
Complémentaire Santé Collective

La Santé Entreprise

Dispositions Générales



GFA Caraïbes

TABLE DES MATIERES

GLOSSAIRE	4
L'OBJET DU CONTRAT	5
ARTICLE 1 : DATE D'EFFET - RENOUELEMENT - RESILIATION	6
ARTICLE 2 : AFFILIATION DES ASSURES	6
ARTICLE 3 : BENEFICIAIRES	6
ARTICLE 4 : RADIATION DES ASSURES - CESSATION DES GARANTIES	7
ARTICLE 5 : ENGAGEMENTS DE LA CONTRACTANTE	7
ARTICLE 6 : ARBITRAGE - MEDIATION - TERRITORIALITE	8
ARTICLE 7 : PRESCRIPTION	8
ARTICLE 8 : SUBROGATION	9
ARTICLE 9 : FORMALITES EN CAS DE SINISTRE	9
ARTICLE 10 : MAINTIEN DES GARANTIES	9
ARTICLE 11 : COTISATIONS	9
ARTICLE 12 : REVISION DE L'ASSURANCE	10
ARTICLE 13 : CONDITIONS DES GARANTIES	10
ARTICLE 14 : DISPOSITIONS RELATIVES AU TIERS PAYANT	10

GLOSSAIRE

ACCIDENT Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

ASSURÉ Le ou les personne(s) désignée(s) aux Dispositions Particulières comme bénéficiaire(s) de la garantie.

ASSURÉ SOCIAL Individu qui bénéficie des prestations proposées par la Sécurité Sociale.

CHIRURGIE RÉFRACTIVE Intervention chirurgicale au laser destinée à corriger la myopie, l'astigmatisme et l'hypermétropie.

CONJOINT Époux, épouse, personne vivant maritalement avec l'assuré ou liée à ce dernier par un Pacte Civil de Solidarité.

ÉCHEANCE Date de paiement de la cotisation ou d'une fraction de celle-ci.

ÉCHÉANCE PRINCIPALE Date de renouvellement du contrat et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l'année à venir.

ÉCHOGRAPHIE Examen par ultrasons des tissus, des organes, des vaisseaux et du cœur. Au cours de la grossesse, l'échographie permet de suivre le développement du fœtus.

HOSPITALISATION Séjour en qualité de patient, d'une durée minimum de 24 heures, en clinique ou en hôpital pour y recevoir un traitement ou des soins nécessités par une maladie, un accident ou une maternité.

MALADIE Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

MAMMOGRAPHIE Examen radiographique de la glande mammaire par rayons X.

NOUS Désigne GFA Caraïbes.

ORTHODONTIE Partie de la chirurgie dentaire qui traite des anomalies de positionnement des dents.

ORTHOPÉDIE Partie de la médecine qui s'occupe des os et des articulations. Par extension, appareillages nécessités pour corriger des dysfonctionnements ostéoarticulaires

ORTHOPHONISTE Auxiliaire médical spécialiste de la rééducation des personnes présentant des troubles du langage et de l'écriture.

OSTÉOPATHE Désigne un praticien diplômé d'une école reconnue (bac+6) soignant par des manipulations

au niveau de la colonne vertébrale, du crâne et des articulations.

PMSS Plafond mensuel de la Sécurité Sociale. Son montant est revalorisé chaque année au 1er janvier.

RÉGIME OBLIGATOIRE (RO) Régime légal français de Protection Sociale auquel est affilié l'assuré.

RBSS Remboursement de base de la Sécurité Sociale.

SOUSCRIPTEUR La personne morale ou physique qui souscrit le contrat pour son compte ou le compte d'autrui. Elle est responsable de la déclaration du risque et des obligations définies au contrat.

TARIF DE CONVENTION ET D'AUTORITÉ Tarif servant de base au remboursement de la Sécurité sociale des honoraires et des soins utilisés par les caisses des différents Régimes Obligatoires.

TICKET MODÉRATEUR Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise) et qui reste à la charge de l'assuré.

TIERS PAYANT Système permettant à l'assuré social de ne pas faire l'avance des frais. Paiement des sommes dues par l'assuré au professionnel de santé ou à l'établissement de soins, par le gestionnaire du tiers payant.

