

ACCORD SUR LE REGIME DE FRAIS DE SANTE COLLECTIF ET OBLIGATOIRE AU SEIN DE L'UES NORAUTO

Entre les soussignés :

L'UES NORAUTO, représentée par Madame Anne Danièle Fortunato, Directrice des Ressources Humaines, dûment mandatée à cet effet

Et

Les Organisations Syndicales représentatives au sein de l'Unité Economique et Sociale (UES) NORAUTO, représentées par :

- Monsieur Sylvestre AISSI en qualité de Délégué Syndical Central CFDT
- Monsieur Alain MONPEURT en qualité de Délégué Syndical Central CFE-CGC
- Monsieur Patrick BAUDUIN en qualité de Délégué Syndical Central CFTC
- Monsieur Laurent DESPRES en qualité de Délégué Syndical Central CGT
- Monsieur Henry MULLER en qualité de Délégué Syndical Central FO.

Préambule

Le présent accord a pour but de remplacer le dispositif existant en terme de régime de frais de santé actuellement en vigueur au sein de l'UES NORAUTO régi par l'accord sur le régime de frais de santé collectif et obligatoire au sein de l'UES Norauto en date du 31 janvier 2011.

Article 1 : Champ d'application de l'accord

Le présent accord s'applique à l'ensemble des collaborateurs, actuels et futurs, appartenant aux différentes entités composant l'UES NORAUTO.

La composition de l'UES NORAUTO au moment de la signature du présent accord est précisée dans l'annexe 1.

CFDT
LD
BF
AM
SA

Article 2 : Objet de l'accord

Le présent accord a pour objet de définir, pour l'ensemble du personnel de l'UES NORAUTO, les modalités du régime complémentaire de frais de santé collectif et obligatoire.

Il est rappelé que le régime complémentaire de frais de santé a pour objectif principal de compléter les remboursements versés par un régime de sécurité Sociale au titre des frais de santé et pour objet secondaire d'offrir un fond social ainsi que des services complémentaires d'assistance.

Article 3 : Bénéficiaires

Article 3.1 : Adhésion à titre obligatoire au régime complémentaire de « frais de santé »

Il est rappelé que le régime complémentaire de frais de santé de l'UES NORAUTO a un caractère collectif et obligatoire.

A ce titre, et sous réserve de dérogations visées à l'article 3.2, le présent accord concerne la totalité du personnel de l'UES NORAUTO, sans condition d'ancienneté.

Article 3.2 : Dérogations à l'adhésion obligatoire

Des possibilités de dérogation à l'adhésion obligatoire des collaborateurs de l'UES NORAUTO sont possibles dans les conditions fixées ci-après:

- Les **collaborateurs sous contrat à durée déterminée** d'une durée au moins égale à douze mois peuvent choisir de ne pas adhérer au régime. Dans un tel cas, le collaborateur doit demander sa dispense d'affiliation par écrit et présenter le justificatif d'une couverture souscrite par ailleurs.

En revanche, pour les collaborateurs sous contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à douze mois, la dispense d'affiliation est de droit, s'ils choisissent de ne pas adhérer.

- Les **collaborateurs à « temps très partiel »**, ayant pour unique employeur l'une des sociétés de l'UES Norauto et qui devraient acquitter une cotisation au moins égale à 10% de leur rémunération, peuvent choisir de ne pas adhérer au régime.

Il est précisé que les collaborateurs à « temps très partiel » ont un temps de travail contractuel inférieur à un mi-temps.

- Les **collaborateurs sous contrat d'apprentissage** peuvent décider de ne pas adhérer dans l'une des deux situations suivantes :
 - en cas de contrat d'apprentissage d'une durée supérieure à 12 mois et avec une cotisation à la charge de l'apprenti supérieure à 10% de sa rémunération et sur production d'un justificatif de couverture souscrite par ailleurs ;
 - en cas de contrat d'apprentissage d'une durée inférieure à 12 mois, la dispense d'affiliation est de droit

Handwritten signatures and initials: BP, AM, SA, HN.

- Le régime actuel couvrant les ayants droit des collaborateurs à titre facultatif, **les collaborateurs de l'UES Norauto en couple** (conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité) ont le choix d'adhérer séparément (chacun en cotisation isolée) ou ensemble au régime (soit un des conjoints choisit d'adhérer en cotisation familiale avec son conjoint en ayant droit, soit les deux conjoints choisissent d'adhérer en cotisation famille).

Toutefois, si l'un des conjoints quitte l'entreprise, l'autre conjoint devra obligatoirement adhérer au régime collectif.

- **Les collaborateurs déjà couverts par un régime de frais de santé obligatoire dans le cadre d'un autre emploi**, par un employeur autre que l'une des sociétés de l'UES NORAUTO, peuvent choisir de ne pas adhérer.

Dans un tel cas, le collaborateur en début de chaque année civile et à chaque évolution de sa situation, doit présenter un justificatif d'adhésion obligatoire à un autre régime de frais de santé. A défaut, le collaborateur sera automatiquement et pour toute la période d'exécution de son contrat, affilié au régime obligatoire de frais de santé NORAUTO, en « régime isolé ».

- Conformément à l'accord en date du 5 octobre 2007 ayant institué le régime de frais de santé collectif et obligatoire, il est rappelé que, les collaborateurs sous contrat à durée indéterminée qui étaient, au moment de la mise en place du régime le 1^{er} janvier 2008, déjà couverts par un régime de frais de santé obligatoire de l'employeur de leur conjoint, ont pu choisir de ne pas adhérer.

Dans un tel cas, le collaborateur doit en début de chaque année civile et à chaque évolution de sa situation, présenter un justificatif d'adhésion obligatoire à un autre régime de frais de santé. A défaut, le collaborateur sera automatiquement et pour toute la période d'exécution de son contrat, affilié au régime obligatoire de frais de santé NORAUTO.

Article 3.3 : Adhésion des ayants droit à titre facultatif au régime complémentaire de « frais de santé »

Par extension et à titre facultatif, l'adhésion obligatoire au régime de frais de santé du collaborateur de l'UES NORAUTO permet l'affiliation, à la même date ou postérieurement et sans bénéficier des exonérations fiscales et sociales prévues pour les contrats à adhésion obligatoire, de son conjoint, de ses enfants et de ses ascendants communément appelés « ayants droit ».

