



PRAGA

PRÉVOYANCE ET RETRAITE DES
AGENTS GÉNÉRAUX D'ASSURANCE
ASSOCIATION LOI DE 1901

NOTICE D'INFORMATION COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Offre PRAGA 100 %

CONVENTION N°228200410

**Cette notice d'information annule et remplace la précédente
et prend effet au 1^{er} Janvier 2018.**



réinventons / notre métier



PRAGA

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

Cette notice d'information annule et remplace la précédente et prend effet au 1^{er} janvier 2018.

Nous utilisons régulièrement les termes suivants :

- **La convention d'assurance n°228200410** est un contrat collectif à adhésion facultative couvrant des risques de santé, elle sera le plus souvent désignée par la convention d'assurance.
- **L'assureur** est l'ensemble des sociétés d'assurances mandatant des agents généraux et qui garantissent le risque souscrit. L'apérateur de la coassurance à la date d'effet du contrat est AXA France VIE. Il sera le plus souvent désigné par nous ;
- **Le souscripteur** est l'Association PRAGA de loi 1901 ci-après dénommée PRAGA qui a conclu la convention d'assurance pour le compte de ses adhérents ; il sera le plus souvent désigné par le **souscripteur**.
- **L'adhérent** désigne selon les cas précisés dans cette notice l'agent général d'assurance actif, retraité ou invalide, son conjoint survivant ou le titulaire d'une rente d'orphelin ou d'éducation appartenant au groupe assuré.
- Son adhésion est composée :
 - de la présente Notice d'information qui définit le fonctionnement de la convention d'assurance et des garanties.
 - du certificat d'adhésion qui précise l'identité des personnes assurées et les garanties.L'adhérent sera le plus souvent désigné par vous.
- **Les bénéficiaires** sont vous-même et vos ayants droit définis à l'article « Les bénéficiaires de la garantie ».

SOMMAIRE

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

Article 1. Objet de la convention d’assurance	4
Article 2. Effet et durée de la convention d’assurance.....	4
Article 3. Information	4
Article 4. La renonciation.....	4
Article 5. Modification de la convention d’assurance	4
Article 6. Les réclamations	5
Article 7. La prescription	5
Article 8. La législation relative au traitement des données à caractère personnel	6
Article 9. Les mesures de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.....	6
Article 10. Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationales	7

TITRE II – LES DISPOSITIONS COMMUNES A LA GARANTIE FRAIS DE SANTE

Article 11. Les bénéficiaires.....	8
Article 12. Vos remboursement de frais de santé.....	9
Article 13. Les montants des garanties.....	10

TITRE III – LES DISPOSITIONS SPECIQUES A LA SECTION CONTRACTUELLE 2282004100000

Article 14. Groupe assurable - Agents généraux en activité -	12
Article 15. Date d’effet de votre adhésion et durée des garanties - Agents généraux en activité	13
Article 16. Les cotisations - Agents généraux en activité -	14

TITRE IV – LES DISPOSITIONS SPECIQUES A LA SECTION CONTRACTUELLE 2282004104010P

Article 17. Groupe assurable - Agents généraux d’assurance non actifs-.....	16
Article 18. Date d’effet de votre adhésion et durée des garanties Agents généraux d’assurance non actifs-	17
Article 18. Les cotisations - Agents généraux d’assurance non actifs.....	18

TITRE V – LES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES DE LA SECTION CONTRACTUELLE 2282004105010Y

Article 20. Groupe assurable - Bénéficiaire de la loi Evin-.....	19
Article 21. Date d’effet de votre adhésion et durée des garanties - Bénéficiaire de la loi Evin-	20
Article 22. Les cotisations - Bénéficiaire de la loi Evin-.....	21

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

Article 23. Groupe assurable -Invalides CAVAMAC-	22
Article 24. Date d’effet de votre adhésion et durée des garanties-Invalides CAVAMAC-	23
Article 25. Les cotisations	24

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

Article 26. Groupe assurable –Invalide PRAGA-	25
Article 27. Date d’effet de votre adhésion et durée des garanties -Invalides PRAGA-.....	25
Article 28. Les cotisations	26



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

ARTICLE 1. OBJET DE LA CONVENTION D’ASSURANCE

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

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

Elle est régie par le Code des assurances. Notre autorité de contrôle est l’Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 61 rue Taitbout, 75009 Paris.

Elle est émise dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d’assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables et solidaires », défini aux articles L 871-1 et L 322-2 du Code de la Sécurité sociale et leurs décrets d’applications.