VOUS /LE SOUSCRIPTEUR Désigne l'assuré et ses bénéficiaires.

L'OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire, régi par le Code des assurances, est incontestable dès qu'il a pris existence, sous réserve des causes ordinaires de nullité et sauf l'effet de L 113-8 du Code des assurances relatif à la fausse déclaration intentionnelle et à la réticence.

Il est applicable à toutes les entreprises adhérant au contrat SANTE ENTREPRISE.

Ce contrat a pour objet de garantir aux assurés, et éventuellement à leurs ayants-droits et selon le choix de l'entreprise, le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et de maternité en fonction de la formule choisie dans les conditions particulières.

Il repose sur la bonne foi des déclarations de la Société et des assurés. Le contrôle de l'Assureur est effectué par :

*L'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution
(ACPR) 61 Rue Taitbout
75436 PARIS Cedex 09*

Les informations à caractère personnel recueillies par l'Assureur sont nécessaires et ont pour but d'effectuer des actes de souscription ou de gestion du présent contrat. Elles pourront faire l'objet de traitements informatisés, pour les finalités et dans les conditions ci-dessous précisées.

Toutes les opérations et données personnelles sont protégées par la Loi Informatique et Liberté n°78-17 du 6 janvier 1978.

Toutefois, conformément à cette dernière, ces données pourront être communiquées (si nécessaire) en tant que besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessous à ses partenaires, intermédiaires et réassureurs, sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées. Il est précisé que certaines informations personnelles sont couvertes par le Secret professionnel en vertu de l'article 226-13 du Code pénal.

Ces données ne pourront être communiquées que dans les limites nécessaires aux tâches confiées et sous condition du strict respect du secret professionnel.

Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, l'Assureur peut être amené à communiquer des informations personnelles à des autorités administratives ou

judiciaires sur demande ponctuelle écrite et motivée par les textes législatifs fondant le droit de communication.

Vous pouvez également, à tout moment, conformément à la Loi Informatique et Libertés, en justifiant de votre identité, accéder aux informations vous concernant, les faire rectifier, supprimer, vous opposer à leur communication à des tiers ou à leur utilisation à des fins commerciales. Ces droits peuvent être exercés en écrivant à :

*Secrétariat Direction de GFA Caraïbes
104/106 Boulevard Général de Gaulle
97200 FORT DE France
Email : droitdaces@gfa-caraibes.fr*

Les informations personnelles y compris celles recueillies ultérieurement et non visées par l'article 226-13 du code pénal, pourront être utilisées par l'Assureur pour des besoins :

- De connaissance client, de gestion de la relation client, de gestion des produits ou des services, d'évaluation de l'adéquation et du caractère approprié des services et des garanties fournis,
- D'animation commerciale, d'études statistiques, d'évaluation et gestion du risque, de sécurité et prévention des impayés et de la fraude, de respect des obligations légales et réglementaires, notamment en matière de gestion du risque opérationnel de la lutte contre le blanchiment, ou de la lutte contre le financement du terrorisme,
- De prospection sous réserve du respect préalable du droit d'opposition ou de l'obtention de l'accord de l'assuré à la prospection conformément aux exigences légales.

Cas spécifique de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Dans le cadre de l'application des dispositions du code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est nécessaire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme.

Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la commission nationale de l'Informatique et des Libertés -8 rue Vivienne - 75002 Paris.

ARTICLE 1 : DATE D'EFFET - RENOUVELLEMENT - RESILIATION

Le présent contrat prend effet à la date indiquée aux conditions particulières.

Il se renouvelle ensuite à la date d'anniversaire de chaque année par tacite reconduction.

Au cours de la première année, le contrat peut être dénoncé par l'entreprise contractante, par lettre recommandée adressée au moins deux mois avant son échéance.

Après expiration du délai d'un an, la résiliation peut être demandée à tout moment par simple courrier ou tout autre support durable et prendra effet un mois après que l'assureur en aura reçu la notification.