Il est précisé que **le conjoint** du collaborateur de l'UES NORAUTO considéré comme « ayants-droit » est entendu comme suit :

- le conjoint non divorcé, ni séparé de corps judiciairement
- ou le concubin (sur présentation d'une attestation sur l'honneur de vie maritale)
- ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité,

bénéficiant du régime de la sécurité sociale ou d'un régime particulier de Sécurité Sociale.

SA
JA
AM
LD

Il est précisé que **les enfants** considérés comme « ayants-droit » sont les enfants du collaborateur adhérent, ceux de son conjoint, de son concubin ou ceux de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité qui sont :

- à charge au sens de la sécurité sociale et âgés de moins de 20 ans,
- âgés de moins de 28 ans :
 - affiliés au régime de la Sécurité Sociale des étudiants,
 - poursuivant des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance,
 - étant à la recherche d'un 1^{er} emploi inscrit à l'assurance chômage et ayant terminé leur études depuis moins de 6 mois. Il est précisé que 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,
- qui perçoivent une allocation « handicapé ».

Il est précisé que **les ascendants** du collaborateur de l'UES NORAUTO considérés comme « ayants-droit » sont ses ascendants et ceux de son conjoint, de son concubin ou ceux de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, à charge au sens de la Sécurité Sociale.

Article 3.4 : Situations particulières : collaborateurs dont le contrat de travail est suspendu

Article 3.4.1 : Période de suspension donnant lieu à indemnisation

La contribution de l'employeur au financement du présent régime de frais de santé est maintenue au profit du collaborateur absent en raison d'une maladie, d'une maternité, d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle dès lors que ces absences sont indemnisées.

Le collaborateur acquittera la part salariale de la cotisation.

Article 3.4.2 : Période de suspension ne donnant pas lieu à indemnisation

Les garanties du présent régime de frais de santé sont maintenues au profit du collaborateur absent en raison de la suspension de son contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation, dans les conditions suivantes :

LD


SA
AN
Mor

- pendant les 6 premiers mois de suspension, le collaborateur continue de bénéficier du régime (sauf s'il refuse par écrit le maintien), les contributions patronales et salariales restent identiques, à l'instar des cotisations des présents dans l'entreprise;
- au-delà de cette période de 6 mois, le collaborateur pourra demander à continuer à bénéficier du régime, en s'acquittant auprès du gestionnaire de la cotisation en vigueur du contrat collectif, intégralement à sa charge (cotisation patronale et salariale).

Article 4 : Anciens collaborateurs

Article 4.1 : La Portabilité (ANI)

L'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) en date du 11 janvier 2008 prévoit, de manière indissociable, le maintien des garanties collectives de frais de santé et de prévoyance pour les anciens collaborateurs bénéficiaires d'une indemnisation par l'assurance chômage.

La durée du maintien de ces garanties est proportionnelle à la durée du dernier contrat de travail du collaborateur, appréciée en mois entiers, et dans la limite maximale de neuf mois.

Ce maintien ne s'applique toutefois que sous certaines conditions :

- l'ancien collaborateur doit avoir été adhérent au régime de frais de santé existant au sein de l'UES Norauto avant son départ ;
- l'ancien collaborateur ne doit pas avoir fait l'objet d'une procédure de licenciement pour faute lourde ;
- la rupture du contrat de travail du collaborateur concerné doit ouvrir droit à une indemnisation au titre de l'assurance chômage. De sorte que, l'ancien collaborateur devra justifier de celle-ci auprès du service en charge de la gestion du contrat de frais de santé de l'UES Norauto.
- l'ancien collaborateur ne doit pas avoir expressément renoncé au bénéfice du maintien.

Le niveau des garanties est identique à celui des collaborateurs présents au sein de l'UES Norauto.

Pour plus de précisions sur les conditions permettant de bénéficier de cette portabilité, il convient de se référer aux textes en vigueur.

Article 4.1.1 : Financement de la Portabilité

Les présents signataires de l'avenant ont décidé d'opter pour le cofinancement entre les « portés », anciens collaborateurs de l'UES Norauto bénéficiant du dispositif de la portabilité et l'UES Norauto ancien employeur.

Pour bénéficier des garanties du régime de frais de santé, dans la limite de la durée de leurs droits à portabilité et à l'instar des « présents », les « portés » acquitteront une cotisation équivalente à celle des présents et Norauto acquittera pour eux l'équivalent de la cotisation patronale.

Le montant des cotisations pour les « portés » est identique à celui des « présents ». De sorte que, les modifications du montant, à la hausse ou à la baisse, des cotisations seront également appliquées aux « portés ».


 BP
 AN
 SA
 HN

Il est précisé que si le « porté » s'abstient de payer sa cotisation, il perdra le bénéfice de ses droits à portabilité durant toute la période restant à courir.

Afin de simplifier la gestion de la Portabilité, le paiement des cotisations salariales se fera par prélèvement bancaire uniquement. A la demande expresse du « porté » et dans le cadre de circonstances exceptionnelles, un paiement par chèque pourra être accepté.

A la demande expresse du collaborateur et à titre exceptionnel, le paiement pourra se faire par un chèque unique du montant global (montant des cotisations salariales couvrant toute la période de portabilité ainsi que les charges sociales afférentes aux présents de l'entreprise) lors de son départ de l'entreprise.

De même, à la demande expresse du collaborateur et sous réserve de l'accord du Responsable Ressources Humaines, le « porté » pourra étaler le paiement de ses cotisations par chèque sur plusieurs mois.

Au regard des éventuelles variations du montant des cotisations pendant la période de portabilité, liées au régime ou à une hausse du plafond mensuel de la sécurité sociale ou encore aux évolutions législatives en la matière etc ..., il sera soit procédé à un nouveau prélèvement bancaire, soit demandé une nouvelle remise de chèque afin de régulariser la situation.

En cas d'arrêt de la prise en charge par le Pole Emploi lié à une reprise d'activité professionnelle pendant la période de portabilité, les droits cessent et le « porté » devra en informer, immédiatement, Norauto afin d'obtenir le remboursement des cotisations versées pour la période restant à courir. Le remboursement se fera dans les meilleurs délais par virement bancaire ou par chèque.