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

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

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

ARTICLE 3. INFORMATION

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

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

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

ARTICLE 4. LA RENONCIATION

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

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

Association PRAGA - Unité Santé et Prévoyance - 30 Rue Olivier Noyer -
CS n° 51432 - 75676 Paris Cedex 14

La renonciation entraîne la restitution des sommes versées dans un délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre de renonciation en recommandé avec avis de réception. La réception de la demande de renonciation entraîne l’annulation de l’ensemble des garanties.

ARTICLE 5. MODIFICATION DE LA CONVENTION D’ASSURANCE

Une décision législative ou réglementaire peut entraîner une modification des conditions préexistantes de l’assurance ou de la portée de nos engagements.



Dans ce cas, nous procédons à la révision de la convention à laquelle vous avez adhéré. En particulier, la convention sera automatiquement révisée en fonction des évolutions législatives et réglementaires concernant les contrats dits « responsables ».

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

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

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

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

ARTICLE 6. LES RÉCLAMATIONS

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

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

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

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin.

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

Si aucune solution n'a été trouvée, vous pourrez ensuite faire appel au Médiateur, personnalité indépendante, en vous adressant à l'association La Médiation de l'Assurance à l'adresse suivante :

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

L'intervention du médiateur est gratuite.

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

ARTICLE 7. LA PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TITRE II – LES DISPOSITIONS COMMUNES A LA GARANTIE FRAIS DE SANTE

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

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

ARTICLE 11. LES BÉNÉFICIAIRES

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

Vos ayants droit sont définis ci-après :

- votre conjoint non divorcé ni séparé judiciairement et bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale,
 - Est assimilé à votre conjoint, dans le cas où votre situation ne correspond pas à celle décrite ci-dessus, votre partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou, à défaut, votre concubin, s'il bénéficie d'un régime de Sécurité sociale. Selon le cas, une copie du Pacte civil de solidarité ou un justificatif de domicile commun devra nous être communiqué. Le Concubin doit répondre à la définition de l'article L 515-8 du Code civil ; il ne doit ni être marié ni lié par un Pacte civil de solidarité à un tiers.
- vos enfants et ceux de votre conjoint :
 - jusqu'à leur 20^{ème} anniversaire, s'ils sont à votre charge fiscalement (ou à celle de votre conjoint) ,
 - jusqu'à leur 28^{ème} anniversaire, s'ils remplissent une des conditions suivantes :
 - ils sont affiliés au régime de la Sécurité sociale des étudiants,
 - ils suivent des études secondaires ou supérieures, ou une formation en apprentissage,
 - ils effectuent leur service national volontaire,
 - ils sont à la recherche d'un premier emploi, inscrits au Pôle Emploi et ont terminé leurs études depuis moins de 6 mois. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi,
 - quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 28^{ème} anniversaire.

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

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

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

ARTICLE 12. VOS REMBOURSEMENTS DE FRAIS DE SANTÉ

Contrat « responsable »

La présente convention est émise dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables », conformément aux articles L 871-1 et L 322-2 du Code de la Sécurité sociale et à leurs décrets d'application. En conséquence :

■ Il prend en charge :

- l'intégralité de la participation de l'adhérent sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, et éventuellement pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré, ainsi que pour l'homéopathie,
- les équipements d'optique médicale dans la double limite des minima et maxima fixés par décret,
- au moins deux prestations de prévention,
- l'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée.

■ Il ne prend pas en charge :

- les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'OPTAM, au-delà de la limite fixée par décret,
- la majoration de la participation de l'adhérent et les dépassements autorisés d'honoraires pour non respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical, ni les participations forfaitaires (sauf celles prévues légalement sur certains actes (actes lourds)).

Et de manière générale, il respecte les obligations et interdictions de prise en charge définies dans ce cadre législatif et réglementaire. Les garanties du contrat sont automatiquement adaptées en cas de modifications de celles-ci. En outre, le contrat respecte le niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire santé défini à l'article L 911-7 du code de la Sécurité sociale.

12.1 Les frais que nous prenons en charge

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

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

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

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

Nous ne prenons pas en charge les séjours et frais relatifs :

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

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

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

ARTICLE 13. LES MONTANTS DES GARANTIES

Les remboursements présentés comprennent ceux du régime obligatoire et de tout autre organisme.

Nous remboursons à l'adhérent, en fonction des montants et limites décrites ci-après les frais engagés par les bénéficiaires, s'ils font l'objet d'une prescription médicale.

