




GMC
gestion



18, Rue Alphonse Karr
06000 NICE
TEL : 04 93 16 74 74
FAX : 04 93 16 74 75
E-mail : info@paya-assurances.fr
Site web : <http://www.paya-assurances.fr>

 **N° Vert 0 800 22 11 22**

SANTE POLICE

Bénéficiaires : ceux, portés aux bulletins d'adhésion

CONDITIONS GENERALES au 1er avril 2005

du contrat santé - prévoyance

PREAMBULE

Il a été conclu, entre le Cabinet Pierre Paya Assurances et AMIS, une Convention d'Assurance de groupe n° 67242350, à adhésion facultative, régie par le Code des Assurances, et dont la gestion est assurée par G.M.C. Gestion. Les conditions ci-après et les certificats d'adhésion des Assurés en reprennent les dispositions essentielles. Cette Convention est ouverte auprès du Cabinet Pierre Paya Assurances aux souscripteurs au contrat qui répondent aux conditions définies ci-après.

La Convention a pour objet le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et de maternité, engagés par l'Assuré et les membres de sa famille, ainsi que des garanties prévoyance. Les garanties reposent sur la bonne foi des parties.

I. FRAIS MEDICAUX

1. DEFINITIONS APPLICABLES

Souscripteur

Personne demandant son adhésion aux contrats.

Assuré

Peuvent adhérer au contrat les membres des personnels des administrations françaises de la Police et des Compagnies Républicaines de Sécurité en activité. Cette adhésion peut être ouverte à d'autres catégories dépendant du secteur public de l'Etat.

Il est précisé que les garanties prévoyance doivent obligatoirement faire l'objet d'une demande d'adhésion, ce à la même date d'effet que les garanties frais médicaux. Toutefois, si, pour des raisons médicales, l'Assuré ne peut être admis en prévoyance, ou lorsqu'il est en arrêt de travail à la date de sa demande d'adhésion, il sera assuré en frais médicaux seuls.

L'Assuré est la personne admise au sein du contrat et à jour de ses cotisations.

L'adhésion n'est effective qu'après paiement de la première cotisation. Elle est constatée par la validation, par G.M.C. Gestion, de la demande d'adhésion, G.M.C. Gestion y indiquant la date de mise en œuvre des garanties.

Bénéficiaires

Tous les membres de la famille de l'Assuré doivent être affiliés, ce à la même garantie. Sont donc bénéficiaires de l'Assurance frais médicaux, l'Assuré, son conjoint ou concubin, et leurs enfants de moins de 21 ans à condition d'avoir droit aux prestations en nature de l'assurance maladie obligatoire relevant soit du régime général de la Sécurité Sociale, soit du régime d'assurances sociales des Travailleurs Non Salariés, soit du régime Alsace Moselle.

Les enfants atteignant leur 21^e anniversaire et de moins de 26 ans, peuvent souscrire à titre personnel, en tant qu'Assurés, et rester affiliés durant leur scolarité sous réserve de présentation annuelle d'un certificat de scolarité.

L'affiliation des nouveau-nés doit se faire dans les 30 jours de la naissance. Au-delà, les garanties ne seront acquises qu'après délai d'attente.

Maladie

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

Accident

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

Les hernies, ruptures ou déchirures musculaires, lumbagos, "tours de reins", sciatiques, synovites, rhumatismes, gelures, insolation, et autres effets de la température sont considérés comme maladies.

Hospitalisation

Tout séjour dans un établissement hospitalier de soins public ou privé dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident et dont la durée minimale comprend une nuit complète.

L'hospitalisation à domicile et l'hospitalisation de jour sont assimilées aux soins médicaux courants.

Soins médicaux courants

Les frais exposés pour maladie ou accident qui n'entrent pas dans le cadre d'une hospitalisation et donnent lieu à remboursement par le Régime obligatoire.

Nos partenaires



CENTRE HOSPITALIER
PRINCESSE GRACE
MONACO






GMC
gestion



18, Rue Alphonse Karr
06000 NICE
TEL : 04 93 16 74 74
FAX : 04 93 16 74 75
E-mail : info@paya-assurances.fr
Site web : <http://www.paya-assurances.fr>

 **0 800 22 11 22**

Remboursements, prestations

Nos remboursements dépendent de cinq éléments :

la lettre-clé qui exprime la nature de l'acte médical et qui est parfois accompagnée d'un coefficient indiquant la valeur de l'acte,
le tarif servant de base au remboursement du Régime obligatoire,
le taux de participation du Régime obligatoire,
les frais réellement engagés par vous,
la formule de la « Garantie médico-chirurgicale » que vous avez retenue.

Tarif de responsabilité

Tarif utilisé par le Régime obligatoire pour le calcul de ses prestations.

Tarif de convention

Tarif servant de base aux remboursements de la Sécurité Sociale pour les honoraires et les soins dispensés par l'ensemble des professionnels de la santé ayant adhéré aux Conventions Nationales.