Article 4.1.2 Modalités d'application de la Portabilité

Un courrier d'information sur les modalités du bénéfice de la Portabilité sera remis à chaque collaborateur quittant l'entreprise.

L'ancien collaborateur a la possibilité de renoncer au maintien des garanties du contrat de frais de santé. Dans un tel cas, il renoncera par là même aux garanties de prévoyance.

La renonciation est définitive et devra être notifiée par écrit dans les 10 jours suivant la date de cessation du contrat de travail.

Lors de sa prise en charge par l'assurance chômage, le « porté » devra fournir la notification de prise en charge.

De même, lors de la cessation du versement de ses indemnités, il devra fournir le justificatif d'arrêt de versement.

Le « porté » perd le bénéfice de la Portabilité en l'absence de paiement de sa quote-part de financement.

Article 4.2 Application de la loi Evin

Conformément à l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Evin », les anciens collaborateurs, c'est-à-dire les anciens collaborateurs dont le contrat de travail a été rompu, bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privé d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, peuvent solliciter, dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail, directement auprès de l'assureur une couverture de frais de santé à titre Accord sur le régime de frais de santé collectif et obligatoire au sein de l'UES Norauto.

CTT
BP
AN
SA
HN

individuel. Dans un tel cas, aucun délai de carence, ni de questionnaire de santé, ne leur sera imposé par l'assureur. Ils s'acquittent alors d'une cotisation intégralement à leur charge.

Article 5 : Structure du régime

Le régime complémentaire de frais de santé propose un niveau de couverture unique.

Les collaborateurs seront à titre obligatoire adhérents au régime complémentaire de frais de santé mis en place par l'UES NORAUTO et, par extension, leurs ayants droit pourront également être couverts par ce régime unique.

En conséquence, lorsque le collaborateur est seul adhérent au régime de frais de santé, l'adhésion est dite « isolée » et lorsque que le collaborateur et ses ayants droit sont adhérents au régime, l'adhésion est dite « famille ».

Modalités de passage d'une catégorie à l'autre

Le passage de la couverture individuelle vers la couverture famille ou inversement se fera :

- dès la présentation d'un justificatif probant au service paie de l'UES NORAUTO en charge de la gestion du régime de frais de santé et sans délai de carence en cas de changement de situation familiale (mariage, divorce, conclusion ou dissolution d'un PACS, concubinage, naissance, décès d'un ayant droit), perte d'emploi du conjoint, concubin ou du partenaire lié à l'assuré par un PACS ou de frais liés à une maternité.
- avec un délai de carence de 6 mois, dans les autres cas, sur demande écrite au service paie.

Article 6 : Garanties et Prestations

Les **garanties de frais de santé** ainsi que les prestations supplémentaires, liées au **fonds social** de l'Institution de Prévoyance et aux services complémentaires d'**assistance** sont détaillées dans les annexes respectives **2, 3 et 4** du présent accord, lesquelles font partie intégrante du présent accord.

Il est précisé que les garanties, taux de couverture et prestations de ce régime de frais de santé sont identiques au précédent régime.

Article 7 : Cotisations

La cotisation mensuelle globale est prise en charge à la fois par l'UES NORAUTO et par le collaborateur adhérent au régime.

Conformément à la législation en vigueur au moment de la signature de l'accord, le montant de la participation de l'employeur est uniforme pour tous les collaborateurs adhérents, sans distinction, selon qu'ils adhèrent à titre individuel ou avec leurs ayants droit.

ST
LD
BP
AM
SA
ND

Au 1^{er} janvier 2012, le montant de la cotisation employeur résulte du calcul suivant : budget annuel net alloué par l'employeur au régime de frais de santé divisé par l'effectif adhérent de l'UES NORAUTO.

Au 1^{er} janvier 2012, le montant de la cotisation patronale mensuelle est égal à 39 € (trente neuf euros).

Au 1^{er} janvier 2012, en régime général, le montant de la cotisation salariale mensuelle est égal à :

- pour l'adhésion seule du collaborateur (adhésion isolée) : 17 € (dix-sept euros) ; soit une cotisation globale de 56 € (cinquante six euros).
- pour l'adhésion du collaborateur et de ses ayants droit (adhésion famille) : 41 € (quarante et un euros) soit une cotisation globale de 80 € (quatre-vingt euros).

Pour les départements d'Alsace et de Moselle, au 1^{er} janvier 2012, le montant de la cotisation salariale mensuelle est égal à :

- pour l'adhésion seule du collaborateur (adhésion isolée) : 10 € (dix euros) ; soit une cotisation globale de 49 € (quarante neuf euros).
- pour l'adhésion du collaborateur et de ses ayants droit (adhésion famille) : 22,50 € (vingt deux euros et cinquante centimes) ; soit une cotisation globale de 61,50 € (soixante et un euros et cinquante centimes).

Les cotisations salariales et patronales sont exprimées en euros et sont garanties pour une durée de 2 ans à compter du 1er janvier 2012, hors désengagement substantiel de la sécurité sociale pour sa part de remboursement et modification introduite par la législation en la matière.

La part salariale de la cotisation est prélevée mensuellement et directement sur le bulletin de paie du collaborateur adhérent. La part employeur quant à elle est directement versée à l'organisme assureur.

Compte tenu de l'existence d'une possibilité d'extension de la couverture de la complémentaire aux ayants droit du collaborateur adhérent, il est entendu que le montant de la cotisation salariale est différente selon que le collaborateur adhère à titre individuel ou avec ses ayants droit au régime.

En tout état de cause, la participation de l'employeur au budget alloué aux frais de santé ne pourra être inférieure à 50%.

Article 8 : Désignation des organismes

Conformément à la législation en vigueur au moment de la conclusion du présent accord, à savoir la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 et la circulaire en date du 30 janvier 2009, les prestations sont versées par à savoir : Uniprévoyance (10 Rue Massue 94300 Vincennes) et gérées par GMC (10 Rue Henner 75009 Paris).

Conformément à l'article L.912-2 de la sécurité sociale, le choix de ces organismes pourra être réexaminé à l'échéance du présent accord à savoir dans 2 ans.

Handwritten signatures and initials on the right margin, including a large signature at the top, and the letters 'BP', 'AM', and 'HN' written vertically below it.

