modalités d'adhésion

L'adhésion est réalisée sur la base des renseignements fournis par le candidat à l'assurance, en réponse à un questionnaire visant à recueillir les éléments permettant l'identification du Candidat à l'assurance et l'évaluation des risques à assurer.

L'ensemble des renseignements fournis en réponse au questionnaire donne lieu à l'établissement d'une proposition d'assurance.

À chaque étape qui précède la signature en ligne de l'adhésion, l'Adhérent a la possibilité de modifier les éléments saisis ou d'abandonner la procédure.

Après avoir pris connaissance des dispositions contractuelles, la proposition d'adhésion à l'assurance est validée par l'Adhérent au moyen de la signature électronique. La signature électronique est un élément indispensable pour la validité de l'adhésion. Elle se matérialise dans le pavé acceptation par la validation des cases à cocher et du clic sur le bouton « confirmer ».

Dès la validation de l'adhésion, le certificat d'adhésion qui matérialise l'acceptation de l'Assureur et comporte le numéro de l'adhésion de l'Assuré est émis. Un e-mail de confirmation est adressé à l'Assuré par le Souscripteur. L'Assuré peut consulter son certificat d'adhésion dans son espace personnel.

La signature électronique permet de garantir l'authenticité et l'intégrité des informations fournies à l'Adhérent (proposition, Notice d'information, certificat d'adhésion). En cas de contestation, ces informations ont seule valeur probante.

Consultation et archivage des documents

Chaque document contractuel mis à la disposition de l'Assuré lors de son adhésion peut faire l'objet d'une impression sur support papier et d'un enregistrement au format Pdf sur le disque dur de son ordinateur. Par ailleurs, les documents contractuels sont archivés sur un support fiable et durable. Ces documents sont accessibles à tout moment dans l'espace personnel de l'Assuré, pendant un délai conforme aux exigences légales.

Convention de preuve

Les données fournies par l'utilisateur du site Internet ainsi que les écrits électroniques ont la même valeur probante qu'un écrit manuscrit. Les informations fournies sont susceptibles d'être produites en tant que preuve en cas de litige entre les Parties et l'Assuré.

Les Parties et l'Assuré acceptent que les données stockées et archivées par voie informatique constituent la preuve des actes passés en ligne par l'utilisateur.

L'éditeur du site et l'hébergeur déclinent toute responsabilité en cas de dysfonctionnement pouvant résulter de l'utilisation de l'équipement personnel de l'utilisateur pour accéder aux différents services, de faits propres aux fournisseurs d'accès ou d'un cas de force majeure. Il appartient à l'Assuré d'assurer la sécurité de son ordinateur. Lorsque l'Assuré accède à Internet, il doit vérifier soigneusement l'adresse affichée par son navigateur Internet, vérifier sa dernière connexion, se déconnecter après chaque utilisation, ne jamais cliquer sur un lien contenu dans un e-mail non sollicité, supprimer ses e-mails douteux sans les ouvrir.

10. Date de conclusion de l'adhésion

L'adhésion est conclue sous réserve du paiement de la cotisation :

- Soit à la date qui correspond au 1^{er} jour du mois qui suit la réception du bulletin d'adhésion et des pièces justificatives obligatoires par le Gestionnaire, cachet de la poste faisant foi si la demande est faite entre le 1^{er} et le 14 du mois,
- Soit à la date qui correspond au 1^{er} jour du 2^{ème} mois qui suit la réception du bulletin d'adhésion et des pièces justificatives obligatoires par le Gestionnaire, cachet de la poste faisant foi si la demande est faite entre le 15 et le dernier jour du mois,
- En cas d'adhésion par voie électronique, soit au 1^{er} jour du mois qui suit la réception du mail de confirmation validant l'adhésion si ce mail est reçu entre le 1^{er} et le 14 du mois, soit à la date qui correspond au 1^{er} jour du 2^{ème} mois qui suit la réception du mail de confirmation si la demande est faite entre le 15 et le dernier jour du mois.

11. Durée de l'adhésion

La durée de l'adhésion court de la date de conclusion jusqu'au 31 décembre suivant.

L'adhésion est annuelle et se renouvelle ensuite chaque 1^{er} janvier sauf dénonciation par l'Adhérent formulée par lettre recommandée adressée à l'Assureur deux mois avant cette date, soit le 31 octobre.

12. Cessation de l'adhésion

L'adhésion cesse :

- à la date à laquelle l'Adhérent ne remplit plus les conditions pour bénéficier des garanties au titre de la Convention de référencement ;
- à la date d'effet de la résiliation ou de non renouvellement du Contrat sans préjudice des dispositions relatives au maintien des garanties de l'article 33 de la présente Notice ;
- en cas de perte par l'Assureur de la qualité d'organisme de référence ;
- à la date d'effet de la dénonciation de l'adhésion par l'Adhérent, notifiée à l'Assureur par lettre recommandée avant le 1^{er} novembre ;
- en cas de non-paiement des cotisations conformément aux dispositions de l'article 20 de la présente Notice ;
- en cas d'exercice de la faculté de renonciation, telle que prévue à l'article 22 de la présente Notice ;
- au décès de l'Adhérent.

La cessation de l'Adhésion emporte cessation de l'Affiliation des éventuels Ayants droit. L'Adhérent est chargé d'en informer ses ayants droit, le cas échéant.

III. DISPOSITIONS AFFÉRENTES A L'AFFILIATION

13. Ayants droit pouvant être affiliés

Peuvent être affiliés au titre du Contrat, les Ayants droit de l'Adhérent, tels que définis à l'article 3 de la présente Notice.

14. Formalités d'Affiliation

Pour affilier ses Ayants droit au Contrat, l'Adhérent indique sur le Bulletin d'adhésion leur nom de naissance, prénom, date de naissance, sexe,

numéro d'affiliation au Régime Obligatoire d'assurance maladie, et le régime obligatoire de rattachement.