Tarif d'autorité

Tarif servant de base aux remboursements des honoraires et des soins dispensés par des praticiens non conventionnés.

Ticket modérateur

La part des frais de soins restant à votre charge après intervention de votre Régime obligatoire, calculée sur la base du Tarif de Convention ou du Tarif de Responsabilité. Ce Ticket modérateur varie selon la nature des frais engagés.

Délais d'attente

Les garanties sont accordées avec les délais d'attente suivants :
trois mois pour l'hospitalisation médicale, l'optique, les frais médicaux, pharmaceutiques, etc ...
six mois pour l'hospitalisation chirurgicale, les soins et prothèses dentaires,
neuf mois pour l'allocation maternité.

Ces délais sont supprimés si les Assurés peuvent justifier qu'ils bénéficiaient de garanties identiques lors de leur adhésion (présentation d'un certificat de radiation datant de moins de 2 mois).

Circonstances nouvelles

En cours de contrat, vous nous informerez dans les 15 jours à partir du moment où vous en avez connaissance, des circonstances nouvelles qui rendent inexacts ou caduques les réponses faites sur la demande d'adhésion.

Ces circonstances nouvelles portent particulièrement sur :

Votre changement de domicile. A défaut, toute communication qui vous sera adressée par lettre recommandée au dernier domicile connu sera suivie d'effet dans les délais normaux.

Un changement de profession ou d'activités professionnelles d'un bénéficiaire entraînant, soit un changement de Régime obligatoire, soit la perte de la qualité d'Agent de l'Etat, etc.

Votre passage en préretraite ou retraite ...

Lorsque la modification constitue une aggravation des circonstances (sauf en matière d'état de santé), nous pourrions vous proposer une nouvelle cotisation. Si vous ne donnez pas suite à notre proposition ou refusez le nouveau montant dans les 30 jours, nous pourrions résilier le contrat au terme de ce délai.

Lorsque la modification atténue la gravité des circonstances, vous pourrez demander une diminution du montant de la cotisation. A défaut d'accord de notre part, vous pourrez résilier le contrat, la résiliation prenant effet 30 jours après.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans la déclaration, à la souscription ou en cours de contrat, des circonstances ou des aggravations définies ci-dessus, peut être sanctionnée conformément à la loi (art. L.113-8 et L.113-9 du Code des Assurances).

2. DUREE DE VIE DES GARANTIES

Les garanties frais médicaux sont viagères sous réserve des dispositions de l'article VIII. Les garanties indemnités obsèques sont limitées au 65e anniversaire de chaque bénéficiaire. Au-delà, la part de cotisation afférente aux frais d'obsèques est reportée sur les frais médicaux.

3. PRESTATIONS ASSUREES

Les prestations que nous vous versons dépendent de la formule que vous avez retenue et qui est précisée à votre bulletin d'adhésion. Elles sont toujours, à l'exception du forfait "frais d'obsèques" et des actes mentionnés aux Conditions ci-après, subordonnées à l'intervention de votre Régime obligatoire.

Les remboursements sont, généralement, exprimés en pourcentage du Tarif de Convention ou de Responsabilité de la Sécurité Sociale en vigueur au moment des soins, sous déduction des remboursements du Régime obligatoire.

Nos partenaires



CENTRE HOSPITALIER
PRINCESSE GRACE
MONACO

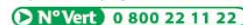




GMC
gestion



18, Rue Alphonse Karr
06000 NICE
TEL : 04 93 16 74 74
FAX : 04 93 16 74 75
E-mail : info@paya-assurances.fr
Site web : http://www.paya-assurances.fr



Les prestations garanties sont celles qui figurent dans les colonnes "Garantie 100 % +" et "Garantie 150 % +" des tableaux ci-après.

Les prestations sont basées sur la valeur des tarifs Sécurité Sociale en vigueur au 01.10.2002.

Elles resteront au maximum les mêmes en valeur absolue si la participation à la charge des Assurés Sociaux venait à être augmentée par une réglementation ultérieure.

De même, si les remboursements du Régime obligatoire étaient revalorisés au cours de l'année d'une façon importante, nous nous réservons le droit de conserver le remboursement complémentaire qui était le nôtre en valeur absolue avant ladite revalorisation.

Seuls les frais dispensés pendant la période de garantie pourront être indemnisés.

Le délai de prescription pour le paiement des prestations est de 2 ans à compter de la date des soins.

Sans justificatifs des frais réels, ceux-ci sont fixés conformément au Tarif de Responsabilité de la Sécurité Sociale.

Plafonnement de certaines garanties :

Le Ticket modérateur sur les séjours en maisons de repos et maisons d'enfants est pris en charge dans la limite de 30 jours par an.

Les traitements de neuropsychiatrie, de psychiatrie et assimilés sont pris en charge uniquement dans les conditions suivantes, et quelle que soit la garantie choisie :

Hospitalisation en établissement conventionné pour un maximum de 30 jours par an.