Ces frais doivent avoir donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale française.

Nous ne prenons pas en charge les frais ayant fait l'objet d'un refus administratif de la Sécurité sociale française, sauf mention contraire.

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

Nature des soins	Montant des prestations intégrant les remboursements de la sécurité sociale
La médecine courante	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Pour les médecins adhérents au DPTAM : <ul style="list-style-type: none"> . les consultations, visites généralistes . les consultations, visites spécialistes . les actes techniques médicaux et les actes de chirurgie . les actes d'imagerie, échographie et doppler 	<p>100 % BR</p> <p>100 % BR</p> <p>100 % BR</p> <p>100 % BR</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ Pour les médecins non adhérents au DPTAM : <ul style="list-style-type: none"> . Les consultations, visites généralistes . Les consultations, visites spécialistes . Les actes techniques médicaux et les actes de chirurgie . Les actes d'imagerie, échographie et doppler 	<p>100 % BR</p> <p>100 % BR</p> <p>100 % BR</p> <p>100 % BR</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ Les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : <ul style="list-style-type: none"> . Les infirmiers, les kinésithérapeutes . Les orthophonistes, les orthoptistes 	<p>100 % BR</p> <p>100 % BR</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ Les examens médicaux : <ul style="list-style-type: none"> . Les analyses biologiques 	<p>100 % BR</p>
La prévention	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Le vaccin antigrippe sur présentation de la facture : 	<p>Remboursement intégral sur présentation de la facture justificative</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ Les vaccins suivants seuls ou en combinés : diphthérie, tétanos et poliomyélite 	<p>100 % BR</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ Un détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en deux séances maximum 	<p>100 % BR</p>
Les frais de transport	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Les frais de transport 	<p>100 % BR</p>
La pharmacie	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Les médicaments pris en charge par la Sécurité sociale 	<p>100 % BR</p>

Nature des soins	Montant des prestations intégrant les remboursements de la sécurité sociale
Le dentaire	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Les consultations et soins dentaires (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention), la radiologie, la chirurgie et la parodontologie pris en charge par la sécurité sociale 	100 % BR
<ul style="list-style-type: none"> ■ Les inlays onlays d'obturation 	100 % BR
<ul style="list-style-type: none"> ■ Les inlays core 	100 % BR
<ul style="list-style-type: none"> ■ les prothèses et appareils amovibles (y compris couronne sur implant, appareils provisoires et réparations) remboursés par la Sécurité sociale 	100 % BR
<ul style="list-style-type: none"> ■ Les frais d'orthopédie dento-faciale (orthodontie) pris en charge par la Sécurité sociale (enfant de moins de 16 ans) 	100 % BR
L'optique	
<ul style="list-style-type: none"> ■ la monture 	100 % BR
<ul style="list-style-type: none"> ■ les verres en fonction du type de défaut de vision et du niveau de correction, et pour chacun des verres 	100 % BR
<ul style="list-style-type: none"> ■ Les implants intraoculaires multifocaux posés à l'occasion de l'opération de la cataracte 	100 % BR
<ul style="list-style-type: none"> ■ Les lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale 	100 % BR
L'auditif	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Les prothèses auditives 	100 % BR
Les appareillages et prothèses diverses	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Hors prothèses dentaires et auditives 	100 % BR
L'hospitalisation	
<ul style="list-style-type: none"> ■ les frais de séjour (établissement public ou privé) <ul style="list-style-type: none"> - l'hospitalisation médicale - l'hospitalisation chirurgicale 	125 % BR 125 % BR
<ul style="list-style-type: none"> ■ les honoraires médicaux et chirurgicaux des médecins adhérents au DPTAM 	145 % BR
<ul style="list-style-type: none"> ■ les honoraires médicaux et chirurgicaux des médecins non adhérents au DPTAM 	125 % BR
<ul style="list-style-type: none"> ■ le forfait journalier 	100 % Forfait
<ul style="list-style-type: none"> ■ la chambre particulière (par jour) 	1 % PMSS

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

L'indemnisation :

- des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours pris en charge par la Sécurité sociale et consécutifs à une hospitalisation,
- des frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Au-delà des 30 jours, la garantie est limitée au ticket modérateur.

Les frais d'hospitalisation liés à un accouchement sont pris en charge à partir du 6^e jour d'hospitalisation, les cinq premiers jours étant pris en charge au titre de la maternité. En cas de césarienne, les frais (y compris les dépassements d'honoraires) sont pris en charge dès le premier jour au titre de l'hospitalisation.