Conformément aux articles L 113-6 du Code des assurances, L 622-13 (en cas de procédure de sauvegarde ou de redressement judiciaire) et L 641-11-1 du Code de Commerce (en cas de liquidation judiciaire), l'administrateur judiciaire a la faculté de résilier le contrat.

En cas de disparition de la totalité de l'effectif mentionné « à la catégorie de personnel assuré », le contrat est résilié par l'Assureur au 31 décembre de l'année en cours.

Si le contrat est résilié, il ne pourra pas reprendre effet.

ARTICLE 2 : AFFILIATION DES ASSURES

Tout salarié appartenant à l'effectif mentionné « à la catégorie de personnel assuré » figurant aux conditions particulières est affilié au contrat et dénommé Assuré. Ce dernier doit remplir le bulletin individuel d'affiliation fourni par l'Assureur.

L'Assureur peut être amené à utiliser un libellé de collège plus court, mais seul le libellé long figurant aux conditions particulières fait foi dans le cadre des relations contractuelles.

ARTICLE 3 : BENEFICIAIRES

> Définition

Outre les Assurés définis à la catégorie de personnel assuré, peuvent également être considérés comme « Bénéficiaires » à condition qu'ils aient droit aux prestations en nature de la Sécurité sociale, ou d'un autre régime de base français, et que la Contractante ait fait le choix d'étendre les garanties aux ayants droit :

- le conjoint à charge de l'Assuré au sens de la Sécurité sociale ou bénéficiant de son propre chef de la Sécurité sociale,
- le partenaire lié par un PACS est assimilé au conjoint,
- en l'absence de conjoint, le concubin à charge au sens de la Sécurité sociale ou, sous réserve d'une attestation sur l'honneur de vie maritale, le concubin bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale, est assimilé au conjoint,
- les enfants à la charge de l'Assuré, c'est-à-dire les enfants légitimes, reconnus, adoptifs, pupilles de la Nation à condition :
 - d'être nés viables moins de 300 jours suivant le décès de l'Assuré,
 - d'être âgés de moins de 20 ans,
 - d'être âgés de moins de 26 ans et de poursuivre des études secondaires ou supérieures entraînant ou non l'affiliation au régime de la Sécurité sociale des Étudiants,
 - d'être âgés de moins de 26 ans, sous contrat d'apprentissage ou contrat d'alternance,
 - d'être âgés de moins de 26 ans et à la recherche d'un premier emploi, inscrits au Pôle emploi et ayant terminé leurs études depuis moins de 6 mois. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeur d'emploi,
 - de bénéficier des allocations pour personnes handicapées prévues par la Loi 2005-102 du 11 février 2005, quel que soit l'âge de l'enfant,
- sous réserve des conditions exposées ci-dessus sont également considérés comme à charge :
 - les enfants d'Assurés pour lesquels ceux-ci sont tenus de verser une pension alimentaire par décision de justice,
 - les enfants à la charge fiscale des conjoints des Assurés, si les conjoints (PACS ou concubins) des Assurés en ont la garde.
 - les enfants d'Assurés et des conjoints (PACS ou concubins) des Assurés ayant une déclaration de revenus distincte de celle des parents à condition qu'ils ne soient pas imposables.

> Admission

Les bénéficiaires sont admis dans l'assurance dès la date d'affiliation de l'Assuré.

Si la Contractante a fait le choix d'étendre les garanties aux ayants droit, en cas de mariage, de naissance ou de réalisation des conditions prévues pour être bénéficiaire, après la date d'affiliation de l'Assuré, le conjoint ou l'enfant est automatiquement admis dans l'assurance.

Pour les nouveaux nés, la date d'admission retenue sera la date de naissance sous réserve que la demande d'ajout du ou des nouveaux nés ait été faite dans les 3 mois qui suivent la date de naissance. Au-delà des 3 mois, la date d'admission sera portée au 1^{er} du mois suivant la réception de la demande d'affiliation.

ARTICLE 4 : RADIATION DES ASSURES - CESSATION DES GARANTIES

Un Assuré est radié de plein droit du contrat dès qu'il cesse d'appartenir à l'effectif mentionné « à la catégorie de personnel assuré » même si, par erreur, la cotisation relative à l'Assuré radié n'a pas cessé d'être versée.