Un maximum de 6 consultations par an et par bénéficiaire est garanti.

Cas des personnes prises en charge à 100 % par la Sécurité Sociale

L'augmentation des prestations versées par le Régime obligatoire ne modifie pas le niveau d'intervention des garanties du présent contrat, ce dans la limite des frais engagés.

4. CHANGEMENTS DE GARANTIES FRAIS MEDICAUX

Les demandes de changement de garanties peuvent être admises moyennant respect des règles suivantes :

Passage de la garantie 100 % + à 150 % + : un changement de situation familiale (mariage, naissance d'un enfant) permet le changement de garantie au plus tôt au premier jour du mois qui suit ce changement familial et la réception de la demande.

Passage de la garantie 150 % + à 100 % + : il n'est possible que dans deux cas :

↳ changement de situation de famille (divorce, décès de l'un des conjoints, décès d'un enfant) et, dans ce cas, peut prendre effet, au plus tôt, au 1er jour du mois qui suit ce changement de situation et la réception de la demande,

↳ après expiration de deux années complètes d'affiliation au sein de la garantie 150 % + : dans ce cas, le changement ne peut intervenir qu'au 1er avril de l'exercice suivant avec préavis de deux mois par lettre recommandée.

Il est précisé qu'aucune rétroactivité ne pourra être mise en oeuvre dans le cadre de ces changements.

5. COMMENT OBTENIR UN REMBOURSEMENT

Pour obtenir les remboursements, les originaux des pièces suivantes doivent nous être adressés dans les trois mois qui suivent le paiement de la Sécurité Sociale ou la naissance d'un enfant :

Les décomptes originaux de la Sécurité Sociale.

Les notes ou factures acquittées.

Les décomptes établis par d'autres organismes de prévoyance.

Un extrait d'acte de naissance pour le forfait maternité.

Un extrait d'acte de décès, ou un bulletin de décès, ou un certificat post mortem pour l'indemnité d'obsèques.

En cas d'accident ou de maladie atteignant un bénéficiaire hors de France, il est précisé que les remboursements des régimes sont toujours subordonnés au remboursement préalable du Régime obligatoire français. Nos remboursements sont effectués en France et en euros.

NOTA : Pour les Assurés Sociaux du Régime Général assurés auprès des Caisses de Sécurité Sociale et pour les TNS affiliés au RAM-GAMEX, des accords ont été passés afin de transmettre directement au gestionnaire les informations relatives aux décomptes. Dans ce cas, vous n'aurez pas à nous adresser vos décomptes de Sécurité Sociale sur lesquels la Sécurité Sociale aura indiqué un message du type : "Nous avisons directement La G.M.C. des prestations que nous vous avons remboursées".

Dans ce cas, les seuls justificatifs qu'il vous faudra nous communiquer sont les suivants :

Frais dentaires et frais d'optique : factures détaillées et/ou notification de refus émise par la Sécurité Sociale.

En matière de prothèses dentaires, une demande d'avis médical détaillée et préalable devra être adressée à notre Dentiste-Conseil pour toute prothèse dont la codification globale est supérieure à SPR 80 (sauf orthodontie).

Nos partenaires



CENTRE HOSPITALIER
PRINCESSE GRACE
MONACO

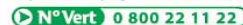




GMC
gestion



18, Rue Alphonse Karr
06000 NICE
TEL : 04 93 16 74 74
FAX : 04 93 16 74 75
E-mail : info@paya-assurances.fr
Site web : <http://www.paya-assurances.fr>



Hospitalisation n'ayant pas fait l'objet d'une prise en charge : facture acquittée de l'établissement et notes d'honoraires des chirurgiens précisant les honoraires reçus.

Forfait maternité : extrait d'acte de naissance de l'enfant.

Obsèques : extrait d'acte de décès, certificat post mortem, ou bulletin de décès.

Si vous ne souhaitez pas bénéficier des Echanges de Données Informatisées, ce qui peut, notamment, être le cas si vous êtes inscrit à deux régimes complémentaires, vous pouvez conserver le système classique à condition de le spécifier par écrit à votre Unité de gestion en précisant les membres de votre famille concernés (loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978).

Tiers Payant Pharmacie

Nous mettons à votre disposition, dans la plupart des départements français, un service tiers payant pharmaceutique. Nous réglons donc directement le pharmacien du montant du Ticket modérateur sans que vous fassiez l'avance des frais.

Autres Tiers Payant

Des accords de tiers payant et des accords tarifaires ont été pris avec de nombreux professionnels de santé. Vous pouvez obtenir l'indication de ceux existant dans votre région en interrogeant G.M.C. Gestion.

Cas des Assureurs multiples

Conformément à la loi (article 9 de la loi du 31.12.1989), les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent dépasser le montant des frais restant à charge après remboursements de toute nature auxquels vous avez droit auprès des différents organismes auxquels vous êtes adhérent. Il sera donc, dans nos remboursements, obligatoirement tenu compte des remboursements précédents.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leur effet dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, vous pouvez obtenir l'indemnité en vous adressant à l'organisme de votre choix.

