

Conditions Générales des garanties Assurance de personnes Service de Remplacement Agricole



Conditions Générales du contrat collectif d'assurance de personnes conclu entre la Caisse Régionale Groupama Méditerranée et les Services de Remplacement

Le contrat d'assurance de personnes présenté ci-après est souscrit conformément au protocole d'accord « main d'œuvre de remplacement en agriculture » du 15 septembre 2007 signé entre la Fédération Nationale des Services de Remplacement et Groupama SA.

L'adhésion des membres des services de remplacement à ce contrat a pour objet d'indemniser partiellement ou totalement les frais occasionnés par le recours à un salarié du Service de Remplacement en Agriculture, à la suite d'un arrêt de travail ou du décès de l'adhérent.

Les garanties Assurance de personnes (arrêt de travail et décès) constituent un contrat d'assurance collectif à adhésion facultative souscrit par le service de remplacement pour le compte de ses membres auprès de la Caisse Régionale Groupama.

Il est régi par le Code des assurances et relève de la branche 20 Vie décès pour la garantie Décès et des branches 1 Accident et 2 Maladie pour la garantie arrêt de travail.

Il est souscrit par :

le Service de Remplacement dénommé :
(Coordonnées complètes du SR : nom et adresse)

.....
.....
.....

Pour le compte de ses adhérents auprès de :

La Caisse Locale d'Assurances Mutuelles Agricoles (identifiée dans le certificat d'adhésion), ayant souscrit un traité de réassurance emportant substitution auprès de :

La Caisse Régionale d'Assurances Mutuelles Agricoles :

Groupama Méditerranée
Maison de l'agriculture - Bât 2 - Place Chaptal - 34261 Montpellier Cedex 2
Elle –même réassurée auprès de :

GROUPAMA SA pour la garantie arrêt de travail du contrat
SA au capital de 1 186 513 186 euros
Siège social : 8-10, rue d'Astorg - 75383 Paris Cedex 08
343 115 135 R.C.S. Paris

Entreprises régies par le Code des assurances et l'article L. 771-1 du Code rural.

Substitution du réassureur

Conformément à l'article R 322.132 du Code des assurances, la Caisse Régionale se substitue à votre Caisse Locale réassurée pour la constitution des garanties prévues par la réglementation des entreprises d'assurance et l'exécution des engagements d'assurance pris par votre Caisse Locale.

Le contrat collectif d'assurance souscrit par le Service de Remplacement prend effet le 01/01/2016 et se renouvelle par tacite reconduction le 01 Janvier de chaque année, sauf dénonciation par la Caisse Régionale Groupama ou par le Service de Remplacement au moins 2 mois avant son échéance.

Dans ce cas, aucune nouvelle demande ne sera acceptée. Le contrat collectif d'assurance poursuivra ses effets à l'égard de toutes les adhésions antérieures à la dénonciation et sera définitivement résilié à la fin de toutes les garanties afférentes à toutes ces adhésions.

Le contrat collectif d'assurance peut être modifié par avenant conclu entre le Service de Remplacement et la Caisse Régionale Groupama. Il incombe au Service de Remplacement d'informer les adhérents des modalités d'adoption des avenants et des éventuelles modifications qui seraient apportées à leurs droits et obligations 3 mois au moins avant leur date d'entrée en vigueur.

Le contrat collectif d'assurance est ouvert aux adhérents âgés de 16 ans au moins et de 59 ans au plus, qui ont souscrit une ou plusieurs garanties parmi les suivantes :

- Arrêt de travail,
- Décès

Les garanties choisies par l'adhérent sont indiquées au certificat d'adhésion.