Pour les affiliations ultérieures, l'Adhérent adresse à l'Assureur sa demande d'affiliation sur papier libre avec les mêmes informations.

Aucune formalité médicale n'est exigée.

En tout état de cause, la demande d'Affiliation doit être accompagnée des justificatifs suivants :

CONJOINT

- Une photocopie du livret de famille ou de l'acte de mariage ;

PARTENAIRE DE PACS

- Une attestation du pacte civil de solidarité établie par le tribunal d'instance ou par un notaire, ou une copie intégrale de l'acte de naissance ;

CONCUBIN

- Une facture aux deux noms, justifiant du domicile commun ;

ENFANT DE PLUS DE 18 ANS ET ÂGÉS DE MOINS DE 28 ANS

Suivant la situation :

- un certificat de scolarité ;
- une copie du contrat de formation professionnelle en alternance ;

ENFANT HANDICAPÉ À CHARGE

- Une attestation de bénéfice d'une allocation handicap mentionnant la date de reconnaissance du handicap ;

POUR TOUS LES ASSURÉS

- une copie de l'attestation d'ouverture des droits auprès d'un Régime d'assurance maladie.
- Une copie de la Carte Nationale d'Identité recto – verso en cours de validité.

Ces pièces peuvent être demandées annuellement sur demande de l'Assureur.

L'Adhérent et ses Ayants droit ne peuvent être assurés qu'au titre d'une seule adhésion. Chacun a alors la qualité d'Assuré.

Seuls les Ayants droit dûment déclarés auprès de l'Assureur, dans les conditions fixées ci-dessus, peuvent avoir la qualité d'Assuré au titre du Contrat.

15. Date de conclusion de l'affiliation

La date de conclusion de l'Affiliation est :

- Soit la date de conclusion de l'adhésion, telle que définie à l'article 10, si la demande d'affiliation au Contrat est formulée en même temps,
- Soit la date figurant sur le nouveau Certificat d'adhésion émis suite à la demande d'affiliation, si celle-ci survient postérieurement à l'adhésion au Contrat.

La date retenue est celle du 1^{er} jour du mois civil qui suit la demande, sauf en cas de mariage ou de naissance/adoption déclaré dans les 2 mois qui suivent leur survenance ; dans cette hypothèse, c'est la date de l'évènement qui sera retenue.

16. Durée de l'affiliation

L'affiliation est annuelle et se renouvelle à chaque 1^{er} janvier sauf modification ou dénonciation par l'Adhérent formulée par lettre recommandée adressée à l'Assureur deux mois avant cette date, soit le 31 octobre.

17. Cessation de l'Affiliation

L'Affiliation cesse dans les mêmes cas que ceux visés à l'article 12 du Contrat.

Outre ces cas, l'Affiliation cesse également :

- A la date à laquelle l'Ayant droit ne répond plus à la définition mentionnée à l'article 3 de la présente Notice ;
- Au jour du décès de l'Ayant droit ;
- Au 1^{er} jour du mois qui suit la demande de radiation de l'Adhérent qui justifie que l'Ayant droit bénéficie de la CMUC (Couverture Maladie Universelle Complémentaire) ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé,
- Au 1^{er} jour du mois qui suit l'envoi par l'Adhérent, le cachet de la Poste faisant foi, de sa demande de radiation. Seul l'Adhérent peut demander la radiation d'un ou plusieurs Ayants droit. Pour ce faire, l'Adhérent informe l'Assureur par courrier. **En tout état de cause, l'Adhérent est en charge d'informer son Ayant droit de cette radiation.**

IV. DISPOSITIONS AFFÉRENTES AUX COTISATIONS

18. Taux et assiette des cotisations

Les garanties sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle dont le montant / les caractéristiques est/sont précisé(s) en Annexe 1 de la présente Notice.

L'assiette de cotisation correspond à la rémunération brute fiscale pour les actifs et la pension soumise à l'impôt sur le revenu pour les retraités. Pour les agents sans traitement, l'assiette est définie comme étant la rémunération brute fiscale qu'ils auraient perçue s'ils n'avaient pas cessé leur activité.

Pour les Ayants droit et les Ayants cause, l'assiette de cotisation correspond au Plafond annuel de la Sécurité sociale.

Les taux de cotisation sont précisés en Annexe 1 de la présente Notice.

19. Paiement des cotisations

La cotisation est payable mensuellement d'avance dans les dix (10) jours précédant chaque échéance. Le paiement de la cotisation est effectué par le débit d'un compte ouvert au nom de l'Adhérent.

Dans le cadre de la commercialisation à distance, le paiement de la première cotisation s'effectue par débit d'un compte au nom de l'Adhérent ouvert auprès d'un établissement financier établi dans un Etat membre de l'Union européenne ou dans un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou dans un pays tiers imposant des obligations équivalentes en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

20. Défaut de paiement des cotisations

Conformément aux dispositions de l'article L. 141-3 du code des assurances, à défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans le délai prévu ci-dessus, l'Assureur, sur délégation du Souscripteur, adressera à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure, l'informant de la résiliation de son Adhésion au terme d'un délai de quarante (40) jours à compter de son envoi, sauf régularisation de sa situation entre temps.

Même en cas de résiliation, la totalité de la cotisation impayée restera due par l'Adhérent.

V. DISPOSITIONS AFFÉRENTES AUX DROITS ET INFORMATIONS DU SOUSCRIPTEUR ET DES ADHÉRENTS

21. Notice d'Information

L'Assureur, sur délégation du Souscripteur, remet aux Adhérents une notice d'information qui définit notamment la nature et le montant des garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre. Il incombe à l'Assureur, sur délégation du Souscripteur, de conserver la preuve de la remise de la notice à l'Adhérent.