Toutefois, la garantie est maintenue à l'Assuré dans les cas suivants :

- lorsqu'il répond aux conditions fixées par l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale, et ce jusqu'au terme défini par la Contractante (et pour une durée maximum de douze mois),
- lorsqu'il se trouve en période de « préavis non effectué » (sous réserve du paiement des cotisations). Cette garantie cesse à l'expiration théorique du préavis.

Tout membre de la famille de l'Assuré est automatiquement radié du contrat :

- Dès qu'il cesse de réaliser les conditions prévues pour être bénéficiaire,
- en cas de radiation de l'Assuré (sauf effet des dispositions prévues aux deux derniers paragraphes ci-après).

La résiliation du contrat entraîne de plein droit la radiation de tous les Assurés à la date d'effet de la résiliation.

Les garanties du contrat sont maintenues à l'Assuré dont le contrat de travail est suspendu et aux membres de sa famille bénéficiaires de l'assurance, sous réserve

du paiement de la cotisation par l'intermédiaire de la Contractante.

Les Assurés dont la radiation est la conséquence d'un licenciement, d'un départ en préretraite ou en retraite, les Assurés en état d'incapacité de travail ou d'invalidité permanente à la date de leur radiation ainsi que les ayants droit d'un Assuré décédé peuvent bénéficier du maintien de la garantie dans le cadre d'une des formules du contrat d'accueil mis en place par l'Assureur à cet effet.

L'Assureur adressera une proposition de maintien de la couverture à ces anciens Assurés dans les deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période de maintien des garanties au titre de l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale.

En cas de décès de l'Assuré, l'Assureur adressera la proposition de maintien d'une durée maximum de 12 mois, aux ayants droit dans les deux mois suivant le décès.

La demande d'adhésion au contrat d'accueil doit être formulée par écrit au Siège de l'Assureur dans les six mois qui suivent la radiation de l'Assuré. L'adhésion est effective, au plus tard le lendemain du jour de la réception de la demande au Siège de l'Assureur, aux conditions tarifaires et de garanties en vigueur à cette date.

ARTICLE 5 : ENGAGEMENTS DE L'ENTITE CONTRACTANTE

La Contractante s'engage :

- à faire remplir un bulletin individuel d'affiliation par tout salarié dès son entrée dans l'effectif mentionné « à la catégorie de personnel assuré » et à l'adresser à l'Assureur dans le mois qui suit ;
- à retourner les bordereaux de cotisations établis en cours d'année en précisant les mouvements de personnel dans l'effectif ;
- à adresser à l'Assureur l'état nominatif (Déclaration Annuelle Des Salaires, Déclaration Annuelle Des Salariés Unifiée, ou toute autre liste comportant les renseignements nécessaires) des salariés assurés au cours de l'année civile échue, avant le 31 janvier de l'année suivante.

Cet état doit mentionner pour chaque Assuré : sa date de naissance, sa situation de famille, ses dates d'entrée et de sortie de l'effectif mentionné « à la catégorie de personnel assuré » et les périodes éventuelles d'incapacité de travail ;

- à informer l'Assureur, sous un délai maximum de 15 jours, de toute sortie des effectifs et de son motif (notamment le départ à la retraite de l'Assuré, son décès ou son licenciement)
- à adresser à l'Assureur toute demande de maintien de garanties au titre de l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale défini à l'article 4 du présent contrat dans un délai de 10 jours à compter de la rupture effective du contrat de travail de l'Assuré.

La Contractante s'engage, en outre, à remettre à chaque salarié une notice d'information rédigée par l'Assureur et à se constituer la preuve de cette remise.

ARTICLE 6 : ARBITRAGE - MEDIATION - TERRITORIALITE

> Clause d'arbitrage

Le contrat étant basé sur la bonne foi des parties contractantes, celles-ci s'engagent, en cas de difficultés et avant toute autre procédure, à s'en reporter à la sentence rendue par trois arbitres.