Expertises médicales

Les médecins délégués par nous doivent pouvoir, sous peine de déchéance de la garantie, avoir libre accès auprès du bénéficiaire malade ou blessé pour procéder à une expertise médicale. Nous devons donc être informés de tout changement de résidence.

Au cas où, sans motif valable, celui-ci refuserait de se soumettre au contrôle de notre médecin, il serait déchu de tout droit aux indemnités s'il maintenait ce refus après réception d'une lettre recommandée l'avisant d'un contrôle médical.

6. EXCLUSIONS

Ne donnent pas lieu à indemnité pour les garanties frais de soins :

- a) les suites et conséquences d'accident survenu avant la prise d'effet du contrat et des maladies dont les manifestations sont antérieures à la date d'entrée en vigueur de la garantie,
- b) les accidents ou maladies causés intentionnellement ou volontairement par le bénéficiaire ou résultant d'une tentative de suicide,
- c) les accidents ou maladies consécutifs à des faits de guerre étrangère ou civile, à la participation active de l'Assuré à des opérations militaires, émeutes ou rixes auxquels l'Assuré aurait pris part en dehors de ses obligations professionnelles,
- d) les sinistres résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique ou tout phénomène de radioactivité,
- e) > les traitements esthétiques, à l'exception de ceux consécutifs à un accident garanti, les cures de rajeunissement, les cures de thalassothérapie, sauf accord préalable, les traitements psychanalytiques et psychopédagogiques, sauf accord préalable de notre part,
- f) les maladies et infirmités congénitales des enfants nés en cours d'assurance, sauf si l'adhésion a été demandée dans les trente jours qui suivent la naissance par l'un des parents déjà garanti au titre du présent contrat,
- g) les maladies ou accidents occasionnés par l'ivresse ou l'éthylisme de la personne assurée, l'usage de stupéfiants ou de tranquillisants non prescrits médicalement,
- h) les accidents ou maladies résultant :
de la pratique d'un sport à titre professionnel,
de la participation à des compétitions sportives de niveau national ou international et leurs essais préparatoires, de la pratique, à titre sportif amateur, d'un aéronef (en qualité de conducteur ou de passager), ainsi que la pratique du delta-plane, du vol libre, d'un ultra léger motorisé ou de parapente,

Nos partenaires



CENTRE HOSPITALIER
PRINCESSE GRACE
MONACO



de la participation en tant que concurrent à des courses, matchs, compétitions avec usage de véhicules quelconques ou d'embarcations à moteur.

7. FORMATION ET DUREE DU CONTRAT

L'adhésion produit ses effets à compter de la date fixée aux Conditions Particulières. Elle est souscrite jusqu'au 31 mars de l'exercice suivant, puis renouvelée par tacite reconduction au 1er avril de chaque année.

8. RESILIATION

L'Assuré peut être radié le 31 mars de chaque année sur sa demande formulée par lettre recommandée, adressée avant le 31 janvier de l'exercice.

La radiation ou l'exclusion peut, par ailleurs, être prononcée :

- a) en cas d'omissions ou d'inexactitudes dans les déclarations à l'adhésion,
- b) en cas de non paiement des cotisations,
- c) en cas de fausse déclaration de sinistre ou de fourniture de tout document inexact ou falsifié ayant pour but d'obtenir des prestations indues ; la résiliation prend effet 10 jours après sa notification par lettre recommandée,
- d) dès que l'Assuré cesse d'appartenir à l'effectif assurable,
- e) en cas de dénonciation de la Convention d'assurance passée entre le Cabinet Pierre Paya Assurances et AMIS, à l'échéance annuelle.

Il en est de même pour tous les bénéficiaires affiliés.

En cas de résiliation pour quelque cause que ce soit, les cartes d'affiliation à La Garantie Médicale et Chirurgicale devront être immédiatement retournées à l'Unité de gestion s'occupant de votre dossier.

Toute utilisation frauduleuse de cette carte entraînera des poursuites.

9. COTISATIONS

Les cotisations (CMU comprise) sont fonction du niveau de garanties choisi, de la consommation du groupe assuré par la présente convention, et de l'âge atteint par l'Assuré. Le tarif Senior est applicable au 55e anniversaire de l'Assuré, qu'il soit ou non en activité. Les cotisations évoluent notamment en fonction des résultats enregistrés par la convention, des modifications de remboursement des Régimes obligatoires, et de l'évolution prévisionnelle de la consommation médicale.

Les cotisations sont payables d'avance, mensuellement, par prélèvement automatique sur compte bancaire. Un échéancier de cotisations est adressé à l'Assuré au début de chaque période annuelle.

En cas d'admission ou d'exclusion en cours d'année, les cotisations ne sont dues qu'au prorata.