SOMMAIRE

TITRE 1 : Présentation du contenu et du fonctionnement de la garantie Assurance de personnes du contrat d'assurance collectif souscrit par le Service de Remplacement auprès de la Caisse Régionale

Définitions

1. Garantie Assurance de personnes des Services de Remplacement

- 1.1. Objet de la garantie
- 1.2. Personnes pouvant être assurées
- 1.3. Limites de la garantie
- 1.4. Etendue territoriale
- 1.5. Exclusions
- 1.6. Entrée en vigueur de la garantie (période d'attente)
- 1.7. Modalités d'adhésion
- 1.8. Modalités d'indemnisation
- 1.9. Spécificités liées à la garantie décès
- 1.10. Versement des prestations
- 1.11. Fin de la garantie

2. Fonctionnement de l'adhésion

- 2.1. La vie de l'adhésion
- 2.2. Les déclarations de l'adhérent : les bases de l'adhésion
- 2.3. La cotisation : la contrepartie des garanties
- 2.4. Le sinistre
- 2.5. Dispositions diverses

TITRE 2 : Fonctionnement du contrat d'assurance collectif souscrit par le Service de Remplacement auprès de la Caisse Régionale

1. Paiement des cotisations

2. Modalités de gestion sinistre du contrat

3. Modalités de contrôle des sinistres

4. Règlement des prestations

5. Evolution des tarifs du contrat

6. Suivi du risque

7. Frais de délégation de gestion

Annexe

Clause de révision

Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (ACAM) : 61 rue Taibout - 75009 Paris – France
Le contrat est régi par le Code des assurances y compris, le cas échéant, les dispositions particulières pour les risques situés dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

Conditions Générales des garanties Assurance de personnes Service de Remplacement Agricole

TITRE 1 : Présentation du contenu et du fonctionnement de la garantie Assurance de personnes du contrat d'assurance collectif souscrit par le Service de Remplacement auprès de la Caisse Régionale

Définitions

Définition des intervenants au contrat :

Le contractant	Le Service de Remplacement c'est-à-dire le groupement d'employeurs ayant pour objet principal de mettre des remplaçants à la disposition des chefs d'exploitation ou d'entreprises agricoles en application de l'article L.127-9 du code du travail, agréé par l'inspection départementale du travail et de la protection sociale agricole. Tout exploitant agricole peut adhérer au service de remplacement de sa circonscription géographique en vue de son remplacement en cas d'empêchement temporaire résultant de maladie, d'accident, de maternité, de paternité, de décès ou en cas d'absences temporaires liées aux congés de toute nature, au suivi d'une formation professionnelle ou à l'exercice d'un mandat professionnel, syndical ou électif.
L'adhérent	L'exploitant agricole en activité désigné sur la demande d'adhésion, adhérent au contrat d'assurance collectif à adhésion facultative souscrit par le Service de Remplacement auprès de la Caisse Régionale, et qui s'engage, de ce fait, à payer les cotisations, ou toute autre personne qui lui serait substituée avec notre accord, ou du fait du décès de l'adhérent précédent.
L'assuré	Le service de remplacement auprès duquel souscrit l'adhérent
L'assureur	L'assureur auprès duquel le contractant a souscrit le contrat. En ce qui concerne la garantie Décès, cet assureur est GROUPAMA Vie. En ce qui concerne la garantie Arrêt de travail, l'assureur est la Caisse Régionale d'Assurances Mutuelles Agricoles identifiée dans le certificat d'adhésion.

Définition des termes généraux d'assurance :

Année d'assurance	Période comprise entre deux échéances annuelles consécutives. Si la date d'échéance annuelle ne coïncide pas avec la date anniversaire de la date d'effet de l'adhésion, la première année d'assurance est la période comprise entre la date d'effet de l'adhésion et la date d'échéance annuelle suivante.
Avenant	Acte qui constate un accord nouveau intervenu en cours d'adhésion. Il obéit aux mêmes règles que le contrat lui-même.
Demande d'adhésion	Document rempli et signé par la personne demandant à adhérer au contrat d'assurance collectif et sur lequel cette dernière indique les renseignements concernant le risque à garantir.
Certificat d'adhésion	Document récapitulatif des garanties des adhérents et mentionnant la date de prise d'effet des garanties.
Domage corporel	Toute atteinte corporelle subie par une personne.
Echéance annuelle	Date à laquelle l'assuré s'est engagé à payer sa cotisation pour être garanti l'année à venir.
Indemnité d'assurance	Somme que l'assureur verse pour compenser le préjudice résultant d'un événement garanti.