Les cures thermales

- | | |
|---|----------|
| ■ Les frais médicaux, les frais de séjour et les frais de transport | 100 % BR |
|---|----------|

Quelques définitions

DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée. Il rassemble les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...).

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

PMSS : Plafond Mensuel des cotisations de la Sécurité sociale française fixé par décret chaque année en fonction de l'évolution moyenne des salaires.

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

TIERS PAYANT : disposition vous permettant de bénéficier, ainsi que vos ayants droit, du mécanisme de tiers payant, au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité.

TITRE III – LES DISPOSITIONS SPECIFIQUES A LA SECTION CONTRACTUELLE 2282004100000 - Agents généraux en activité

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

Votre adhésion

ARTICLE 14. GROUPE ASSURABLE - AGENTS GÉNÉRAUX EN ACTIVITÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 15. DATE D'EFFET DE VOTRE ADHÉSION ET DURÉE DES GARANTIES - AGENTS GÉNÉRAUX EN ACTIVITÉ

15.1 Date d'effet de votre adhésion

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

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



15.2 Le début de vos garanties

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

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

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

15.3 La fin de vos garanties

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

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

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

ARTICLE 16. LES COTISATIONS - AGENTS GÉNÉRAUX EN ACTIVITÉ

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

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

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

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

16.1 Assiettes de la cotisation

■ Cas général

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

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

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

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

■ Cas particuliers

a) Adhérents nouvellement nommés

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

b) Adhérents résidant hors métropole

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

c) Adhérents associés

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

d) Exercice en société agent général

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

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

16.2 Révision des cotisations

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

16.3 Les modalités de règlement des cotisations

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

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

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

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

16.4 Défaut de paiement des cotisations

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

- la suspension des garanties trente jours après son envoi,



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

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

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

TITRE IV – LES DISPOSITIONS SPECIFIQUES A LA SECTION CONTRACTUELLE 2282004104010P et 2282004101000P

Agents généraux non actifs

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

Votre adhésion

ARTICLE 17. GROUPE ASSURABLE - AGENTS GÉNÉRAUX D'ASSURANCE NON ACTIFS-

Il est composé des adhérents définis ci-après :

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

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

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

17.1 Les formalités d'adhésion

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

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

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

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



- un RIB (relevé d'identité bancaire) ou RICE (relevé d'identité Caisse d'Épargne),

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

- A communiquer annuellement à l'assureur le montant brut des prestations servies respectivement par les régimes d'assurance vieillesse complémentaire et invalidité- décès de la CAVAMAC et par le contrat invalidité/ retraite de réversion PRAGA résilié au 31/12/2003 ;
- A débiter son compte de la cotisation à sa charge, par délégation de l'assureur.

ARTICLE 18. DATE D'EFFET DE VOTRE ADHÉSION ET DURÉE DES GARANTIES - AGENTS GÉNÉRAUX D'ASSURANCE NON ACTIFS-

18.1 Date d'effet de vote adhésion

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

18.2 Le début de vos garanties

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

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

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

18.3 La fin de la garantie

Les garanties pour vous-même et vos ayants droits :

- En cas de cessation du paiement des cotisations, selon les modalités de l'article « Les cotisations - Agents généraux d'assurance non actifs »,
- De plein droit et sans aucune formalité, au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel vous ne répondez plus aux conditions d'admission dans le groupe assurable,
- Au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel intervient la demande de résiliation de votre adhésion, sous réserve que vous nous l'ayez notifiée par lettre recommandée au moins deux mois avant la date précitée. Toutefois, vous avez la possibilité de résilier votre adhésion dès que vous adhérez à un régime complémentaire obligatoire d'entreprise ou dès que vous ne remplirez plus l'une des conditions d'adhésion, sous réserve d'en apporter la preuve. La résiliation sera effective au dernier jour du mois au cours duquel nous en aurons eu connaissance,
- Dans tous les cas, la garantie des ayants droit cesse dès que ceux-ci ne répondent plus aux définitions du paragraphe « les Bénéficiaires » de cette notice.

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

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

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

ARTICLE 19. LES COTISATIONS - AGENTS GÉNÉRAUX D'ASSURANCE NON ACTIFS

La cotisation due par les agents d'assurance retraités vaut pour l'adhérent et ses ayants droit. Tous impôts, contributions et taxes, auxquels la convention d'assurance est ou sera assujettie, sont à votre charge et sont inclus dans la cotisation.