Il est précisé que le contrat de couverture de frais de santé proposé par cet assureur est conforme avec la définition des contrats « responsables » édictée par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Article 9 : Information des collaborateurs

Il sera remis à chaque collaborateur adhérent au régime de frais de santé, au moment de la mise en place du présent accord et lors de son embauche, une notice d'information détaillée et établie par l'assureur, résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application.

Par ailleurs, les collaborateurs seront tenus informés des évolutions éventuelles du régime.

Article 10 : Information des représentants du personnel

Conformément aux dispositions du Code du Travail en la matière, le Comité Central d'Entreprise aura connaissance du rapport annuel sur les comptes du contrat d'assurance « frais de santé ».

Article 11 : Services complémentaires d'assistance

Des services complémentaires aux garanties de frais de santé sont proposés aux collaborateurs adhérents et leurs ayants-droit résidents en France métropolitaine; tels que :

- un centre d'appel téléphonique permettant d'obtenir des informations dans le domaine de la santé telles que des informations sur des questions de santé ou administratives, tarifaires sur des devis, techniques ou encore sur les partenaires de l'organisme assureur en matière de santé ;
- en cas d'hospitalisation supérieure à 48 heures en cas d'atteinte corporelle grave ou en cas d'hospitalisation dans un service de maternité pour une durée supérieure à 5 jours :
 - un rapatriement sanitaire en France ou à l'étranger si l'adhérent est victime d'une atteinte corporelle grave à plus de 50 kms de son domicile ;
 - acheminement d'un proche au chevet de l'adhérent si aucun membre de la famille ne se trouve à moins de 50 kms ;
 - garde des enfants et petits-enfants de moins de 15 ans dans la limite de la durée de l'hospitalisation et de 30 heures réparties sur quinze jours;
 - aide ménagère à domicile dans la période de 30 jours suivant l'hospitalisation et de 30 heures réparties sur quinze jours ;
 - ...

Article 12 : Fonds Social

Les collaborateurs adhérents et leurs ayants-droit pourront bénéficier des services du fonds social d'Uniprévoyance.

Le fonctionnement du fonds social est annexé au présent accord en annexe 4.


LD
BP
AM
SA
HN

Article 13 : Observatoire

Il est composé des organisations syndicales signataires du présent accord.

Il se réunira deux fois par an pour examiner les résultats du contrat et proposer les améliorations nécessaires.

Il examinera également, dans le respect de la confidentialité des dossiers qui leur sont présentés, les actions menées du fonds social.

Article 14 : Entrée ou sortie de l'UES NORAUTO

L'entrée ou la sortie d'une entité dans l'UES NORAUTO ne remettra pas en cause la validité du présent accord.

Si l'entrée ou la sortie d'une entité du périmètre de l'UES NORAUTO devait néanmoins avoir des répercussions sur le niveau des prestations et les taux de cotisations au point de remettre en cause les équilibres négociés, les organisations syndicales seraient immédiatement saisies afin de discuter d'éventuels amendements au présent accord.

Article 15 : Date d'application et durée de l'accord

Le présent accord s'appliquera à compter du 1^{er} janvier 2012.

Le présent accord annule et remplace les dispositifs en vigueur dans l'UES NORAUTO en matière de régime complémentaire de frais de santé.

Il est **conclu** pour une durée déterminée de **2 ans**. A l'issue de cette période, le présent accord cessera de plein droit de produire ses effets.

Article 16 : Révision de l'accord

Chaque partie signataire ou adhérente peut demander à tout moment la révision de tout ou partie du présent accord, par lettre recommandée avec accusé de réception envoyé aux différentes parties signataires et adhérentes.

Les évolutions législatives et réglementaires seront automatiquement intégrées à l'accord et ne feront pas l'objet d'un avenant mais d'une information aux organisations syndicales.

En l'occurrence, l'adaptation des garanties et des prestations seraient automatiquement appliquées par l'assureur, dans la limite où l'équilibre du régime ne serait pas remis en cause.

Article 17 : Dénonciation de l'accord

S'agissant d'un accord à durée déterminée de 2 ans, il ne peut être unilatéralement dénoncé par aucune des parties avant l'échéance.

Article 18 : Notification de l'accord

La partie la plus diligente des organisations signataires du présent accord notifie le texte de l'accord à l'ensemble des organisations syndicales représentatives.

BP
AM
so
HJ

Article 19 : Dépôt de l'accord

Conformément au décret du 17 mai 2006, le présent accord et ses annexes seront déposés en deux exemplaires, l'un sur support papier et l'autre sur support électronique, accompagné des pièces requises auprès de la DIRECCTE de Lille.

Le présent accord et ses annexes seront également déposés, en un exemplaire original, auprès du secrétariat du Greffe du Conseil de Prud'hommes de Lille.

Les formalités de dépôt de l'accord seront accomplies par la Direction de l'UES NORAUTO.

Le présent accord sera applicable à compter du jour qui suit son dépôt auprès de l'autorité administrative.

A Lesquin, le 03/11/11

En 10 exemplaires originaux dont un remis à chaque partie.

Pour l'UES NORAUTO :

Anne Danièle FORTUNATO, Directrice des Ressources Humaines de Norauto France, dûment mandatée à cet effet

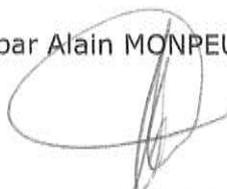


Pour les Organisations Syndicales :

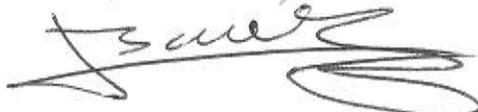
CFDT, représentée par Sylvestre AISSI



CFE-CGC, représentée par Alain MONPEURT



CFTC, représentée par Patrick BAUDUIN



CGT, représentée par Laurent DESPRES



FO, représentée par Henry MULLER



ANNEXE 1 : Liste des sociétés composant

l'Unité Economique et Sociale Norauto

: Liste des sociétés composant l'Unité Economique et Sociale Norauto :

Au jour de la conclusion du présent accord, l'Unité Economique et Sociale Norauto, dont le siège social est à Sainghin en Mélançois 59 262 rue du Fort, est composée de :

- ➔ NORAUTO France
- ➔ NORAUTO INTERNATIONAL
- ➔ CAMANOSQUE
- ➔ CAMARO
- ➔ CAREIMS
- ➔ CENTRE AUTO VALENCE
- ➔ CAPAULES
- ➔ CAVASUD
- ➔ CAN
- ➔ CALAFLECHE
- ➔ CAVIGNEUX
- ➔ CABIZANOS
- ➔ ERDROTO
- ➔ CADIVILLE
- ➔ NAS
- ➔ CAPDIEPPE
- ➔ CAMARANGES
- ➔ SAS VAL D'EUROPE
- ➔ CAGARGES
- ➔ CAVITROLLES
- ➔ CALIVRY
- ➔ CAMORTEAU.