Ils sont choisis selon la procédure suivante. Chaque partie désigne un arbitre. Les deux arbitres choisissent entre eux un troisième arbitre.

En cas de désaccord sur le règlement du litige, les arbitres choisissent un quatrième et un cinquième arbitre. A défaut d'entente sur ce choix, ce nouvel arbitre est nommé en référé par le Président du Tribunal de Grande Instance de Fort de France, à la requête de la partie la plus diligente.

Les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire tant que la sentence n'est pas rendue.

Les honoraires et tous les frais relatifs à la nomination du tiers arbitre sont supportés par moitié par chacune des parties.

> Médiation

L'Assureur met tout en œuvre pour apporter le meilleur service à la Contractante et aux Assurés.

GFAC DG La Santé Entreprise 202001

Toutefois, si un désaccord survenait, la Contractante et les Assurés ont la possibilité d'adresser une réclamation à l'adresse suivante :

GFA Caraïbes
Service Réclamations
104/106 Boulevard Général de Gaulle
97200 FORT DE FRANCE
E-mail : servicereclamation@gfa-caraibes.fr

Si le désaccord persistait après sa réponse, la Contractante (ou les Assurés) peut (peuvent) demander l'avis du médiateur. Ce dernier est une personnalité extérieure à l'Assureur qui a pour mission d'examiner les litiges en toute indépendance, et de trouver un accord à l'amiable, sans préjudice pour la Contractante ou les Assurés d'intenter une action en justice.

La demande est à adresser au :

M. Le Médiateur de la F.F.S.A
BP 290
75425 Paris Cedex 09

> Territorialité

Sauf stipulation contraire indiquée aux conditions particulières, les garanties ne sont acquises qu'aux Assurés exerçant leur activité en France métropolitaine et DOM COM. Elles sont étendues au monde entier pour les séjours n'excédant pas trois mois. Les prestations sont payées en France et en euros.

ARTICLE 7 : PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L 114-1 et L 114-2 du Code des assurances :

Article L 114-1

Toutes actions dérivant d'un 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 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.*

Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en

justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du Souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré.

Article L 114-2

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de prescription notamment en cas de :

- Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.
- Demande en justice, même en référé, ou portée devant une juridiction incompétente, ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.
- Acte d'exécution forcée.

ARTICLE 8 : SUBROGATION

Conformément aux dispositions de l'article L121-12 du Code des assurances, l'Assureur est subrogé, à concurrence des prestations versées, dans les droits et actions de l'Assuré contre tout responsable du sinistre.

Le paiement d'indemnités forfaitaires et indemnitaires peut entraîner l'exercice de la subrogation.

ARTICLE 9 : FORMALITES EN CAS DE SINISTRE

La Contractante ou l'Assuré doit transmettre à l'Assureur sa demande de remboursement accompagnée :

- Des décomptes de la Sécurité sociale justifiant le montant des frais remboursés,
- Des notes ou factures acquittées justifiant les frais réels engagés ; toutefois ne sont jamais prises en considération les factures et notes d'honoraires d'un montant différent de celui déclaré à la Sécurité sociale,
- Éventuellement des décomptes établis par d'autres organismes de prévoyance ou d'assurance.

Toute fausse déclaration, production de pièces inexactes ou falsifiées entraînera la déchéance des garanties.

ARTICLE 10 : MAINTIEN DES GARANTIES

Les garanties maintenues cessent dans tous leurs effets en cas de rupture du contrat de travail (sortie de l'effectif assurable) dans l'hypothèse où l'Assuré refuse expressément le maintien au titre de l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Toutefois, l'Assuré radié alors qu'il est en état d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente, peut bénéficier du maintien de la garantie dans le cadre d'une des formules du contrat d'accueil selon les dispositions prévues à l'article 4 « Radiation des Assurés - Cessation des garanties » du présent contrat.

En cas de suspension du contrat de travail :

- Donnant lieu à maintien partiel ou total du salarié, l'Assuré et, le cas échéant, les membres de sa famille conservent le bénéfice de la garantie sous réserve du paiement de la cotisation par l'intermédiaire de la Contractante,
- Ne donnant pas lieu à maintien de salaire, l'Assuré et, le cas échéant, les membres de sa famille peuvent à leur demande conserver le maintien de la garantie sous réserve du paiement de la cotisation par l'intermédiaire de la Contractante.