L'Assureur, sur délégation du Souscripteur, est tenu d'informer les adhérents par écrit de toute modification éventuelle dans les garanties et leur mise en jeu trois mois avant la date prévue de son entrée en vigueur.

L'Adhérent est en charge d'informer, le cas échéant, ses Ayants droit dûment affiliés.

22. Faculté de renonciation

22.1 - Délai de renonciation

Quel que soit le mode de commercialisation (vente par démarchage ou vente à distance ou vente en face à face), l'Adhérent bénéficie à titre contractuel d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion.

Pendant cette période de 30 jours, aucune cotisation n'est due, et les garanties ne prennent pas effet. **Un sinistre survenant pendant cette période ne donne donc pas lieu à prise en charge.**

L'Adhérent a toutefois la possibilité de demander, lors de son Adhésion, la mise en œuvre immédiate de la garantie. Dans cette hypothèse, et sous réserve du paiement de la cotisation correspondante, la garantie prend effet à la date de conclusion de l'adhésion, l'Assuré conservant malgré tout et **sauf survenance d'un sinistre couvert pendant le délai de 30 jours, la possibilité de renoncer à son adhésion dans le délai et les conditions prévus au présent article.**

22.2 - Modalités de renonciation

Pour exercer son droit à renonciation, l'Adhérent doit adresser à l'Assureur une lettre recommandée avec avis de réception rédigée selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) M (Mme) (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat n°3038 C que j'ai signé le à (Lieu d'adhésion). Le (Date et signature) »

22.3 - Effets de la renonciation

L'Assureur procède alors au remboursement sur le compte bancaire ouvert au nom de l'Adhérent de l'intégralité des cotisations versées dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec avis de réception.

Les effets sur l'Adhésion au contrat d'assurance varient en fonction de son mode de commercialisation :

- si l'assurance a fait l'objet d'une vente à distance ou d'une vente en face à face, l'adhésion est réputée n'avoir jamais existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par l'Assureur de la lettre de renonciation en recommandé avec avis de réception.
- si l'assurance a fait l'objet d'une vente par démarchage, l'adhésion est résiliée à compter de la réception de la lettre de renonciation en recommandé avec avis de réception. L'Adhérent reste cependant tenu au paiement intégral de la cotisation annuelle dès lors que, après avoir renoncé, il demande la prise en charge d'un sinistre né durant la période de garantie, mais dont il n'avait pas connaissance au jour de la renonciation.

23. Renseignements - Réclamations - Médiation

Les demandes de renseignements ou les réclamations sur l'interprétation du Contrat doivent être formulées auprès de l'Assureur.

Pour toute réclamation, le Souscripteur, l'Assuré peu(ven)t s'adresser à l'Assureur.

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur, et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, l'Assuré pourra s'adresser à la Médiation de l'assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux.

24. Informatique et libertés

Les informations collectées concernant l'Assuré sont nécessaires au traitement de sa demande et à la gestion de son adhésion ou de son affiliation.

Ces informations sont à destination de l'Assureur, de ses délégataires, prestataires ou réassureurs.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, l'Assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification voire d'opposition pour motif légitime. Pour ce faire, l'Assuré peut adresser une demande écrite à CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4, place Raoul Dautry 75716 Paris Cedex 15.

25. Prescription

Conformément à l'article L.114-1 du code des assurances, toutes actions dérivant du contrat d'assurance 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 fausse 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.

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

En vertu de l'article L. 114-2 du code des assurances, la prescription peut être interrompue par la citation en justice, le commandement, la saisie, l'acte du débiteur par lequel celui-ci reconnaît le droit de celui contre lequel il prescrivait, la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou 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 cotisation et par l'assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

26. Autorité chargée du contrôle

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 61, rue Taitbout – 75436 Paris Cedex 09.

27. Lutte anti blanchiment

Comme toute compagnie d'assurances, l'Assureur est soumis au respect de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux, le financement du terrorisme et la corruption en application du code monétaire et financier.

C'est pourquoi l'Assureur a l'obligation d'identifier et de connaître les Assurés. Les informations ainsi recueillies sont rendues accessibles à l'Assureur afin de lui permettre de respecter les obligations auxquelles il est soumis.

VI. DISPOSITIONS GÉNÉRALES AFFÉRENTES AUX GARANTIES

28. Définition des garanties et des prestations

Les garanties et prestations sont définies au VII « Dispositions générales afférentes aux garanties ». La nature et le montant des garanties et prestations choisis par l'Adhérent, tels que précisés au Bulletin d'adhésion sont reportés dans le Certificat d'Adhésion.

29. Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet :

- Pour l'Adhérent, à la date de conclusion de son adhésion telle que définie à l'article 10 de la présente Notice, à sa demande expresse et sous réserve de l'encaissement de la première cotisation ;
- Pour l'Ayant droit, à la date de conclusion de son affiliation telle que définie à l'article 15 de la présente Notice, sous réserve de l'encaissement de la cotisation correspondante.

30. Modification du choix de garanties par l'Adhérent

En cours d'adhésion, l'Adhérent peut modifier son niveau de garantie à la hausse. La modification prendra effet au 1^{er} mois suivant la demande. **Une nouvelle modification de choix de formule à la baisse ne sera possible qu'après une période de couverture de 24 mois au titre de l'option.**

La modification prendra effet :

- au 1^{er} jour du mois suivant la demande si celle-ci est faite entre le 1^{er} et le 14 du mois,
- au 1^{er} jour du 2^{ème} mois suivant la demande si celle-ci est faite entre le 15 et le dernier jour du mois.

La modification vaut tant pour l'Adhérent que pour ses Ayants droit et est subordonnée au paiement de la cotisation afférente. L'Adhérent informe ses Ayants droit, le cas échéant.