BP
AN
SA
HN

Annexe 2 : Résumé des garanties de frais de santé

RESUME DE GARANTIES

L'INDEMNITÉ COMPLÉMENTAIRE VERSÉE PAR UNIPREVOYANCE S'AJOUTE DANS LA LIMITE DES FRAIS RESTANT À LA CHARGE DU PARTICIPANT, À CELLES VERSÉES AU MÊME TITRE TANT PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE QUE PAR TOUT AUTRE ORGANISME.

NATURE DES SOINS	MONTANT DES PRESTATIONS
HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ(*) . Frais exposés en établissements conventionnés..... . Frais exposés en établissements non conventionnés et secteur privé en hôpital public..... (*) Y compris hospitalisation médicale et chirurgicale de moins de 24 heures, intervention chirurgicale sans hospitalisation et hospitalisation à domicile.	100 % des FR - SS 20 % de la BR SS Les frais sont ceux correspondant aux frais de séjour (à l'exclusion du forfait journalier de la Sécurité Sociale), aux frais de salle d'opération, à la pharmacie, aux autres frais médicaux.
. Forfait journalier (participant relevant du régime général)..... . Chambre particulière..... . Frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 12 ans.....	100 % des Frais Réels 4 % du PMSS ¹ par jour 1 % du PMSS ¹ par jour
TRANSPORT EN AMBULANCE	35 % de la BR SS
PHARMACIE (Y compris VACCINS remboursés par la Sécurité Sociale)	100 % [BR SS - MR SS] ²
VACCINS prescrits bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché (non remboursés par la Sécurité Sociale)	Remboursement limité à 10 % du PMSS ^{3 et 4} par an et par bénéficiaire
CONSULTATIONS - VISITES (d'omnipraticiens, de spécialistes, de professeurs et de neuropsychiatres)	200 % de la BR SS
ACTES PRATIQUES PAR LES AUXILIAIRES MÉDICAUX (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)	200 % de la BR SS
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX ET ACTES DE CHIRURGIE	200 % de la BR SS
ANALYSES	40 % de la BR SS
ACTES D'IMAGERIE, ÉCHOGRAPHIE ET DOPPLER	200 % de la BR SS
SOINS DENTAIRES	200 % de la BR SS
PARODONTIE (prise en charge par la Sécurité Sociale)	350 % de la BR SS
INLAYS, ONLAYS	350 % de la BR SS
PROTHÈSES DENTAIRES, INLAYS CORE (pris en charge par la Sécurité Sociale)	350 % de la BR SS
IMPLANTS DENTAIRES	6 % du PMSS ⁴ par an et par bénéficiaire
FRAIS D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE (ORTHODONTIE) . Actes pris en charge par la Sécurité Sociale..... . Actes non pris en charge par la Sécurité Sociale.....	300 % de la BR SS 300 % de la BR SS reconstituée
PROTHÈSES AUDITIVES, ORTHOPÉDIE, AUTRES PROTHÈSES NON DENTAIRES	200 % de la BR SS
OPTIQUE . Verres..... . Monture adulte..... . Monture enfant..... . Lentilles de contact correctrices ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale..... . Lentilles de contact correctrices (y compris jetables et celles n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale)..... . Opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser.....	selon la grille ci-dessous (*) 120 euros 80 euros Limitée à une paire de lunettes tous les 2 ans pour un adulte et à une paire par an pour un enfant, sauf évolution de la prescription médicale 9 % du PMSS ⁴ par an et par bénéficiaire 9 % du PMSS ⁴ par an et par bénéficiaire 6 % du PMSS ⁵ par oeil
INDEMNITÉS FORFAITAIRES . Cures Thermales prises en charge par la Sécurité Sociale.....	10 % du PMSS ⁶ dans la limite des frais engagés

1 -- En vigueur au 1^{er} jour de l'hospitalisation

2 -- [BR SS - MR SS] : différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale et le Montant Remboursé par la Sécurité Sociale

3 -- Cette limite s'entend pour l'ensemble des garanties complémentaires Santé couvrant le bénéficiaire auprès d'UNIPREVOYANCE.

4 -- En vigueur au jour de la dépense

5 -- En vigueur au jour de l'intervention

6 -- En vigueur au 1^{er} jour de la cure

ABREVIATIONS :

FR - SS ➔ Frais Réels - Remboursement de la Sécurité Sociale et tout autre organisme
 BR SS ➔ Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (équivalent au TC)
 MR SS ➔ Montant Remboursé par la Sécurité Sociale
 PMSS ➔ Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

Handwritten notes:
 BP
 AM
 SA
 HM

Les verres sont remboursés selon la grille ci-dessous, en fonction du niveau de correction :

TYPE DE VERRE	CODE LPP	CYLINDRE / SPHERE	PRESTATION PAR ADULTE ¹	PRESTATION PAR ENFANT ¹
1 paire de verres simples (verres blanc simple foyer : unifocal - sphérique)	2203240	Sphère de - 6 à + 6	170 €	120 €
	2259966	Sphère de - 6 à + 6 et cylindre = ou + 4	170 €	120 €
	2212976	Sphère de - 6 à + 6 et cylindre + 4	170 €	120 €
1 paire de verres grosse correction (verre sphéro cylindrique ; foyer simple : unifocal)	2280660	Sphère de + 6,25 à + 10	450 €	400 €
	2263459	Sphère de - 6,25 à - 10	450 €	400 €
	2265330	Sphère de + 6,25 à + 10	450 €	400 €
	2282793	Sphère de - 6,25 à + 10	450 €	400 €
	2284527	Sphère de - 6 à + 6 et cylindre = ou + 4	450 €	400 €
	2254868	Cylindre < ou = + 4, sphère HZ - 6 à + 6	450 €	400 €
	2235776	Sphère de - 6 à + 6 et cylindre + 4	450 €	400 €
	2295896	sphère HZ - 10 à + 10	450 €	400 €
	2288519	sphère HZ - 6 à + 6 et cylindre + 4	450 €	400 €
1 paire de verres progressifs (verre blanc multifocal sphérique ou sphéro cylindrique)	2290396	Sphère de - 4 à + 4	450 €	400 €
	2227038	Sphère de - 8 à + 8	450 €	400 €
	2245384	Tout cylindre et Sphère de - 4 à + 4	450 €	400 €
	2202239	Tout cylindre et Sphère de - 8 à + 8	450 €	400 €

¹ Le remboursement s'entend pour une paire de verres de même nature (unifocaux ou multifocaux). Dans l'hypothèse où il n'y aurait qu'un verre facturé ou deux verres mais de nature différentes, le remboursement sera calculé en fonction de chaque verre.