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

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

19.1 Assiettes de calcul de la cotisation

■ Cas général

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

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

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

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

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

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

19.2 Les modalités de règlement des cotisations

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

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

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

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

19.3 Défaut de paiement des cotisations

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

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

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

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

TITRE V. LES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES DE LA SECTION CONTRACTUELLE 2282004105010Y- Bénéficiaires de la loi Evin

Votre adhésion

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

ARTICLE 20. GROUPE ASSURABLE - BÉNÉFICIAIRES DE LA LOI EVIN

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

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

20.1 Les formalités d'adhésion

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

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

20.2 En cours d'adhésion

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

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

cas, une copie du Pacte civil de solidarité ou un justificatif de domicile commun,

- enfant : une copie de l'acte de naissance ;

- en cas d'évènement de la vie (départ à la retraite, perte d'emploi) qui justifierait l'adhésion à une nouvelle complémentaire santé.

- Certificat de radiation de votre précédente complémentaire santé

- Si vous ou vos ayants droit ne souhaitez plus bénéficier de vos garanties santé, vous devez nous restituer l'attestation de tiers payant dans les plus brefs délais.

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

ARTICLE 21. DATE D'EFFET DE VOTRE ADHÉSION ET DURÉE DES GARANTIES - BÉNÉFICIAIRES DE LA LOI EVIN

21.1 Date d'effet de votre adhésion

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

21.2 Le début de vos garanties

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

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

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

21.3 La fin de la garantie

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

- au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel vous ne répondez plus aux conditions d'admission dans le groupe assurable,
- au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel intervient la demande de résiliation de votre adhésion, sous réserve que vous nous l'ayez notifiée par lettre recommandée au moins deux mois avant la date précitée. Toutefois, vous avez la possibilité de résilier votre adhésion dès que vous adhérerez à un régime complémentaire obligatoire d'entreprise ou dès que vous ne remplirez plus l'une des conditions d'adhésion, sous réserve d'en apporter la preuve. La résiliation sera effective au dernier jour du mois au cours duquel nous en aurons eu connaissance,
- en cas de cessation du paiement des cotisations, selon les modalités de l'article «les cotisations ».

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

ARTICLE 22. LES COTISATIONS - BÉNÉFICIAIRES DE LA LOI EVIN

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

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

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

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

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

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

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

22.1 Révision des cotisations

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

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

22.2 Les modalités de règlement des cotisations

Le montant de la cotisation est payable annuellement et d'avance : il est effectué par chèque libellé ou par virement bancaire à l'ordre du souscripteur. Le paiement de la cotisation est effectué auprès du souscripteur qui est responsable du versement de la cotisation auprès de l'assureur.

22.3 Défaut de paiement des cotisations

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

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

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

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



TITRE VI. LES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À LA SECTION CONTRACTUELLE 2282004102010M - Invalides CAVAMAC

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

ARTICLE 23. GROUPE ASSURABLE - INVALIDES CAVAMAC

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

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

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

23.1 Les formalités d'adhésion

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

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

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

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

23.2 En cours d'adhésion

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

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

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

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

ARTICLE 24. DATE D'EFFET DE VOTRE ADHÉSION ET DURÉE DES GARANTIES - INVALIDES CAVAMAC

24.1 Date d'effet de votre adhésion

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

24.2 Le début de vos garanties

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

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

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

24.3 La fin de vos garanties

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

- au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel vous ne répondez plus aux conditions d'admission dans le groupe assurable,
- au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel intervient la demande de résiliation de votre adhésion, sous réserve que vous nous l'ayez notifiée par lettre recommandée au moins deux mois avant la date précitée. Toutefois, vous avez la possibilité de résilier votre adhésion dès que vous adhérez à un régime complémentaire obligatoire d'entreprise ou dès que vous ne remplirez plus l'une des conditions d'adhésion, sous réserve d'en apporter la preuve. La résiliation sera effective au dernier jour du mois au cours duquel nous en aurons eu connaissance,
- en cas de cessation du paiement des cotisations, selon les modalités de l'article « les cotisations – Invalides CAVAMAC ».

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

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

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

ARTICLE 25. LES COTISATIONS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

25.1 Révision des cotisations

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

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

25.2 Les modalités de règlement des cotisations

- Le montant de la cotisation annuelle est payable :
 - Soit par fraction mensuelle par prélèvement bancaire ou postal effectué d'avance par le souscripteur ;
 - Soit annuellement et d'avance : le paiement est effectué par chèque libellé à l'ordre du souscripteur ou par virement bancaire.