A défaut de paiement d'une cotisation (ou d'une fraction de cotisation) nous adresserons une lettre de relance 21 jours après la date d'exigibilité de cette dernière. En cas de non paiement et, indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice, nous pouvons adresser à l'Assuré, à son dernier domicile connu (même dans le cas où la cotisation serait payable par une autre personne), une lettre recommandée valant mise en demeure.

Les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi de cette lettre (ou sa remise au destinataire si celui-ci est domicilié hors de France Métropolitaine).

Nous avons le droit de résilier le contrat 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours visé ci-dessus, par notification faite à l'Assuré, soit par lettre recommandée de mise en demeure, soit par une nouvelle lettre recommandée.

En cas de suspension des garanties pour non-paiement de la cotisation, ou lorsque des prestations sont dues, l'Assuré n'est pas dispensé de l'obligation de payer les cotisations échues.

Conséquences de la suspension pour non-paiement des cotisations sur le droit aux prestations : La suspension des garanties et des services pour non-paiement de la cotisation entraînerait, pour chacun des bénéficiaires, la perte définitive de tout droit aux prestations (y compris en cas de rechute) se rapportant à des accidents survenus, ou à des maladies constatées médicalement pendant la période de suspension.

10. REGLEMENT DES LITIGES

En cas de difficulté relative à l'interprétation ou à l'application du présent contrat ne pouvant être réglée à l'amiable, les parties s'engagent à s'en rapporter à la sentence rendue par deux arbitres choisis respectivement par chacune d'entre elles, lesquels, s'ils ne trouvaient pas d'accord, auront à choisir eux-mêmes un tiers arbitre.

En cas de désaccord sur ce choix, le tiers arbitre sera nommé en référé par le Président du Tribunal de Grande Instance de PARIS à la requête de la partie la plus diligente.

II. PREVOYANCE

1. ADHESION

Il est précisé que les garanties prévoyance doivent obligatoirement faire l'objet d'une demande d'adhésion, ce à la même date d'effet que les garanties frais médicaux. Toutefois, si, pour des raisons médicales, l'Assuré ne peut être admis en prévoyance, ou lorsqu'il est en arrêt de travail à la date de sa demande d'adhésion, il sera assuré en frais médicaux seuls. Dans ce cas, il pourra, au terme d'une période d'un an de reprise de travail sans nouvel arrêt, demander à nouveau son inscription en prévoyance.

Nos partenaires



CENTRE HOSPITALIER
PRINCESSE GRACE
MONACO






GMC
gestion



18, Rue Alphonse Karr
06000 NICE
TEL : 04 93 16 74 74
FAX : 04 93 16 74 75
E-mail : info@paya-assurances.fr
Site web : <http://www.paya-assurances.fr>

 **0 800 22 11 22**

L'Assuré est la personne affiliée au contrat et à jour de ses cotisations.

Les garanties prévoyance ne concernent que l'Assuré, fonctionnaire de police, ou membre des Compagnies Républicaines de Sécurité, en activité et peuvent également concerner son conjoint ou concubin, fonctionnaire de l'Etat en activité, dépendant des administrations concernées par le contrat et bénéficiant du même statut que l'Assuré. L'Assuré ou son conjoint ou concubin ne doivent pas bénéficier d'une réduction d'activité pour raison médicale à la date d'adhésion.

2. DELAI D'ATTENTE

Pour les garanties de prévoyance (maintien de salaire et garantie indemnitaire des primes), les délais d'attente sont de 3 mois aussi bien pour le maintien de salaire que pour la garantie indemnitaire des primes.

3. ADMISSION DES ASSURES

Les Assurés sont admis dans l'Assurance au plus tôt au premier jour du mois suivant la date de réception de leur demande d'adhésion complète par G.M.C. Gestion.

Ne sont affiliables que les personnes obéissant aux dispositions de l'article 1. ci-avant, dont les formalités médicales sont satisfaisantes, et ce avant le 31 décembre de l'année de leur 60e anniversaire.

Leur acceptation dans l'assurance dépend des réponses faites au questionnaire médical. Ce document doit être intégralement rempli par le souscripteur et, éventuellement, par le conjoint fonctionnaire, également souscripteur.

Nous pouvons vous demander des renseignements complémentaires avant acceptation d'une adhésion. Tous les renseignements d'ordre médical doivent être adressés sous pli confidentiel à notre Médecin Conseil, et vous autorisez ce dernier à se rapprocher de votre médecin traitant afin d'obtenir des informations complémentaires qui lui sembleraient nécessaires.

En cours de contrat, vous nous informerez dans les 15 jours à partir du moment où vous en avez connaissance, des circonstances nouvelles qui rendent inexacts ou caduques les réponses faites sur la demande d'adhésion.

Ces circonstances nouvelles portent particulièrement sur :

Votre changement de domicile. A défaut, toute communication qui vous sera adressée par lettre recommandée au dernier domicile connu sera suivie d'effet dans les délais normaux.