♦ **En complément des garanties décrites ci-dessus, UNIPRÉVOYANCE rembourse les garanties PRÉVENTION suivantes :**

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS
III PRESTATIONS DE PRÉVENTION PUBLIÉES PAR L'ARRÊTÉ DU 8 JUIN 2006	
. Détartrage complet sus et sous gingival des dents (en deux séances maximum).....	30 % de la BR SS
. Dépistage troubles de l'audition chez une personne de + de 50 ans.....	30 % de la BR SS tous les 5 ans et par bénéficiaire
III AUTRES FRAIS DE PRÉVENTION (prescrits par un médecin)	
. Consultation chez un diététicien par enfant de moins de 12 ans.....	30 € par an et par bénéficiaire
. Dépistage annuel de l'ostéoporose pour une personne entre 45 et 59 ans.....	75 € par an et par bénéficiaire

Le contrat d'adhésion est émis dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables », conformément aux articles R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité Sociale et à leurs décrets d'application. En conséquence :

- il prévoit les obligations minimales de prise en charge des prestations liées aux consultations du médecin traitant et de ses prescriptions,
- il ne prend pas en charge la minoration du remboursement de la Sécurité Sociale et les dépassements autorisés d'honoraires pour non respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical, ni les participations forfaitaires,
- il prend en charge au moins deux actes de prévention,
- et de manière générale, il respecte les obligations et interdictions de prise en charge définies dans ce cadre législatif et réglementaire.


 BP
 AM
 SP
 HQ

Annexe 3 : Garanties et prestations de l'ancien régime

Les sommes restant à charge du participant sont au minimum égales à la participation forfaitaire mentionnée à l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale.

Dans le respect des critères fixés par décret en Conseil d'Etat conformément à l'article 57 de la loi du 13 août 2004, les majorations du Ticket Modérateur pour non respect du parcours médical et non communication du dossier médical, et plus généralement toutes les pénalités qui en découlent (Art. L 162-5-3 et L 161-36-2 du code de la Sécurité sociale) ne sont pas prises en charge par Médéric Prévoyance.

**Remboursements
MALAKOFF MEDERIC
Au 1^{er} janvier 2011**

MODULE FRAIS MEDICAUX																						
Consultations et visites <ul style="list-style-type: none"> ♦ Médecins omnipraticiens ♦ Médecins spécialistes, professeurs, et neuropsychiatres ♦ Auxiliaires Médicaux (Infirmiers, kinésithérapeutes...) ♦ Analyses Pharmacie <ul style="list-style-type: none"> ♦ Remboursée à 65 % SS ♦ Remboursée à 30 % SS ♦ Remboursée à 15% SS ♦ Vaccins non remboursé par la Sécurité Sociale (par an et par bénéficiaire) Cure thermale en France (21 jours) <ul style="list-style-type: none"> ♦ Acceptée par la Sécurité Sociale Prévention <p style="font-size: small;">prestations jugées prioritaires / Objectif de santé publique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Un dépistage des troubles de l'audition par audiométrie tonale avec tympanométrie chez une personne de plus de 50 ans / Limitation : 1 dépistage / 5 ans / bénéficiaire ♦ Un détartrage annuel complet sus et sous-gingival / Limitation : 2 séances / an / bénéficiaire ♦ Un dépistage annuel de l'ostéoporose entre 45 et 59 ans (par an et par bénéficiaire) ♦ Une consultation annuelle d'un diététicien pour un enfant de moins de 12 ans (par an et par bénéficiaire) 	200% TCSS 200% TCSS 200% TCSS 40% TCSS 35% TRSS 70% TRSS 85% TRSS 10% PMSS 10% PMSS 30% TCSS 30% TCSS 75€ 30€																					
MODULE Hospitalisation																						
Hospitalisation médicale, chirurgicale, maternité * <ul style="list-style-type: none"> ♦ Séjour ♦ Honoraires (déclarés Sécurité Sociale) ♦ Forfait journalier ♦ Chambre particulière ♦ Lit d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans) Radiographies Actes de spécialité (effectués en externat) <ul style="list-style-type: none"> ♦ Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes > k50 ou > 120 euros Transport	<table border="1" style="font-size: small; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Conv (1)</th> <th>Non Conv (2)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100% DE-SS</td> <td>20% BRSS</td> </tr> <tr> <td>100% DE-SS</td> <td>20% BRSS</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">18€</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">4% PMSS / jour</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">1% PMSS / jour</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">200% BRSS</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">200% BRSS</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">100% du forfait</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35% BRSS</td> </tr> </tbody> </table>	Conv (1)	Non Conv (2)	100% DE-SS	20% BRSS	100% DE-SS	20% BRSS	18€		4% PMSS / jour		1% PMSS / jour		200% BRSS		200% BRSS		100% du forfait		35% BRSS		
Conv (1)	Non Conv (2)																					
100% DE-SS	20% BRSS																					
100% DE-SS	20% BRSS																					
18€																						
4% PMSS / jour																						
1% PMSS / jour																						
200% BRSS																						
200% BRSS																						
100% du forfait																						
35% BRSS																						
MODULE DENTAIRE																						
<p style="text-align: center;">SOINS DENTAIRES</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Soins dentaires <p style="text-align: center;">PROTHESE / INLAYS - ONLAYS CORE / PARODONTIE</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Remboursée par la Sécurité Sociale <p style="text-align: center;">ORTHODONTIE</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Acceptée par la Sécurité Sociale ♦ Refusée par la Sécurité Sociale <p style="text-align: center;">IMPLANTS (PAR AN ET PAR BENEFICIAIRE)</p>	200% TCSS 350% TCSS 300% TCSS 300% TCSS (reconstitué) 6% PMSS																					
MODULE OPTIQUE / PROTHESE																						
Lunetterie *** <ul style="list-style-type: none"> ♦ Paire de lunette enfant (1 paire de lunette par an et par bénéficiaire sauf en cas de changement de correction) ♦ Paire de lunette adulte (1 paire de lunette tous les 2 ans par bénéficiaire sauf en cas de changement de correction) Lentilles (1 paire par an et par bénéficiaire) <ul style="list-style-type: none"> ♦ Lentilles remboursées par la Sécurité Sociale ♦ Lentilles non remboursées par la Sécurité Sociale (y compris jetables) <p style="text-align: center;">CHIRURGIE OPTIQUE</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Opération de la myopie (par oeil) Appareillages - Orthopédie - Prothèses - Accessoires Appareil auditif (Accepté par la Sécurité Sociale)	Voir annexe ci jointe 9% PMSS 9% PMSS 6% PMSS 200% TRSS 200% TRSS																					