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

25.3 Défaut de paiement des cotisations

Si le règlement ne nous parvient pas dans les délais réglementaires, nous adressons à l'entité responsable



de la collecte des cotisations, une mise en demeure par lettre recommandée dont les conséquences sont les suivantes (article L 113-3 du Code des assurances) :

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

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

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

TITRE VII. LES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À LA SECTION CONTRACTUELLE 2282004103010Z - Invalides PRAGA

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

Votre adhésion

ARTICLE 26. GROUPE ASSURABLE –INVALIDES PRAGA

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

26.1 Les formalités d'adhésion

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

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

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

ARTICLE 27. DATE D'EFFET DE VOTRE ADHÉSION ET DURÉE DES GARANTIES -INVALIDES PRAGA

27.1 Date d'effet de votre adhésion

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

27.2 Le début de vos garanties

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

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

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

27.3 La fin de vos garanties

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

- au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel vous ne répondez plus aux conditions d'admission dans le groupe assurable ;
- au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel intervient la demande de résiliation de votre adhésion, sous réserve que vous nous l'ayez notifiée par lettre recommandée au moins deux mois avant la date précitée ;
- en cas de cessation du paiement des cotisations, selon les modalités de l'article « les cotisations – Invalides PRAGA ».

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

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

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

ARTICLE 28. LES COTISATIONS

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

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

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

28.1 Révision des cotisations

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

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



28.2 Les modalités de règlement de la cotisation

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

28.3 Défaut de paiement des cotisations

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

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

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

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



PRAGA



PRAGA

PRÉVOYANCE ET RETRAITE DES
AGENTS GÉNÉRAUX D'ASSURANCE
ASSOCIATION LOI DE 1901



Annexe : Frais de santé PRAGA 100 % - N° 228200410

VOS COTISATIONS À COMPTER DU 1ER JANVIER 2019

Agent Général d'Assurance en activité

Taux contractuel de 0,32 % du montant total des commissions et rémunérations brutes liées à l'exercice du mandat dans la limite du plafond de cotisations RCO CAVAMAC appelé à hauteur de 82,5 %, **soit un taux effectif de 0,26 %**.

Agent Général d'Assurance nouvellement nommé

0,32 % du Plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur l'année de la nomination (au prorata temporis) appelé à hauteur de 82,5 %, **soit un taux effectif de 0,26 %**.

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

5,23 % du montant total de la prestation annuelle servie par le RCO CAVAMAC appelé à hauteur de 82,5 %, **soit un taux effectif de 4,31 %**.

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

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

Assurés titulaires d'une rente de conjoint survivant PRAGA

Taux contractuel de 4,80 % du montant de la rente de conjoint survivant appelé à hauteur de 82,5 %, **soit un taux effectif de 3,96 %**.

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

Taux contractuel de 4,80 % du montant de la rente d'orphelin appelé à hauteur de 82,5 %, **soit un taux effectif de 3,96 %**.

Assurés titulaires d'une rente d'éducation PRAGA

Taux contractuel de 0,31 % du plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS), en vigueur l'année précédant l'exercice considéré, appelé à hauteur de 82,5 %, **soit un taux effectif de 0,25 %**.

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

2,80 % du montant total annuel brut de la pension d'invalidité servie par le RID CAVAMAC appelé à hauteur de 82,5 %, **soit un taux effectif de 2,31 %**.

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

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

Le montant de la cotisation annuelle, par adhérent et pour chaque membre de sa famille bénéficiaire de la garantie, s'obtient par application des taux indiqués ci-après sur le montant du PASS en vigueur l'année précédant l'exercice considéré. Ces taux sont appelés à hauteur de 82,5 %.

Age du bénéficiaire <i>(calculé par différence de millésime entre l'année civile en cours et l'année de naissance)</i>	Taux contractuel au 01/01/2019 <i>(en % du plafond annuel de la Sécurité sociale en 2018 - 39 732 €)</i>	Montants au 01/01/2019
Moins de 21 ans	0,92 %	302 €
21 à 30 ans	1,02 %	334 €
31 à 40 ans	1,12 %	367 €
41 à 50 ans	1,23 %	403 €
51 à 64 ans	1,78 %	583 €
65 à 69 ans	2,24 %	734 €
70 à 74 ans	2,25 %	738 €
75 à 79 ans	2,55 %	836 €
80 ans et plus	2,47 %	810 €

026E-2019 EncartPRAGA100