Cas particulier du changement de situation de famille

A tout moment en cas de changement de situation de famille (mariage, divorce, naissance d'un enfant, décès du conjoint...) l'Adhérent peut modifier son niveau de garantie.

En cas de cessation du contrat de travail du conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin, l'Adhérent peut également modifier son niveau de garantie.

La date d'effet de cette modification est fixée au :

- au 1^{er} jour du mois suivant la demande si celle-ci est faite entre le 1^{er} et le 14 du mois,
 - au 1^{er} jour du 2^{ème} mois suivant la demande si celle-ci est faite entre le 15 et le dernier jour du mois,
- sous réserve que cette dernière soit effectuée dans le délai d'un mois suivant l'événement.

31. Mise en œuvre des garanties

Les garanties sont mises en œuvre à l'initiative de l'Adhérent ou de ses Ayants droit affiliés qui présentent à l'appui de leur demande toutes pièces justifiant des dépenses engagées. Cette liste des pièces justificatives à fournir figure à l'article 42 de la présente Notice.

Une fois établi le droit à prestations, celles-ci sont alors versées par l'Assureur à l'Adhérent par virement sur un compte bancaire à son nom.

32. Territorialité du contrat

Les garanties sont acquises dans le monde entier, à condition que le Régime Obligatoire d'assurance maladie de l'Assuré intervienne.

33. Maintien des garanties

En cas de congé pour raison de santé prévu par le statut de la fonction publique (Congé de maladie ordinaire (CMO), Congé de longue maladie

(CLM), Congé de longue durée (CLD), Congé de grave maladie pour les agents non titulaires (CGM)), mise à la retraite par anticipation pour invalidité ou par le Code du travail le cas échéant, les garanties frais de santé sont maintenues dans les conditions antérieures, si l'agent n'en manifeste pas la volonté contraire avant le début effectif de son congé.

34. Cessation des garanties

Le droit à garantie cesse pour chaque Adhérent et ses Ayants droit le cas échéant, dans les cas de cessation de l'adhésion et/ou de l'affiliation, décrits aux articles 12 et 17 de la présente Notice.

35. Conséquences de la cessation des garanties

La cessation des garanties met fin automatiquement à la couverture d'assurance pour l'Adhérent et ses Ayants droit.

Les dépenses se rapportant à des soins effectués par l'Assuré postérieurement à la cessation de son Adhésion ou de son Affiliation, même s'ils ont fait l'objet d'un devis ou d'une ordonnance antérieurs, ne sont pas pris en charge.

36. Caractère indemnitaire – Assurances cumulatives

36.1 - Caractère indemnitaire

Conformément à l'article 9 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, **le montant des remboursements ne peut excéder le montant de la dépense réellement effectuée**, compte tenu des prestations servies par le Régime Obligatoire d'assurance maladie, un organisme d'assurance de toute nature, ou éventuellement un tiers responsable.

36.2 - Assurances cumulatives

Conformément à l'article L. 121-4 du code des assurances, l'Adhérent est tenu d'informer l'Assureur de l'existence d'autres contrats d'assurance couvrant le même risque.

En cas de sinistre, l'Adhérent pourra obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'assureur de son choix, chaque contrat produisant ses effets dans les limites des garanties qu'il prévoit, le remboursement total ne pouvant toutefois excéder le montant des frais restés à sa charge.

37. Subrogation

Conformément à l'article 29-3 de la loi du 5 juillet 1985 et à l'article L. 131-2 du code des assurances, l'Assureur est subrogé dans les droits de l'Assuré victime d'un accident contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que l'Assureur a exposées, à due concurrence de la part d'indemnités mise à la charge du tiers qui répare les conséquences pécuniaires de l'impossibilité de l'Assuré à travailler.

VII. DISPOSITIONS GÉNÉRALES AFFÉRENTES AUX GARANTIES

38. Objet et montant

La garantie a pour objet de servir à l'Adhérent des prestations à l'occasion des frais de soins de santé qu'il a engagés dans les conditions et limites prévues par le Contrat. Cette garantie peut être étendue aux frais concernant les Ayants droit de l'Adhérent.

Ne donnent lieu à prestations que les frais engagés pour des soins effectués par un chirurgien, un praticien qualifié ou un dentiste ou sur prescription écrite de l'un d'eux, et dans les conditions prévues par le régime d'assurance Maladie.

L'étendue et le montant des garanties sont précisés en Annexe 2 de la présente Notice, dans le cadre :

- des dispositions relatives au « Contrat responsable », telles que prévues aux articles L. 871-1 et R. 871-2 du code de la Sécurité sociale ;
- des dispositions relatives au panier de soins visé aux articles L. 911-7 et D. 911-1 du code de la Sécurité sociale.

39. Contrat solidaire et responsable

39.1 – Contrat solidaire

Le Contrat est solidaire, dès lors que la cotisation due n'est pas fixée en fonction de l'état de santé de l'Adhérent et, le cas échéant, de ses Ayants droit affiliés et que le Contrat ne prévoit le recueil d'aucune information médicale.

39.2 – Contrat responsable

Le Contrat répond aux exigences du « contrat responsable », telles qu'édictées par les articles L. 871-1 et R. 871-1 à R. 871-2 du code de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} avril 2015.

À ce titre, les garanties prennent en charge tout ou partie de la participation de l'Assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie prévue au I de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires, y compris les prestations liées à la prévention, et du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la Sécurité sociale.

Les garanties fixent les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, en distinguant, le cas échéant, ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la Sécurité sociale de ceux des médecins non adhérents. Si le contrat propose cette garantie, les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la Sécurité sociale sont pris en charge, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la Sécurité sociale minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité.