(*) Tous frais médicaux engagés au cours de l'hospitalisation / les honoraires liés à la chirurgie réparatrice doivent faire l'objet d'un accord préalable du médecin conseil de Malakoff Médéric.

(**) Dans la limite des frais réellement engagés

(1) Etablissement conventionné

(2) Etablissement non conventionné

DE : Dépense Effective

TRSS : Tarif de Responsabilité de la Sécurité Sociale

TCSS : Tarif de Convention de la Sécurité Sociale

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

Accord sur le régime de frais de santé collectif et obligatoire au sein de l'UES Norauto.

[Signature]
 BF
 AM
 SA
 JM

GRILLE OPTIQUE EN VIGUEUR AU 01/01/2011

TYPE DE VERRE	CODE LPP	Remboursement Malakoff Médéric (maximum) ¹	
		ADULTE	ENFANT
1 PAIRE DE VERRES SIMPLES (verres blanc simple foyer: unifocal - sphérique)	2203240 (sphère - 6 à + 6)	170,00 €	120 €
	2259966 (sphère -6 à + 6 et cylindre = ou + 4)	170,00 €	120 €
	2212976 (sphère - 6 à + 6 et cylindre + 4)	170,00 €	120 €
1 PAIRE DE VERRES GROSSE CORRECTION (verre sphéro cylindrique; foyer simple: unifocal)	2280660 (sphère + 6.25 à + 10)	450,00 €	400 €
	2263459 (sphère -6,25 à - 10,00)	450,00 €	400 €
	2265330 (sphère +6,25 à +10,00)	450,00 €	400 €
	2282793 (sphère - 6.25 à + 10)	450,00 €	400 €
	2284527 (sphère - 6 à + 6 et cylindre= ou + 4)	450,00 €	400 €
	2254868 (cylindre<ou=+4,00,sphère HZ - 6,00 à +6,00)	450,00 €	400 €
	2235776 (sphère - 6 à + 6 et cylindre + 4)	450,00 €	400 €
	2295896 (sphère H.Z de -10,00 à +10,00)	450,00 €	400 €
2288519 (sphère hors zone - 6 à + 6 et cylindre + 4)	450,00 €	400 €	
1 PAIRE DE VERRES PROGRESSIFS (verre blanc multifocal sphérique ou sphéro- cylindrique)	2290396 (sphère - 4 à + 4)	450,00 €	400 €
	2227038 (sphère - 8 à + 8)	450,00 €	400 €
	2245384 (tout cylindre et sphère - 4 à + 4)	450,00 €	400 €
	2202239 (tout cylindre et sphère - 8 à + 8)	450,00 €	400 €

¹ Le remboursement s'entend pour une paire de verres de même nature (simples, grosse correction ou progressifs). Dans l'hypothèse où il n'y aurait qu'un verre facturé ou deux verres mais de nature différente, le remboursement sera calculé en fonction de chaque verre.

MONTURE	ADULTE	ENFANT
	120,00 €	80 €


 BP
 AM
 SA
 HCS

Annexe 4 : Fonds Social



Action Sociale

Objet

Au-delà des engagements contractuels, UNIPRÉVOYANCE met en œuvre pour les entreprises adhérentes et les bénéficiaires des garanties (salariés et ayants droit), un FONDS SOCIAL dont l'objet est d'intervenir pour des prises en charge exceptionnelles.

Ce fonds de solidarité permet l'attribution, sur décision de la commission sociale paritaire, d'allocations exceptionnelles à des salariés qui ont dû faire face à des dépenses de santé particulièrement importantes eu égard à leurs ressources familiales.

Il est géré par une Commission Sociale Paritaire, composée d'administrateurs de l'Institution, qui se réunit chaque mois.

Quelques exemples concrets :

Exemple 1 ;

Personne atteinte de tendinite.

Afin de traiter cette pathologie, l'assuré a eu recours à des injections de Plasma non remboursées par la Sécurité sociale.

Interventions UNIP : 300 €

Exemple 2 ;

L'assurée, hôtesse d'accueil, a dû effectuer des soins dentaires prothétiques.

Son conjoint a dû changer les verres progressifs de ses lunettes.

Ces dépenses ne sont pas prises en charge à 100 % par les régimes sociaux.

Intervention UNIP : 500 €

Exemple 3 ;

L'assurée est soignée actuellement pour un cancer des os et des métastases de deux cancers du sein.

Une aide ménagère lui est indispensable pour l'aider à faire les travaux importants de ménage.

Intervention UNIP : 600 €

Exemple 4 ;

L'assuré, reconnu handicapé et invalide, doit s'équiper de prothèses auditives.

Intervention UNIP : 1 500 €

Exemple 5 ;

L'assuré, handicapé, doit aménager sa salle de bain.

Intervention UNIP : 376 €

Exemple 6 ;

L'enfant de l'assuré, âgé de 6 ans, autiste a besoin de séances de psychomotricité.

Intervention UNIP : 1 500 €

[Signature]
BF
AN
SA
MN

Qui peut en bénéficier ?