ARTICLE 11 : COTISATIONS

Les cotisations à la charge de la Contractante sont indiquées aux conditions particulières ; elles sont payables mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement à terme échu.

Si 10 jours après une échéance, la cotisation n'est pas payée, l'Assureur adressera à la Contractante une lettre recommandée, conformément aux dispositions de l'article L 113-3 du Code des assurances stipulant qu'à défaut de paiement, et indépendamment du droit pour l'Assureur de poursuivre l'exécution du contrat en justice, la garantie est suspendue 30 jours après l'envoi de la lettre recommandée. Le contrat est résilié 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours ci-dessus.

Le maintien au titre de l'article L 911-8 du Code mutualisation : la cotisation des Assurés actifs finance le maintien des garanties. Son taux sera adapté en conséquence et fixé soit dans les conditions particulières, soit dans un avenant au présent contrat.

ARTICLE 12 : REVISION DE L'ASSURANCE

Les garanties du présent contrat, sa tarification et les modalités de mise en jeu de l'assurance ont été fixées compte tenu des dispositions fiscales et sociales en vigueur lors de sa prise d'effet. Si ces dispositions ou les règles d'indemnisation de la Sécurité sociale venaient à être modifiées, l'Assureur se réserve la faculté de procéder à une révision du contrat, à compter du premier jour du mois suivant l'application par cet organisme des dispositions nouvelles.

Toutefois, la Contractante est en droit de résilier le contrat dans les 10 jours suivant la notification de cette révision en cas de désaccord.

ARTICLE 13 : CONDITIONS DES GARANTIES

L'Assureur garantit aux conditions ci-dessous :

- des remboursements complémentaires aux prestations en nature payées en application de l'article L 321-1 à 3 du Code de la Sécurité sociale, à la suite d'un accident ou d'une maladie atteignant un Assuré,
- une indemnité en cas de cure thermale prise en charge par la Sécurité Sociale.

Seuls les postes de frais pris en charge par la Sécurité

sociale, sauf dérogations éventuelles prévues aux conditions particulières, même s'ils comportent des dépassements, sont remboursés par l'Assureur.

Les limites des remboursements de l'Assureur figurent pour chaque poste de frais aux conditions particulières. Il ne saurait y avoir de compensation entre les différents postes pour appliquer ces limites.

Par ailleurs, les remboursements de l'Assureur ne peuvent excéder la différence entre le coût réel des frais engagés et le montant pris en charge par la Sécurité sociale.

Sauf justification des frais réels, ceux-ci sont réputés conformes au tarif de responsabilité de la Sécurité sociale, les remboursements de l'Assureur étant alors limités au ticket modérateur.

Si des prestations de même nature sont également payées par d'autres organismes de prévoyance ou d'assurance, il en est tenu compte pour l'application des limitations ci-dessus définies, l'Assureur n'intervenant qu'en dernier lieu.

Seuls les frais engagés après l'admission d'un Assuré dans l'assurance -sous réserve que cet engagement ne soit pas consécutif à un examen ou une prescription antérieure à son admission - et avant sa radiation peuvent faire l'objet d'un remboursement.

ARTICLE 14 : DISPOSITIONS RELATIVES AU TIERS PAYANT

L'Assureur accorde aux bénéficiaires du contrat le tiers payant.

La procédure de tiers payant dispense l'Assuré de faire l'avance du ticket modérateur auprès de certains professionnels de santé. Elle est applicable selon les professionnels de santé et les départements où un accord a été signé.

Pour délivrer les cartes tiers-payant, l'Assureur doit être en possession de la photocopie de l'attestation VITALE de chaque bénéficiaire.

L'Assureur adresse alors à chaque Assuré une attestation de tiers payant mentionnant la période de garantie des droits. Une nouvelle attestation sera fournie chaque semestre avec la mention de la période de garantie.

En cas de modification de la situation de famille, une nouvelle attestation sera délivrée.