Sinistre	Toutes les conséquences dommageables d'un événement entraînant l'application de l'une des garanties. Constituent un seul et même sinistre les réclamations ayant pour origine un même événement.
Définition des termes propres aux garanties :	
Accident	Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'adhérent provenant d'un événement soudain, imprévu, extérieur à la victime et constituant la cause du dommage.
Arrêt de travail	Période pendant laquelle l'adhérent est dans l'impossibilité totale d'exercer sa profession ou son activité, rémunérée ou non, pour raison médicale. Cette interruption doit être ordonnée médicalement et justifiée par un certificat médical. Cette période cesse lors de la consolidation ou en cas d'amélioration de l'état de santé ou en cas de reprise, même partielle, des activités.
Consolidation	Date à laquelle l'état d'invalidité peut être affirmé, permettant de fixer un taux d'invalidité. La date et le taux sont fixés par le médecin de l'assureur.
Franchise	Nombre de jours pendant lequel l'assureur n'intervient pas.
Hospitalisation	Séjour dans un établissement hospitalier (public ou privé) nécessité par un accident ou une maladie.
Hospitalisation à domicile	Prolongement des services fournis par un établissement hospitalier au domicile d'un malade consentant.
Incapacité temporaire totale	Période pendant laquelle l'adhérent perd toute son autonomie personnelle, ou professionnelle s'il exerce une activité économique, pour raison médicale. Cette période cesse lors de la consolidation ou en cas d'amélioration de l'état de santé ou en cas de reprise, même partielle, des activités.
Invalidité	Etat physiologique dans lequel l'adhérent se trouve lorsque, après stabilisation, supposée définitive, de son état de santé suite à un accident ou une maladie, sa capacité fonctionnelle, physique ou mentale, reste réduite.
Maladie	Toute altération de l'état de santé de l'adhérent, d'origine non traumatique, constatée par une autorité médicale compétente.
Maladie professionnelle agricole	Maladies professionnelles en agriculture dont la liste limitative et les caractéristiques figurent dans des tableaux prévus par décret du ministère de l'Agriculture.
Période d'attente	Période pendant laquelle la garantie ne joue pas. Cette période débute à la date de prise d'effet de la garantie qui figure au certificat d'adhésion. Sa durée est précisée pour chaque garantie.
POINT AGIRC	(AGIRC : Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres) Point de retraite des cadres.
Questionnaire de santé	Questionnaire complémentaire à la demande d'adhésion, rempli par l'adhérent à assurer, faisant apparaître l'état de santé actuel et tout accident, maladie ou malformation antérieur à la date de l'adhésion. Le questionnaire de santé, rempli de bonne foi, sert à l'évaluation du risque et de base au contrat. Il est adressé sous pli confidentiel au médecin conseil de l'assureur.

1. Garantie Assurance de personnes des Services de Remplacement

1.1. Objet de la garantie

L'ASSUREUR GARANTIT

Le paiement au Service de Remplacement de tout ou partie des sommes dues par l'adhérent qui a fait appel à un remplaçant, salarié d'un Service de Remplacement, en cas d'incapacité temporaire totale de travail consécutive à un accident, une maladie ou une maladie professionnelle agricole entraînant un arrêt de travail de l'adhérent.

L'ASSUREUR GARANTIT EGALEMENT

Le paiement au Service de Remplacement de tout ou partie des sommes dues par les ayants droit de l'adhérent qui ont fait appel à un remplaçant, salarié du Service de Remplacement, suite au décès de l'adhérent.

Les garanties peuvent être limitées aux seuls évènements d'origine accidentelle sur décision du médecin conseil.

Le choix du montant de garantie et de la franchise, est indiqué dans le certificat d'adhésion.

1.2. Personnes pouvant être assurées

Sont garanties les personnes adhérant au Service de Remplacement en Agriculture :

- en activité,
- attachées à une exploitation agricole et ayant le statut de chef d'exploitation, de conjoint collaborateur, ou d'aide familial.

1.3. Limites de la garantie

Les limites de la garantie : Montant indemnité journalière 100 €

Durée d'indemnisation 30 ou 60 jours.