Un changement de profession ou d'activités professionnelles entraînant la perte de la qualité d'Agent de l'Etat ou un changement du statut qui vous est applicable.

Dans ce dernier cas, nous vous indiquerons s'il vous est possible, ou non, de conserver vos garanties prévoyance.

Votre passage en préretraite, retraite, ou invalidité.

4. MODALITES D'ADHESION

L'Assuré, et éventuellement son conjoint, doivent :

remplir des documents de demande d'adhésion qui leur sont propres,

régler les cotisations correspondant à ces garanties ; les cotisations spécifiques au conjoint seront prélevées sur le compte bancaire du souscripteur.

Ne peuvent adhérer aux garanties de prévoyance que les agents présents à leur travail sans réduction d'horaire pour raisons de santé.

Il est précisé que la souscription aux garanties prévoyance peut être refusée par l'Assureur ou son représentant alors même que l'affiliation aux garanties frais médicaux serait faite.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans la déclaration, à la souscription ou en cours de contrat, des circonstances ou des aggravations définies ci-dessus, peut être sanctionnée conformément à la loi (art. L.113-8 et L.113-9 du Code des Assurances).

5. CESSATION DES GARANTIES

Les garanties prévoyance cessent dès la résiliation, pour quelque cause que ce soit, du contrat ou de ces seules garanties.

Elles cessent également, dans tous les cas, au 65e anniversaire de l'Assuré, en cas de cessation d'activité au sein de la Fonction Publique, ou à la date de mise en retraite ou invalidité. Elles cessent, par ailleurs, à la fin du maintien en demi-traitement par l'administration.

Il appartient à l'Assuré concerné de nous informer immédiatement de cette cessation d'activité.

6. CESSATION DU PAIEMENT DES PRESTATIONS

La durée de règlement des prestations est indiquée ci-après. Cependant, les prestations servies cessent en cas de cessation du demi-traitement, en cas de cessation d'activité au sein de la Fonction Publique, de préretraite, de retraite, ou de mise en invalidité.

7. PRESTATIONS ASSUREES

Les prestations que nous vous versons dépendent de la formule que vous avez retenue et qui est précisée à votre bulletin d'adhésion.

Nos partenaires



CENTRE HOSPITALIER
PRINCESSE GRACE
MONACO





GMC
gestion



18, Rue Alphonse Karr
06000 NICE
TEL : 04 93 16 74 74
FAX : 04 93 16 74 75
E-mail : info@paya-assurances.fr
Site web : http://www.paya-assurances.fr

0 800 22 11 22

Elles sont toujours subordonnées à intervention de l'employeur au titre du statut.

a) Garantie maintien de revenu en cas de demi-traitement

Pour les souscripteurs ou conjoints affiliés - fonctionnaires de police : en cas d'arrêt de travail suite à une maladie ou un accident non imputable au service ayant entraîné le passage en demi-traitement de l'Assuré, il est versé, à compter de la date de passage en demi-traitement de l'Assuré, une indemnité journalière égale à 1/30e de la catégorie choisie par l'Assuré, et pour laquelle il règle ses cotisations parmi les catégories ci-après.

Pour les conjoints relevant d'une autre administration de l'Etat, cette indemnisation intervient en cas de demi-traitement et, au plus tôt au 91e jour d'arrêt continu et total de travail.

	Prestations mensuelles	Indemnité journalière
Catégorie 1	366 €	12,20 €
Catégorie 2	549 €	18,30 €
Catégorie 3	732 €	24,40 €
Catégorie 4	915 €	30,50 €
Catégorie 5	1 098 €	36,60 €
Catégorie 6	1 281 €	42,70 €
Catégorie 7	1 464 €	48,80 €
Catégorie 8	1 647 €	54,90 €

Cette indemnité journalière est versée à compter du passage en demi-traitement et pendant le versement de celui-ci. Elle est versée au maximum pendant une période de 1 080 jours d'arrêt continu et total de travail.

Le cumul de l'indemnité versée par le présent régime avec le traitement maintenu par l'administration et toute autre indemnisation couvrant le risque arrêt de travail ne peut permettre à l'Assuré de bénéficier de revenus nets supérieurs au traitement indiciaire net du mois précédent la mise en demi-traitement, y compris nouvelle bonification indiciaire.

Changements de garanties maintien de revenu

Sauf sur justificatif de changement d'échelon où la modification peut intervenir au premier jour du mois suivant ce changement, à condition d'être demandée dans les 10 jours, toute modification de catégorie des garanties prévoyance ne peut se faire qu'au 1er avril de l'exercice suivant, par lettre recommandée, avec préavis de deux mois.

Revalorisation des prestations versées

Les prestations en cours de service seront revalorisées au 1er avril de chaque année sur la base de l'évolution AGIRC, survenue au cours de l'exercice civil précédent.