Les garanties fixent également les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, notamment les dispositifs d'optique médicale. Ces conditions peuvent comprendre des plafonds de prise en charge distincts par catégorie de prestations notamment ainsi que, s'agissant des soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et de certains dispositifs médicaux à usage individuel, des niveaux minimaux de prise en charge.

Si le contrat propose une couverture des frais exposés par l'Assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, la couverture des dépenses d'acquisition de ces dispositifs, à hauteur des minima et dans la limite des maxima incluant la participation des Assurés dans les conditions visées au 3°) de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale.

Le contrat permet à l'Assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité.

Par ailleurs, les garanties excluent la prise en charge :

- de la participation forfaitaire prévue à l'article L. 160-13 II du code de la Sécurité sociale (sauf exceptions réglementaires),
- de la franchise annuelle prévue à l'article L. 160-13 III du code de la Sécurité sociale concernant les médicaments, le transport et les actes paramédicaux tels que précisés dans le tableau des garanties,
- de la majoration du Ticket Modérateur en cas de consultations ou visites de médecin effectuées en dehors du Parcours de soins coordonnés (sans prescription du Médecin traitant ou sans désignation du Médecin traitant),
- des dépassements d'honoraires lorsque l'Assuré refuse à un professionnel de santé d'accéder à son dossier médical,
- des dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques ou techniques des médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du Médecin traitant (hors parcours ou protocole de soins).

40. Définition des prestations

Les prestations dues par l'Assureur sont calculées acte par acte pour les frais ayant fait l'objet d'un remboursement de la Sécurité sociale, du régime de base obligatoire ou entrant dans le champ des garanties du Contrat, postérieurement à l'adhésion de l'Adhérent ou à l'affiliation de ses Ayants droit et pendant la durée de ces dernières.

Les garanties et prestations sont précisées en Annexe 2 de la présente Notice.

Conformément à l'article 9 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, **le montant des remboursements ne peut excéder le montant de la dépense réelle compte tenu des prestations servies par la Sécurité sociale, un organisme d'assurance ou éventuellement un tiers responsable.**

Les prestations du Contrat viennent en complément du remboursement opéré par le Régime Obligatoire d'assurance maladie obligatoire et de tout autre contrat d'assurance, dans la limite des frais réels.

Lorsque la garantie prévoit la prise en charge de frais dentaires ou d'optique n'ayant fait l'objet d'aucun remboursement par la Sécurité sociale ou le régime de base obligatoire, le remboursement complémentaire est effectué à partir de la base de remboursement de la Sécurité sociale ou le régime de base obligatoire correspondant aux actes proposés.

Lorsque la garantie prévoit un mode de remboursement spécifique au titre de l'hospitalisation chirurgicale pour les interventions de chirurgie, peuvent être remboursés :

- les frais d'opération,
- les frais d'hospitalisation chirurgicale,
- les frais de soins pré-opératoires intervenant dans un délai maximum de deux (2) mois avant la date de l'opération,
- les frais de soins post-opératoires intervenant dans un délai maximum de trois (3) mois après la date de l'opération,
- les frais de garde et de transport en ambulance.

Au titre de l'hospitalisation médicale peuvent être remboursés :

- les frais de transport en ambulance du malade,
- les séjours en hôpital, clinique, sanatorium, préventorium, aérisme, centre de rééducation ou établissement psychiatrique dans lequel le séjour est motivé par un traitement curatif, centre héliomarin, maison d'enfants ou de repos à caractère sanitaire.

Sont toutefois exclus de l'hospitalisation médicale les frais de séjour à la campagne, à la mer, à la montagne, engagés pour des cures thermales ou relevant d'une intervention chirurgicale, sauf lorsque ceux-ci font l'objet d'une prise en charge par le régime obligatoire d'Assurance maladie.

• **Pour un séjour en établissement hospitalier** peuvent être pris en charge :

- les suppléments de tarif appliqués par l'établissement pour chambre seule ou régime particulier, à l'exclusion des frais à caractère personnel tels que : journaux, télévision, téléphone, suppléments hôteliers, services et locations divers,
- les frais d'accompagnant engagés par la personne dont la présence auprès de l'enfant hospitalisé, âgé de moins de 12 ans, a été reconnue nécessaire par certificat médical ; sont remboursées les indemnités de lit et de repas.

• **Les frais de cure thermique** ouvrent droit, s'ils sont pris en charge par la Sécurité sociale, à une indemnité précisée en Annexe 2 de la présente Notice, dans la limite des frais exposés.

41. Exclusions

L'Assureur ne garantit pas les frais de traitement et opérations de rajeunissement et les frais de chirurgie esthétique, sauf lorsque ceux-ci font l'objet d'une prise en charge par le régime d'assurance maladie.

42. Paiement des sommes garanties

Le dossier complet de demande de prise en charge doit être transmis dans les jours qui suivent la date du règlement de la Sécurité sociale, de

notification de refus de celle-ci, à défaut la date de l'événement donnant droit à prestation d'assurance, au plus tard dans un délai de six (6) mois.

À défaut de déclaration de sinistre dans ce délai, une déchéance partielle de garantie peut être appliquée conformément à l'article L. 113-2 du code des assurances, dès lors que cette déclaration tardive cause un préjudice à l'Assureur.

Ne peuvent être transmises à l'Assureur que les demandes de prestations des Ayants droit dûment affiliés.

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR :

Les demandes de prestations doivent être accompagnées d'un relevé d'identité bancaire au nom de l'Adhérent (lors de la première demande) et des pièces justificatives suivantes :

> Si l'Assureur reçoit directement les décomptes Sécurité sociale (NOEMIE)

Hospitalisation chirurgicale ou médicale (Établissement conventionné ou non conventionné)

- Facture originale acquittée de l'établissement hospitalier (forfait hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement...)