Les limites de la garantie sont indiquées dans le certificat d'adhésion.

1.4. Etendue territoriale

La garantie s'exerce en France métropolitaine, dans les départements et collectivités d'Outre-Mer et dans les principautés d'Andorre et de Monaco.

1.5. Exclusions

1.5.1. Exclusions générales

L'assureur ne garantit jamais les conséquences :

- de la faute de l'adhérent, si elle est intentionnelle ou frauduleuse ;
- de la guerre ;
- de la manipulation d'engins de guerre dont la détention est illégale ;
- de la participation de l'adhérent à un pari, défi, tentative de record ;
- d'une tentative de suicide conscient ou inconscient ou d'une mutilation volontaire ;
- des traitements ou interventions chirurgicales à but esthétique qui ne seraient pas la conséquence d'un accident garanti par le contrat ;
- des traitements ou interventions chirurgicales dans un but de rajeunissement ;
- d'un état d'imprégnation alcoolique caractérisé par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui fixé par la réglementation française relative à la circulation automobile au jour du sinistre ;

Conditions Générales des garanties Assurance de personnes Service de Remplacement Agricole

- de l'usage de drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement ;
- de la participation de l'adhérent en tant que concurrent à des compétitions et à leurs essais nécessitant l'utilisation d'un véhicule à moteur (terrestre, maritime, aérien) ;
- de la pratique d'un sport aérien (voltige, vol à voile, parachutisme, deltaplane, ultra léger motorisé et ailes volantes non motorisées, parapente, saut à l'élastique) ;
- de la pratique de tout sport à titre professionnel ;
- des maladies et accidents médicalement constatés qui sont antérieurs à l'adhésion et qui sont expressément mentionnés dans le certificat d'adhésion ;
- d'une aggravation due à un traitement tardif imputable à une négligence de l'adhérent ou à l'inobservation intentionnelle par celui-ci des prescriptions du médecin.

L'assureur ne garantit pas les accidents résultant :

- de la pratique d'un sport de combat (le judo est toutefois garanti) ;
- de la spéléologie, de l'alpinisme (escalades en artificiel et grandes courses) ;
- d'activités sportives de loisirs comportant l'utilisation d'un véhicule terrestre à moteur, en dehors des voies ouvertes à la circulation publique.

1.5.2. Exclusions spécifiques à la garantie arrêt de travail

L'assureur ne garantit pas les arrêts de travail :

- suivis de remplacements n'ayant pas été facturés par un Service de Remplacement ;
- en cours au moment de l'adhésion ;
- non prescrits médicalement ;
- résultant d'une incapacité temporaire partielle de travail ;
- consécutifs à un événement lié à la grossesse,
- correspondant aux congés légaux de maternité et de paternité pour les personnes qui bénéficient d'un régime de protection sociale de base ;
- prescrits à l'occasion de cures thermales ;
- survenus pendant la période d'attente de 3 mois prévue au paragraphe « 1.6. Entrée en vigueur de la garantie », même lorsque ces arrêts se prolongent ou reprennent au-delà de cette période.

1.5.3. Exclusions spécifiques à la garantie décès

L'assureur ne garantit pas le décès consécutif :

- au suicide, même inconscient, survenant durant la première année suivant l'adhésion ;
- à la plongée sous-marine, à la spéléologie, à l'alpinisme (escalades en artificiel et grandes courses) ;
- à la pratique de la voile pour la course en solitaire.

1.6. Entrée en vigueur de la garantie (période d'attente)

La garantie entre en vigueur à l'expiration d'une période d'attente de 10 mois en cas de maternité et de 3 mois en cas de maladie suivant la date de prise d'effet des garanties figurant sur le certificat d'adhésion.

Il n'y a pas de période d'attente en cas d'accident survenant après la date d'effet des garanties qui figurent sur le certificat d'adhésion.

1.7. Modalités d'adhésion

L'âge d'entrée en garantie de l'adhérent est fixé entre 16 et 59 ans.