Rechute

L'indemnisation s'effectuant complémentairement au demi-traitement versé par l'Administration, toute rechute suivant un arrêt indemnisé et survenant dans les deux mois suivant la reprise de travail ne donnera pas lieu à application de la franchise.

b) Garantie indemnitaire des primes

Primes concernées

Les primes indemnisables sont les primes normalement versées par l'employeur et n'entrant pas dans le calcul de la pension de retraite, et qui cessent d'être versées du fait de l'arrêt de travail et du passage en demi-traitement. Elles suivent le sort de la garantie maintien de revenu.

Sont exclues les pertes de primes subies suite à un accident, un accident de service, un accident de la circulation, ou lié à un tiers mis en cause.

Montant minimum et options

Sauf refus de l'assureur, le niveau minimum garanti obligatoirement pour tout Assuré à Santé Police est de 300 € par mois, pour une cotisation mensuelle de 8,00 €.

Les options supérieures à la garantie minimale sont les suivantes :

Option	Montant mensuel	Cotisation mensuelle
1	jusqu'à : 450 €	12,00 €
2	600 €	16,00 €
3	750 €	20,00 €
4	900 €	24,00 €
5	1 050 €	28,00 €
6	1 200 €	32,00 €
7	1 350 €	36,00 €
8	1 500 €	40,00 €

Quel que soit le montant retenu par l'agent, l'indemnisation maximum à laquelle il pourra prétendre correspond à la compensation réelle des pertes de primes subies, soit le montant net (déduction de la CSG et de la RDS) des primes concernées.

Nos partenaires



CENTRE HOSPITALIER
PRINCESSE GRACE
MONACO



Durée de versement des prestations et modalités

Le versement des indemnités ne peut se faire qu'au-delà d'une franchise correspondant à un arrêt de travail continu de 30 jours.

Cette garantie peut donner lieu à prestations mensuelles durant cinq années maximum, sur présentation de justificatifs (bulletin de salaire sur lequel apparaît la retenue, arrêt de travail et justificatif de l'employeur précisant le montant et la nature de la prime suspendue du fait de l'arrêt).

Changement d'options

Le choix d'options supérieures donnera lieu à une période de stage de 12 mois pendant laquelle la garantie antérieure sera appliquée. Les pathologies antérieures à la date d'expiration du délai de stage ne seront prises en compte que sur la base de la garantie antérieure.

Ces changements d'options ne pourront se faire qu'à l'échéance annuelle (1er avril) et sur justificatifs d'un changement du niveau des primes versées par l'employeur (arrêté, bulletin de salaire). Aucun changement d'options ne sera possible, pour un assuré, dès lors qu'il y aura eu intervention antérieure de la garantie.

8. COMMENT OBTENIR UN REMBOURSEMENT

Pour obtenir les remboursements, les originaux des pièces suivantes doivent nous être adressés dans les trois mois qui suivent le passage en demi-traitement ou la date d'arrêt de travail :

Les décomptes établis par d'autres organismes de prévoyance.

Les trois derniers bulletins de salaire précédant l'arrêt de travail, une attestation de l'employeur faisant ressortir de façon détaillée et avec une indication des montants, la situation de demi-traitement et la suppression des primes, un certificat médical détaillé indiquant, notamment, la date et la durée prévisible de l'arrêt de travail (une attestation médicale confidentielle complémentaire précisant la nature des lésions, la date d'origine, etc., pourra être demandée par l'assureur).

Expertises médicales

Les médecins délégués par nous doivent pouvoir, sous peine de déchéance de la garantie, avoir libre accès auprès de l'Assuré malade pour procéder à une expertise médicale. Nous devons donc être informés de tout changement de résidence.

Au cas où, sans motif valable, l'Assuré refuserait de se soumettre au contrôle de notre médecin, il serait déchu de tout droit aux indemnités s'il maintenait ce refus après réception d'une lettre recommandée l'avisant d'un contrôle médical.

9. EXCLUSIONS

Complémentairement aux points déjà évoqués, ne donnent pas lieu à indemnisation :

a) les suites et conséquences d'accident survenu avant la prise d'effet du contrat et des maladies dont les manifestations sont antérieures à la date d'entrée en vigueur de la garantie,

b) les accidents ou maladies causés intentionnellement ou volontairement par le bénéficiaire ou résultant d'une tentative de suicide,

c) les accidents ou maladies consécutifs à des faits de guerre étrangère ou civile, à la participation active de l'Assuré à des opérations militaires, émeutes ou rixes auxquels l'Assuré aurait pris part en dehors de ses obligations professionnelles (Cf. cas particulier : article 7 b) pour la garantie indemnitaire des primes),

d) les sinistres résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique ou tout phénomène de radioactivité,

e) les maladies ou accidents occasionnés par l'ivresse ou l'éthylisme de la personne assurée, l'usage de stupéfiants ou de tranquillisants non prescrits médicalement,

f) les accidents ou maladies résultant :

de la pratique d'un sport à titre professionnel,

de la participation à des compétitions sportives de niveau national ou international et leurs essais préparatoires,

de la pratique, à titre sportif amateur, d'un aéronef (en qualité de conducteur ou de passager), ainsi que la pratique du delta-plane, du vol libre, d'un ultra léger motorisé ou de parapente,

de la participation en tant que concurrent à des courses, matchs, compétitions avec usage de véhicules quelconques ou d'embarcations à moteur,

de l'utilisation par l'Assuré, en tant que conducteur ou passager d'un véhicule à deux ou trois roues s'il est prouvé qu'il ne portait pas de casque.