Hospitalisation à domicile (HAD)

- Facture forfaitaire acquittée indiquant le prix de la journée
- Prescription médicale, dossier médical et validation du médecin coordonnateur de la structure HAD

Optique

- Facture détaillée
- Prescription médicale indiquant la correction visuelle
- Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité sociale
- Note d'honoraires originale du praticien détaillant le nombre d'yeux opérés en cas de traitement chirurgical des troubles visuels

Dentaire

- Facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la nomenclature de la Sécurité sociale

Cure thermique

- Facture acquittée du séjour

Et

> Si hors télétransmission (L'Assureur ne reçoit pas directement les décomptes Sécurité sociale (NOEMIE))

- Décompte original de la Sécurité sociale.

Les sommes dues sont réglées à l'Adhérent uniquement, dès lors que l'Assureur est en possession d'un dossier complet de demande de prestation. Le cas échéant, l'Adhérent reverse les sommes aux Ayants droit concernés.

ANNEXE 1 : TAUX ET ASSIETTE DES COTISATIONS



Formule Essentielle

Actifs Régime Général (cotisations exprimées en % du traitement de référence)

	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année	5 ^{ème} année	6 ^{ème} année	7 ^{ème} année
≤ 30 ans	1,04%	1,04%	1,04%	1,04%	1,04%	1,04%	1,04%
31 – 35 ans	1,36%	1,36%	1,36%	1,36%	1,36%	1,36%	1,36%
36 – 40 ans	1,55%	1,55%	1,55%	1,55%	1,55%	1,55%	1,55%
41 – 45 ans	1,68%	1,68%	1,68%	1,68%	1,68%	1,68%	1,68%
46 – 50 ans	1,84%	1,84%	1,84%	1,84%	1,84%	1,84%	1,84%
51 – 55 ans	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%
56 – 60 ans	2,12%	2,12%	2,12%	2,12%	2,12%	2,12%	2,12%
61 ans et plus	2,24%	2,24%	2,24%	2,24%	2,24%	2,24%	2,24%

Retraités (cotisations exprimées en % du traitement de référence)

	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année	5 ^{ème} année	6 ^{ème} année	7 ^{ème} année
≤ 70 ans	2,68%	2,68%	2,68%	2,68%	2,68%	2,68%	2,68%
71 ans et plus	3,11%	3,11%	3,11%	3,11%	3,11%	3,11%	3,11%

Conjoints (cotisations exprimées en % du PMSS)

	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année	5 ^{ème} année	6 ^{ème} année	7 ^{ème} année
≤ 30 ans	0,91%	0,91%	0,91%	0,91%	0,91%	0,91%	0,91%
31 – 35 ans	0,99%	0,99%	0,99%	0,99%	0,99%	0,99%	0,99%
36 – 40 ans	1,13%	1,13%	1,13%	1,13%	1,13%	1,13%	1,13%
41 – 45 ans	1,30%	1,30%	1,30%	1,30%	1,30%	1,30%	1,30%
46 – 50 ans	1,49%	1,49%	1,49%	1,49%	1,49%	1,49%	1,49%
51 – 55 ans	1,71%	1,71%	1,71%	1,71%	1,71%	1,71%	1,71%
56 – 60 ans	1,92%	1,92%	1,92%	1,92%	1,92%	1,92%	1,92%
61 – 65 ans	2,13%	2,13%	2,13%	2,13%	2,13%	2,13%	2,13%
66 – 70 ans	2,35%	2,35%	2,35%	2,35%	2,35%	2,35%	2,35%
71 ans et plus	2,63%	2,63%	2,63%	2,63%	2,63%	2,63%	2,63%

Enfants* (cotisations exprimées en % du PMSS)

	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année	5 ^{ème} année	6 ^{ème} année	7 ^{ème} année
≤ 18 ans	0,72%	0,72%	0,72%	0,72%	0,72%	0,72%	0,72%
19 – 28 ans	0,89%	0,89%	0,89%	0,89%	0,89%	0,89%	0,89%
Orphelins	0,72%	0,72%	0,72%	0,72%	0,72%	0,72%	0,72%
Handicapés	0,72%	0,72%	0,72%	0,72%	0,72%	0,72%	0,72%

Pour l'Alsace-Moselle, les tarifs sont abattus uniformément de 23%.

* Gratuité à compter du 4^{ème} enfant

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

CNP Assurances s'engage à maintenir les taux de cotisations du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2020.

ANNEXE 1 : TAUX ET ASSIETTE DES COTISATIONS



Formule confort

Actifs (cotisations exprimées en % du traitement de référence)

	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année	5 ^{ème} année	6 ^{ème} année	7 ^{ème} année
≤ 30 ans	1,38%	1,38%	1,38%	1,38%	1,38%	1,38%	1,38%
31 – 35 ans	1,81%	1,81%	1,81%	1,81%	1,81%	1,81%	1,81%
36 – 40 ans	2,06%	2,06%	2,06%	2,06%	2,06%	2,06%	2,06%
41 – 45 ans	2,24%	2,24%	2,24%	2,24%	2,24%	2,24%	2,24%
46 – 50 ans	2,45%	2,45%	2,45%	2,45%	2,45%	2,45%	2,45%
51 – 55 ans	2,66%	2,66%	2,66%	2,66%	2,66%	2,66%	2,66%
56 – 60 ans	2,82%	2,82%	2,82%	2,82%	2,82%	2,82%	2,82%
61 ans et plus	2,98%	2,98%	2,98%	2,98%	2,98%	2,98%	2,98%

Retraités (cotisations exprimées en % du traitement de référence)

	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année	5 ^{ème} année	6 ^{ème} année	7 ^{ème} année
≤ 70 ans	3,48%	3,48%	3,48%	3,48%	3,48%	3,48%	3,48%
71 ans et plus	3,91%	3,91%	3,91%	3,91%	3,91%	3,91%	3,91%