Les garanties souscrites sur les bulletins d'adhésion seront identiques pour l'ensemble des adhérents. Un bulletin d'adhésion sera rempli par adhérent.

Toute adhésion ou toute augmentation de garantie doit être accompagnée d'un questionnaire médical renseigné par l'adhérent.

Cependant, pour des raisons médicales, le médecin conseil de l'assureur pourra éventuellement proposer de limiter les garanties de l'adhérent aux seuls événements accidentels.

Conditions Générales des garanties Assurance de personnes Service de Remplacement Agricole

A défaut de réponse de l'assureur dans les 3 mois suivant la demande d'adhésion, la garantie est acquise à l'adhérent.

Procédure à suivre en cas d'adhésion de l'adhérent directement au Service de Remplacement :

- Le Service de Remplacement remet à l'adhérent le questionnaire de santé et l'enveloppe confidentielle du médecin conseil de l'assureur en lui demandant de bien vouloir y répondre et, une fois complété, de le lui remettre dans l'enveloppe confidentielle, à destination du médecin conseil de l'assureur que l'adhérent aura lui-même close.
- Le Service de Remplacement fait remplir la demande d'adhésion par l'adhérent (= > Un exemplaire est remis à l'adhérent, un exemplaire est conservé par le Service de Remplacement, et un exemplaire est destiné à l'assureur).
- Le Service de Remplacement remet à l'adhérent :
 - un exemplaire de sa demande d'adhésion,
 - une Notice d'information du contrat d'assurance collectif souscrit par le Service de remplacement auprès de l'assureur,
 - une déclaration de sinistre,
 - une enveloppe destinée au médecin conseil de l'assureur.
- Le Service de Remplacement transmet à l'assureur la demande d'adhésion et l'enveloppe close à destination du médecin conseil contenant le questionnaire de santé rempli par l'adhérent, sous le délai maximum de 10 jours, à défaut, la date d'effet de la garantie sera la date de réception du bulletin par l'assureur.

Le questionnaire de santé est transmis à la cellule médicale qui communiquera ses conclusions :

• En cas d'acceptation du dossier :	A l'assureur.
• En cas de limitation au risque accident :	A l'adhérent. A l'assureur qui informera le Service de Remplacement le plus rapidement possible.
• En cas d'exclusions :	A l'adhérent sous pli confidentiel. A l'assureur pour l'avertir des exclusions (une clause sera insérée dans le contrat) et qui informera le Service de remplacement le plus rapidement possible.
• En cas de refus	Le Médecin Conseil informe <ul style="list-style-type: none">- l'adhérent par lettre AR- l'assureur

A réception des conclusions du médecin conseil :

L'assureur adresse les documents au Service de Remplacement :

Les conditions personnelles de souscription.

Un tableau récapitulatif des adhérents avec les garanties souscrites, la décision médicale et le tarif annuel par adhérent.

Pour les adhérents qui ont accepté les exclusions de séquelles : 2 bulletins d'adhésions individuels, (sur lequel sera repris le numéro de la lettre AR adressée par le service médical) un pour le service de remplacement et un pour l'adhérent.

- Le Certificat d'adhésion en 2 exemplaires (un pour le Service de Remplacement et un pour l'adhérent que le Service de Remplacement se chargera de lui remettre).
- Le relevé de compte (l'encaissement de la cotisation auprès de l'adhérent est effectué par le Service de Remplacement).

1.8. Modalités d'indemnisation

L'assureur intervient sur la base du nombre de jour d'intervention x indemnité journalière souscrite.

En tout état de cause, l'indemnité due par l'assureur ne pourra excéder le montant du coût réel du remplacement.

L'assureur intervient sur justificatifs des dépenses et dans les limites prévues dans votre certificat d'adhésion.

Les prestations sont réglées à réception du document de fin d'intervention.

Pour que la garantie soit mise en jeu, il importe que la facture de remplacement soit établie par le Service de Remplacement.

Il est rappelé que l'adhérent ne peut bénéficier de la garantie qu'à condition qu'il soit adhérent à un Service de Remplacement et à jour de ses cotisations auprès de celui-ci.