10. FORMATION ET DUREE DU CONTRAT PREVOYANCE

L'adhésion produit ses effets à compter de la date fixée aux Conditions Particulières. Elle est souscrite jusqu'au 31 mars de l'exercice suivant, puis renouvelée par tacite reconduction au 1er avril de chaque année.

11. RESILIATION

L'Assuré peut être radié le 31 mars de chaque année sur sa demande formulée par lettre recommandée, adressée avant le 31 janvier de l'exercice.

Nos partenaires



CENTRE HOSPITALIER
PRINCESSE GRACE
MONACO






GMC
gestion



18, Rue Alphonse Karr
06000 NICE
TEL : 04 93 16 74 74
FAX : 04 93 16 74 75
E-mail : info@paya-assurances.fr
Site web : <http://www.paya-assurances.fr>

 **0 800 22 11 22**

La radiation ou l'exclusion peut, par ailleurs, être prononcée :

- a) en cas d'omissions ou d'inexactitudes dans les déclarations à l'adhésion,
- b) en cas de non paiement des cotisations,
- c) en cas de fausse déclaration de sinistre ou de fourniture de tout document inexact ou falsifié ayant pour but d'obtenir des prestations indues ; la résiliation prend effet 10 jours après sa notification par lettre recommandée,
- d) dès que l'Assuré cesse d'appartenir à l'effectif assurable,
- e) en cas de dénonciation de la Convention d'assurance passée entre le Cabinet Pierre Paya Assurances et AMIS, à l'échéance annuelle.

La radiation par l'assureur peut ne concerner que les risques prévoyance.

12. COTISATIONS

Les cotisations (taxes comprises) sont fonction des niveaux de garanties choisis. Elles évoluent notamment en fonction des résultats enregistrés par la Convention.

Les cotisations sont payables d'avance, mensuellement, par prélèvement automatique sur compte bancaire. Un échéancier de cotisations est adressé à l'Assuré au début de chaque période annuelle.

En cas d'admission ou d'exclusion en cours d'année, les cotisations ne sont dues qu'au prorata.

Le versement des prestations prévues aux garanties prévoyance n'exonère par l'Assuré du paiement normal de sa cotisation.

13. DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

A défaut de paiement d'une cotisation (ou d'une fraction de cotisation) nous adresserons une lettre de relance 21 jours après la date d'exigibilité de cette dernière. En cas de non paiement et, indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice, nous pouvons adresser à l'Assuré, à son dernier domicile connu (même dans le cas où la cotisation serait payable par une autre personne), une lettre recommandée valant mise en demeure.

Les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi de cette lettre (ou sa remise au destinataire si celui-ci est domicilié hors de France Métropolitaine).

Nous avons le droit de résilier le contrat 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours visé ci-dessus, par notification faite à l'Assuré, soit par lettre recommandée de mise en demeure, soit par une nouvelle lettre recommandée.

En cas de suspension des garanties pour non-paiement de la cotisation ou lorsque des prestations sont dues, l'Assuré n'est pas dispensé de l'obligation de payer les cotisations échues.

Conséquences de la suspension pour non-paiement des cotisations sur le droit aux prestations : La suspension des garanties et des services pour non-paiement de la cotisation entraînerait, pour chacun des Assurés, la perte définitive de tout droit aux prestations (y compris en cas de rechute) se rapportant à des accidents survenus, ou à des maladies constatées médicalement pendant la période de suspension.

Avant la remise en vigueur des garanties, nous pourrions les soumettre à visite médicale.

14. REGLEMENT DES LITIGES

En cas de difficulté relative à l'interprétation ou à l'application du présent contrat ne pouvant être réglée à l'amiable, les parties s'engagent à s'en rapporter à la sentence rendue par deux arbitres choisis respectivement par chacune d'entre elles, lesquels, s'ils ne trouvaient pas d'accord, auront à choisir eux-mêmes un tiers arbitre.

En cas de désaccord sur ce choix, le tiers arbitre sera nommé en référé par le Président du Tribunal de Grande Instance de PARIS à la requête de la partie la plus diligente.

En cas de désaccord sur la sentence arbitrale, chaque partie peut faire appel devant les tribunaux compétents.

Nos partenaires



CENTRE HOSPITALIER
PRINCESSE GRACE
MONACO