Conjoints (cotisations exprimées en % du PMSS)

	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année	5 ^{ème} année	6 ^{ème} année	7 ^{ème} année
≤ 30 ans	1,22%	1,22%	1,22%	1,22%	1,22%	1,22%	1,22%
31 – 35 ans	1,34%	1,34%	1,34%	1,34%	1,34%	1,34%	1,34%
36 – 40 ans	1,52%	1,52%	1,52%	1,52%	1,52%	1,52%	1,52%
41 – 45 ans	1,74%	1,74%	1,74%	1,74%	1,74%	1,74%	1,74%
46 – 50 ans	1,98%	1,98%	1,98%	1,98%	1,98%	1,98%	1,98%
51 – 55 ans	2,25%	2,25%	2,25%	2,25%	2,25%	2,25%	2,25%
56 – 60 ans	2,51%	2,51%	2,51%	2,51%	2,51%	2,51%	2,51%
61 – 65 ans	2,77%	2,77%	2,77%	2,77%	2,77%	2,77%	2,77%
66 – 70 ans	3,03%	3,03%	3,03%	3,03%	3,03%	3,03%	3,03%
71 ans et plus	3,31%	3,31%	3,31%	3,31%	3,31%	3,31%	3,31%

Enfants* (cotisations exprimées en % du PMSS)

	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année	5 ^{ème} année	6 ^{ème} année	7 ^{ème} année
≤ 18 ans	0,96%	0,96%	0,96%	0,96%	0,96%	0,96%	0,96%
19 – 28 ans	1,20%	1,20%	1,20%	1,20%	1,20%	1,20%	1,20%
Orphelins	0,96%	0,96%	0,96%	0,96%	0,96%	0,96%	0,96%
Handicapés	0,96%	0,96%	0,96%	0,96%	0,96%	0,96%	0,96%

Pour l'Alsace-Moselle, les tarifs sont abattus uniformément de 23%.

* Gratuité à compter du 4^{ème} enfant

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

CNP Assurances s'engage à maintenir les taux de cotisations du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2020.

ANNEXE 1 : TAUX ET ASSIETTE DES COTISATIONS



Formule confort +

Actifs (cotisations exprimées en % du traitement de référence)

	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année	5 ^{ème} année	6 ^{ème} année	7 ^{ème} année
≤ 30 ans	1,80%	1,80%	1,80%	1,80%	1,80%	1,80%	1,80%
31 – 35 ans	2,37%	2,37%	2,37%	2,37%	2,37%	2,37%	2,37%
36 – 40 ans	2,70%	2,70%	2,70%	2,70%	2,70%	2,70%	2,70%
41 – 45 ans	2,93%	2,93%	2,93%	2,93%	2,93%	2,93%	2,93%
46 – 50 ans	3,21%	3,21%	3,21%	3,21%	3,21%	3,21%	3,21%
51 – 55 ans	3,49%	3,49%	3,49%	3,49%	3,49%	3,49%	3,49%
56 – 60 ans	3,70%	3,70%	3,70%	3,70%	3,70%	3,70%	3,70%
61 ans et plus	3,91%	3,91%	3,91%	3,91%	3,91%	3,91%	3,91%

Retraités (cotisations exprimées en % du traitement de référence)

	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année	5 ^{ème} année	6 ^{ème} année	7 ^{ème} année
≤ 70 ans	4,44%	4,44%	4,44%	4,44%	4,44%	4,44%	4,44%
71 ans et plus	4,94%	4,94%	4,94%	4,94%	4,94%	4,94%	4,94%

Conjoints (cotisations exprimées en % du PMSS)

	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année	5 ^{ème} année	6 ^{ème} année	7 ^{ème} année
≤ 30 ans	1,62%	1,62%	1,62%	1,62%	1,62%	1,62%	1,62%
31 – 35 ans	1,78%	1,78%	1,78%	1,78%	1,78%	1,78%	1,78%
36 – 40 ans	2,02%	2,02%	2,02%	2,02%	2,02%	2,02%	2,02%
41 – 45 ans	2,29%	2,29%	2,29%	2,29%	2,29%	2,29%	2,29%
46 – 50 ans	2,60%	2,60%	2,60%	2,60%	2,60%	2,60%	2,60%
51 – 55 ans	2,93%	2,93%	2,93%	2,93%	2,93%	2,93%	2,93%
56 – 60 ans	3,24%	3,24%	3,24%	3,24%	3,24%	3,24%	3,24%
61 – 65 ans	3,55%	3,55%	3,55%	3,55%	3,55%	3,55%	3,55%
66 – 70 ans	3,85%	3,85%	3,85%	3,85%	3,85%	3,85%	3,85%
71 ans et plus	4,17%	4,17%	4,17%	4,17%	4,17%	4,17%	4,17%

Enfants* (cotisations exprimées en % du PMSS)

	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année	5 ^{ème} année	6 ^{ème} année	7 ^{ème} année
≤ 18 ans	1,23%	1,23%	1,23%	1,23%	1,23%	1,23%	1,23%
19 – 28 ans	1,59%	1,59%	1,59%	1,59%	1,59%	1,59%	1,59%
Orphelins	1,23%	1,23%	1,23%	1,23%	1,23%	1,23%	1,23%
Handicapés	1,23%	1,23%	1,23%	1,23%	1,23%	1,23%	1,23%

Pour l'Alsace-Moselle, les tarifs sont abattus uniformément de 23%.

* Gratuité à compter du 4^{ème} enfant

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

CNP Assurances s'engage à maintenir les taux de cotisations du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2020.