Les participants et leurs ayants droit assurés auprès d'UNIPREVOYANCE.

Comment faire sa démarche :

Un dossier à compléter peut être demandé par courrier, par téléphone au 01 58 64 41 02 ou téléchargé sur le site www.uniprevoyance.fr.

Complétez ce dossier et accompagnez le des justificatifs demandés puis adressez le :

➤ UNIPREVOYANCE Commission Sociale – 10 Rue Massue – 94307 VINCENNES Cedex.

ou si vous le souhaitez, adressez-le :

➤ A votre Service du personnel qui se chargera de nous l'adresser.

A réception de votre dossier complet, votre demande sera examinée puis transmise à la Commission Sociale Paritaire Uniprévoyance pour décision.

BP
AM
SA
JCH

Annexe 5 : Services complémentaires

– SERVICES COMPLEMENTAIRES POUR LES RESIDENTS EN FRANCE METROPOLITAINE

Les dispositions du présent contrat d'adhésion sont complétées par celles définies ci-après, relatives à l'organisation et la prise en charge de services complémentaires.

Notre centre d'appel

Notre centre d'appel téléphonique est à la disposition des bénéficiaires, il est accessible grâce à un numéro de téléphone cristal mentionné ci-dessous. Il leur permet d'obtenir des informations dans le domaine de la santé, telles que des informations sur des questions de santé ou administratives, des informations tarifaires sur des devis proposés par un chirurgien-dentiste, un opticien ou un audioprothésiste, des informations techniques ou encore des informations sur nos partenaires en matière de santé.

Ces informations sont communiquées par une équipe spécialisée. Cette équipe s'engage à respecter les règles de déontologie et de confidentialité médicale. Elle ne fait ni diagnostic individualisé, ni recommandation de prescription médicale.

CENTRE D'APPEL : 0 969 325 009

LES SERVICES COMPLEMENTAIRES

I. Définition des services complémentaires

Nous mettons en œuvre des services complémentaires pour les bénéficiaires de la garantie, en cas d'hospitalisation supérieure à 48 heures suite à une atteinte corporelle grave, ou en cas d'hospitalisation dans un service de maternité pour une durée supérieure à cinq jours.

L'atteinte corporelle grave est l'accident ou la maladie à caractère soudain et imprévisible dont la nature risque de porter atteinte à la vie du bénéficiaire ou d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

Pour ouvrir droit à nos prestations, l'atteinte corporelle grave doit être constatée par une autorité médicale.

Le domicile est le lieu de résidence, qui figure sur la déclaration d'impôt sur le revenu du bénéficiaire. Pour ouvrir droit à nos services, **il doit être situé en France métropolitaine.**

- **Si le bénéficiaire est victime d'une atteinte corporelle grave, en France ou à l'étranger, à plus de 50 Km de son domicile, nous organisons et prenons en charge son rapatriement sanitaire** par le moyen de transport de notre choix et dès que son état de santé le lui permet.

La décision de rapatrier le bénéficiaire est prise en fonction des seuls impératifs médicaux.

Nous dirigeons alors le bénéficiaire :

- soit vers le centre hospitalier le mieux adapté à son état de santé,
- soit vers le centre hospitalier le plus proche de son domicile,
- soit vers son domicile.

Tout refus de la solution proposée par notre équipe médicale entraîne l'annulation de la garantie.


BP
AM
SA
MM

- **Si le bénéficiaire est hospitalisé plus de 48 heures suite à une atteinte corporelle grave ou plus de cinq jours dans un service de maternité, nous organisons et prenons en charge les services complémentaires suivants :**

- **l'acheminement d'un proche à son chevet**, si aucun membre de sa famille ne se trouve à moins de 50 Km de son domicile,
- **la garde des enfants et petits-enfants du bénéficiaire**, dès le premier jour d'hospitalisation, s'ils ont moins de 15 ans et si personne d'autre que le bénéficiaire ne peut en assurer la garde :
 - soit en permettant la venue d'un proche à son domicile,
 - soit en acheminant les enfants au domicile d'un proche,
 - soit en confiant la garde des enfants au domicile du bénéficiaire à une personne qualifiée. En fonction de l'âge des enfants, celle-ci s'occupe aussi de les accompagner à l'école.

Cette prestation est limitée à trente heures, réparties sur quinze jours et à raison de deux heures consécutives minimum par jour. Cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'hospitalisation.

Nous intervenons à la demande des parents et ne pouvons être tenus pour responsables des événements pouvant survenir lors des trajets ou pendant la garde des enfants.

Nous prenons à notre charge le ou les titres de transport aller-retour en avion classe économique ou en train première classe.

- **une aide ménagère à domicile :**

Nous recherchons et prenons en charge les services d'une aide-ménagère à domicile, soit pendant la durée de l'hospitalisation, soit dès le retour au domicile, pour assurer les tâches domestiques. Pour bénéficier de cette prestation, le bénéficiaire doit nous en faire la demande dans les huit jours suivant son hospitalisation.

Nous limitons toutefois cette aide à la période de trente jours suivant l'hospitalisation. La durée de présence de l'aide-ménagère est fixée par notre équipe médicale, en fonction des seuls critères médicaux. **Elle ne peut excéder trente heures, réparties sur quinze jours et à raison de deux heures consécutives minimum par jour.**

- **Si le bénéficiaire décède dans un rayon de plus de 200 km du domicile, nous organisons le rapatriement du corps ou des cendres du bénéficiaire du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation situé en France métropolitaine.**

2. Les modalités de notre intervention

Nous prenons en charge les seules prestations que nous organisons.

Pour la mise en œuvre des services complémentaires, le bénéficiaire doit nous contacter au numéro cristal suivant : 0 969 325 009 et obtenir l'accord préalable de l'équipe médicale.

3. Notre responsabilité

Notre responsabilité ne peut être engagée dans les cas suivants :

- dommage professionnel ou commercial subi par le bénéficiaire lors de l'exécution d'un de nos services complémentaires,
- retard dans l'organisation du service prévu par la garantie ou impossibilité de le fournir pour cause de force majeure : guerres (civile ou étrangère), émeute, acte de terrorisme, restriction à la libre circulation des biens et des personnes, grève, accidents nucléaires.

Nous ne pouvons pas nous substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche et nous ne prenons pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention.


 ✓
 BP
 AN
 SA
 HN