1.9. Spécificités liées à la garantie décès :

Modalités de versement de la garantie

En cas de décès de l'adhérent, l'assureur règle au Service de Remplacement désigné dans le certificat d'adhésion, tout ou partie des sommes dues par les ayants droit de l'adhérent, sous réserve qu'ils aient fait appel à un remplaçant, salarié du Service de Remplacement.

La désignation du Service de Remplacement en tant que bénéficiaire de la garantie décès est irrévocable.

1.10. Versement des prestations

En cas de décès, l'assureur garantit 90 jours de remplacement utilisables dans l'année qui suit le décès.

En cas d'arrêt de travail, l'assureur garantit 30 jours ou 60 Jours (selon les dispositions prises sur le certificat d'adhésion) de remplacement utilisables par l'adhérent pendant 1 an (de date à date) maximum à compter du 1^{er} jour de l'arrêt de travail pour une même maladie ou un même accident.

Le point de départ de la période de garantie sera la constatation médicale de la nécessité de cet arrêt de travail, avec prescription par un médecin.

La prise en charge se fera après constatation médicale de la nécessité d'un arrêt de travail (par prescription médicale) et le versement des sommes dues ne débutera qu'à l'expiration du délai de franchise :

- à compter du 4^{ème} jour en accident ;
- à compter du 1^{er} jour en cas d'hospitalisation ;
- à compter du 6^{ème} jour en cas de maladie professionnelle ou non.

La franchise est calculée à partir du 1^{er} jour de l'arrêt de travail, qu'il y ait remplacement ou non.

Le délai de franchise n'est pas appliqué :

- si, ayant repris son travail, l'assuré doit l'interrompre à nouveau pour la même cause, moins de 2 mois après la fin de l'arrêt de travail ayant fait l'objet d'une précédente indemnisation. Mais, pour toute rechute qui surviendrait au-delà de ces deux mois, le délai de franchise serait à nouveau appliqué.

Le versement des prestations cesse :

- lorsque l'adhérent reprend partiellement ou totalement son travail ou son activité ;
- lorsque son état de santé étant considéré comme stabilisé, l'adhérent n'est plus reconnu en état d'arrêt de travail par le médecin conseil de l'assureur (soit parce qu'il est invalide, soit parce qu'il est apte à reprendre son travail ou son activité).

1.11. Fin de la garantie

La garantie et le versement des prestations éventuellement en cours cessent :

- à la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge légal de la retraite ou cesse son activité ;
- lorsque l'adhérent n'adhère plus ou est exclu du Service de Remplacement ;
- si l'adhérent n'est pas à jour de ses cotisations auprès du Service de Remplacement auquel il a adhéré ;
- si le service de remplacement n'est pas à jour de ses cotisations auprès de l'assureur
- lorsque l'adhérent devient titulaire d'une pension d'invalidité.

2. Fonctionnement de l'adhésion

2.1. La vie de l'adhésion

Quand prend-elle effet ?

L'adhésion, ainsi que les garanties, prennent effet à compter de la date d'effet figurant dans le certificat d'adhésion.

A l'adhésion, l'adhérent remplit une demande d'adhésion et un questionnaire de santé.

Ce document est un élément essentiel qui permet à l'assureur d'étudier la demande d'adhésion.

Le médecin conseil de l'assureur peut éventuellement exiger des compléments d'information : visite médicale effectuée par un médecin désigné par l'assureur et/ou examens médicaux complémentaires.

La prise d'effet des garanties est subordonnée à l'accord de l'assureur et au paiement de la première cotisation.

Pour combien de temps ?

L'adhésion est conclue pour 1 an et se renouvelle automatiquement d'année en année sauf si le service de remplacement ou l'assureur décide d'y mettre fin.

Quel préavis pour la dénoncer à l'échéance annuelle ?

Au moins 2 mois avant la date d'échéance figurant dans le certificat d'adhésion.

Ce délai commence à courir dès la date d'envoi de la lettre recommandée figurant sur le cachet de la poste.