ANNEXE 2 : DESCRIPTIF DES GARANTIES

Les remboursements du contrat Anticipa sont effectués en complément des remboursements du Régime d'assurance maladie ou de tout autre organisme, toujours dans la limite des frais réellement engagés, après déduction de la participation forfaitaire définie à l'article L. 160-13 II du code de la Sécurité sociale, de la franchise médicale définie à l'article L. 160-13 III du code de la Sécurité sociale concernant les médicaments, le transport et les actes paramédicaux et en application de l'ensemble des obligations et interdictions liées au contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide, dits « contrats responsables ».

PRESTATIONS

Médecine courante

	 Formule Essentielle sous déduction de la Ss	 Formule Confort sous déduction de la Ss	 Formule Confort + sous déduction de la Ss
Consultation / Visite généraliste & sage femme	100% BR	100% BR	100% BR
Consultation / Visite spécialiste adhérent aux DPTAM*	100% BR	150% BR	200% BR
Consultation / Visite spécialiste n'adhérant pas aux DPTAM*	100% BR	130% BR	180% BR
Actes Techniques / Praticien adhérent aux DPTAM*	100% BR	125% BR	125% BR
Actes Techniques / Praticien n'adhérant pas aux DPTAM*	100% BR	100% BR	100% BR
Radiologie / Praticien adhérent aux DPTAM*	100% BR	125% BR	125% BR
Radiologie / Praticien n'adhérant pas aux DPTAM*	100% BR	100% BR	100% BR
Analyses	100% BR	125% BR	125% BR
Auxiliaires médicaux (kiné, infirmier...)	100% BR	125% BR	125% BR
Médecine douce (ostéopathe, acupuncture, chiropracteur, homéopathe non remboursé, diététicien)	75€ / an	125€ / an	150€ / an
Psychothérapie (20 séances max / an)	15€ / séance	15€ / séance	20€ / séance
Participation forfaitaire**	100%	100%	100%

Hospitalisation

Frais de séjour	100% FR	100% FR	100% FR
Forfait journalier	100% FR	100% FR	100% FR
Honoraires médicaux et chirurgicaux / Praticien adhérent aux DPTAM*	150% BR	150% BR	200% BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux / Praticien n'adhérant pas aux DPTAM*	130% BR	130% BR	175% BR
Participation forfaitaire**	100%	100%	100%
Chambre particulière avec nuitée en Médecine Chirurgie Obstétrique y/c maternité	30€ / jour	40€ / jour	50€ / jour
Chambre particulière en ambulatoire	15 €	20 €	25 €
Lit d'accompagnement	25 €	25 €	25 €
Frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR

Pharmacie

Médicaments à service médical important	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments à service médical modéré	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments à service médical faible	100% BR	100% BR	100% BR
Vaccinations remboursées par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
Contraception / tests de grossesse			
Vaccins prescrits et non pris en charge par la Sécurité sociale			
Sevrage tabagique	75€ / an	125€ / an	150€ / an
Bilan psychomotricité			
Ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale			

Optique

Adulte (≥ 18 ans)

	Un équipement (monture + 2 verres) tous les 2 ans sauf changement d'acuité visuelle		
Verres Unifocaux simples (classe A)	50 €	100 €	150 €
Verres Unifocaux complexes (classe B)	200 €	260 €	320 €
Verres Multifocaux simples (classe B)	200 €	260 €	320 €
Verres Multifocaux complexes (classe B)	200 €	260 €	320 €
Verres Multifocaux très complexes (classe C)	200 €	300 €	400 €
Monture	30 €	60 €	90 €

DESCRIPTIF DES GARANTIES - suite

Optique

Enfant (< 18 ans)

	 Formule Essentielle sous déduction de la Ss	 Formule Confort sous déduction de la Ss	 Formule Confort + sous déduction de la Ss
	Un équipement (monture + 2 verres) tous les ans		
Verres Unifocaux simples (classe A)	50 €	100 €	150 €
Verres Unifocaux complexes (classe B)	200 €	260 €	320 €
Verres Multifocaux simples (classe B)	200 €	260 €	320 €
Verres Multifocaux complexes (classe B)	200 €	260 €	320 €
Verres Multifocaux très complexes (classe C)	200 €	260 €	320 €
Monture	25 €	35 €	45 €
Lentilles remboursées et non remboursées	100% BR + 100€ / an	100% BR + 135€ / an	100% BR + 170€ / an
Chirurgie réfractive de l'oeil	—	300€ / oeil	400€ / oeil
Dentaire			
Soins dentaires	100% BR	100% BR	100% BR
Inlay / Onlay	150% BR	200% BR	300% BR
Prothèses dentaires remboursées par la Ss (y/c Inlay core)	150% BR	200% BR	300% BR
Implants dentaires	250 € / an	500 € / an	750 € / an
Orthodontie enfant	150% BR	200% BR	300% BR
Parodontologie	50€ / an	75€ / an	100€ / an
Prothèse non dentaire			
Accessoires et pansements, petit appareillage et orthopédie	100% BR	100% BR	100% BR
Semelles orthopédiques remboursées par la Sécurité sociale	200% BR	200% BR	200% BR
Prothèse auditive (par prothèse)	600 €	700 €	800 €
Entretien et réparation	100% BR + 50€ / an	100% BR + 50€ / an	100% BR + 50€ / an
Autres prothèses (oculaires, mammaires, capillaires) remboursées par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
Cure thermique			
Frais de surveillance médicale	100% BR	100% BR	100% BR
Frais d'hébergement	75 €	100 €	150 €

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale

FR : Frais réels engagés par l'assuré

Ss : Sécurité sociale

* DPTAM (Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L162-5 du code de la Sécurité sociale) : dispositifs de maîtrise des dépenses médicales concourant notamment au respect des mesures appropriées pour garantir la qualité des soins.

** Visée par l'article R.322-8 du Code de la Sécurité sociale.