En cas de radiation d'un Assuré ou de résiliation du contrat, la Contractante s'engage à retirer les attestations et à les transmettre à l'Assureur avec la mention « résilié » ou « radié ».

L'Assureur annule alors le tiers payant.

L'Assureur se réserve le droit de récupérer auprès de la Contractante toute somme indûment versée du fait de la non-observation de ces dispositions.

COMPLEMENTAIRE SANTE : Les limites de remboursement s'entendent sous déduction des remboursements de la Sécurité Sociale, sauf pour les garanties exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité Sociale. Bénéficiaires : Assuré, conjoint, partenaire de PACS, concubin notoire et enfants à charge.

* BRSS = Base de remboursement de la Sécurité Sociale. En secteur non conventionné, la base de remboursement est celle appliquée en secteur non conventionné par la Sécurité Sociale.

** FR : Frais Réels, correspondant à la dépense de santé réellement engagée par l'assuré.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.

OPTAM : Option de pratique tarifaire maîtrisée

(1) Dans le cadre d'une hospitalisation, les suppléments tels que taxes, droits d'entrée, suppléments alimentaires, boissons, chauffage, éclairage, blanchissage, garde, téléphone, télévision et pourboires ne sont jamais remboursés par la Compagnie. Les séjours en sanatorium ou en préventorium ou dans des établissements tels que aérium, maison de repos, maison d'enfants à caractère sanitaire, agréés par la Sécurité Sociale sont compris dans la garantie.

En cas de maternité, les frais pris en charge par cette garantie sont ceux imputables aux frais d'hospitalisation liés à l'accouchement dans la limite des frais réels.

(2) Le remboursement des frais d'optique est limité à un équipement composé de deux verres et d'une monture tous les 2 ans (année civile) par bénéficiaire pour les adultes et les mineurs de 16 ans et plus. Cette durée est portée à 1 an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de dégradation de la vue dans les conditions fixées par la nomenclature. De même la prise en charge des verres et de la monture pourra être renouvelée sans délai dans certaines situations médicales particulières (glaucome, DMLA...)

(3) Les remboursements "dentaires", sauf soins et implants, sont limités à 11% du PASS par exercice civil. En cas d'appareil dentaire comprenant des dents visibles et non visibles le remboursement sera effectué sur la base des dents visibles.

Les actes dentaires correspondant à des actes hors nomenclature ne sont pas remboursés par la Compagnie. Toutes les prestations exprimées « par an » s'entendent par exercice civil. La participation (ticket modérateur) aux tarifs pris en charge par l'assurance maladie de l'ensemble des dépenses de santé est couverte intégralement (Sauf pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical a été classé faible ou modéré et l'homéopathie.

(4) Allocation naissance-adoption :

Cette allocation est versée si et seulement si :

- a) le ou les enfants sont admis au contrat.
- b) la demande de versement est faite dans les 3 mois qui suivent la date de naissance ou la date d'adoption.

.....

GFA Caraïbes,

Société Anonyme au capital de 6.839.360,00 euros

Entreprise régie par le Code des Assurances – immatriculée au RCS de Fort de France sous le numéro B 381 324 912

Filiale de Generali France, Société appartenant au Groupe Generali, immatriculée sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026

Siège social : Imm. La Levée, 104/106 bd Général de Gaulle - 97200 Fort de France - Tél. : 0808 80 01 01*

Guadeloupe : 13, parc d'activités de Jabrun - BP 354 - 97122 Baie Mahault - Tél. : 0808 80 01 01*

Guyane : 59, route de la Madeleine – 97300 Cayenne – Tél. : 05 94 25 63 20

* *Prix d'un appel local*



GFA Caraïbes

Société Anonyme au capital de 6.839.360,00 euros. Entreprise régie par le Code des Assurances, immatriculée au RCS de Fort-de-France sous le numéro B 381 324 912. Filiale de Generali France, Société appartenant au Groupe Generali, immatriculée sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026. Siège social : Imm. La Levée, 104/106 bd Général de Gaulle - 97200 Fort de France | www.gfacaraibes.fr