Pour ce qui concerne l'assureur, il n'est plus possible de dénoncer l'adhésion à l'échéance annuelle après l'expiration d'un délai de 2 ans à compter de la date d'effet figurant dans le certificat d'adhésion, sauf en cas de non-paiement des primes ou de fausse déclaration où l'assureur peut la résilier à tout moment.

Comment la modifier ?

Par lettre recommandée. Si l'assureur n'a pas refusé la demande de modification dans les 10 jours à compter de sa réception, elle est considérée comme acceptée.

Peut-elle être résiliée en cours d'année ?

Oui, dans les circonstances suivantes :

Il est possible de la résilier :

- en cas de changement de :
 - situation ou régime matrimonial,
 - domicile,
 - profession ou activité,
- en cas de retraite professionnelle ou cessation d'activité.

La demande de résiliation doit être notifiée à l'assureur, moins de 3 mois après la survenance de cet événement.

Il est également possible de la résilier en cas de :

- diminution du risque n'ayant pas entraîné de la part de l'assureur une réduction de cotisation ;
- modification du tarif ou de la franchise à l'échéance annuelle ;
- résiliation à l'initiative de l'assureur d'un autre des contrats de l'adhérent, après sinistre, dans le mois qui suit la notification de la décision de l'assureur.

L'assureur peut la résilier :

- en cas de non-paiement de la cotisation, d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle ;
- jusqu'à l'expiration d'un délai de 2 ans suivant l'adhésion au contrat :
 - après sinistre,
 - en cas d'aggravation du risque,
 - en cas de refus de l'adhérent du nouveau tarif que l'assureur peut proposer à la suite d'une aggravation du risque.

Les possibilités de résiliation en cas d'aggravation du risque ne concernent pas la garantie Décès. Conformément à l'article L 141-4 du code des assurances, il convient de mentionner qu'en raison des modifications apportées à ses droits et obligations, trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur, l'adhérent peut dénoncer son adhésion. La résiliation de la garantie Décès est automatique lorsque la garantie arrêt de travail est résiliée. Toutefois, la garantie décès reste acquise jusqu'au terme de l'année d'assurance pour laquelle la cotisation a été payée.

Comment y mettre fin à l'échéance annuelle ou en cours d'année ?

Par lettre recommandée avec avis de réception envoyée au moins 2 mois avant l'échéance annuelle :

- **Pour le Service de Remplacement** à Groupama Méditerranée
Maison de l'agriculture - Bât 2 - Place Chaptal - 34261 Montpellier Cedex 2.
- **Pour l'adhérent** au Service de Remplacement auquel il adhère.

Si l'assureur résilie l'adhésion, il en avise le Service de Remplacement par lettre recommandée adressée à son dernier domicile connu.

Quand est-elle résiliée ?

En cas de :

- **diminution du risque** : à l'expiration d'un délai de 30 jours à compter de la date d'envoi de la lettre de résiliation ;
- **non-paiement de la cotisation** : à l'expiration des délais légaux de mise en demeure ;
- **omission, déclaration inexacte ou aggravation du risque** : à l'expiration d'un délai de 10 jours à compter de la date d'envoi de la lettre de résiliation ;
- **refus de l'adhérent du nouveau tarif que l'assureur peut proposer à la suite d'une aggravation du risque** : à l'expiration d'un délai de 40 jours à compter de la date à laquelle l'assureur a proposé ce nouveau tarif ;
- **changement de situation (situation ou régime matrimonial, domicile, retraite, changement d'activité), résiliation après sinistre, modification du tarif ou de la franchise à l'échéance annuelle** : à l'expiration d'un délai d'1 mois à compter de la date d'envoi de la lettre de résiliation.

L'assureur peut-il réclamer une indemnité de résiliation ?

L'assureur renonce à percevoir une indemnité et rembourse la portion de cotisation qui ne correspond plus à une période d'assurance, sauf en cas de non-paiement de la cotisation (cette dernière disposition ne concerne pas la garantie Décès).

Conséquences de la résiliation de l'adhésion sur le versement des prestations

Les dispositions suivantes ne concernent pas la garantie Décès.

- Si l'adhésion est résiliée pour :
 - non-paiement de la première cotisation,
 - inexactitude ou omission non intentionnelle (article L 113-9 du Code des assurances) dans la déclaration du risque (à l'adhésion ou en cours de contrat),

les garanties, ainsi qu'éventuellement le versement des prestations en cours, cessent à la date de prise d'effet de la résiliation.

- Si l'adhésion est résiliée pour non-paiement de la cotisation à une échéance, les garanties cessent à la date de prise d'effet de la suspension.
Si des prestations sont en cours de versement ou sont dues au titre d'un événement survenu pendant la période de garantie, elles sont versées pendant la durée de versement prévue à l'adhésion.
- Dans tous les autres cas de résiliation, les garanties cessent à la date de prise d'effet de la résiliation.

Lorsqu'une période d'attente est prévue à l'adhésion, la garantie est prolongée après la date d'effet de la résiliation pendant une période égale à celle de la période d'attente.

Si des prestations sont en cours de versement ou sont dues au titre d'un événement survenu pendant la période de garantie, elles sont versées pendant la durée de versement prévue à l'adhésion.

2.2. Les déclarations de l'adhérent : les bases de l'adhésion

À l'adhésion

Les réponses de l'adhérent aux questions de l'assureur permettent de fixer la cotisation et les conditions dans lesquelles les garanties sont acquises.

En cours d'adhésion

L'adhérent doit informer le Service de Remplacement qui en informera l'assureur, dans les 15 jours qui suivent la date à laquelle il en a eu connaissance, de tout changement affectant un des éléments figurant dans le certificat d'adhésion.

Aggravation du risque

Jusqu'à l'expiration d'un délai de 2 ans suivant l'adhésion et si le changement constitue une aggravation du risque, l'assureur peut résilier l'adhésion. L'assureur peut aussi proposer au Service de Remplacement pour l'adhérent un nouveau tarif.

Si l'adhérent ne donne pas suite à la proposition ou s'il refuse expressément ce nouveau tarif, dans le délai de 30 jours à compter de cette proposition, l'assureur peut résilier l'adhésion au terme de ce délai de 30 jours.

La résiliation prend effet dix jours après l'expiration de ce délai de 30 jours.

Dans les autres cas, pour les aggravations autres que celles liées à l'état de santé de l'adhérent, l'assureur applique le tarif correspondant à la situation nouvelle (changement de profession, d'activité ou régime social) liée à cette aggravation du risque.

Diminution du risque

Si le changement constitue une diminution du risque, l'assureur informe l'adhérent par l'intermédiaire du service de remplacement dans les 30 jours de la réduction de la cotisation.

Si à l'issue de ce délai de 30 jours, l'assureur n'a pas informé l'adhérent ou s'il ne réduit pas la cotisation, l'assureur peut résilier l'adhésion.

Sanctions pour fausse déclaration

Les bases de l'adhésion reposant sur les déclarations de l'adhérent et sur celles de l'assuré, toute inexactitude ou toute omission intentionnelle peuvent amener l'assureur à invoquer la nullité de l'adhésion, conformément à l'article L 113-8 du Code des assurances.

Si l'omission ou l'inexactitude sont non intentionnelles et constatées avant tout sinistre, l'assureur peut soit augmenter les cotisations, soit résilier l'adhésion.

Si l'omission ou la déclaration non intentionnelle sont constatées après sinistre, l'assureur peut réduire les indemnités, en application de l'article L 113-9 du Code des assurances.

Dispositions spécifiques à la garantie Décès :

Si l'adhérent a commis une erreur en nous déclarant son âge, cela entraîne, conformément à l'article L 132-26 du Code des assurances :

la nullité de la garantie lorsque son âge véritable se trouve en dehors des limites fixées pour la conclusion de l'adhésion ;

la réduction du capital garanti en proportion de la cotisation perçue par rapport à celle qui aurait correspondu à son âge véritable, si cette cotisation est insuffisante.

Si au contraire, une cotisation trop élevée a été perçue, l'assureur est tenu de rembourser la portion de cotisation en trop, sans intérêts.

2.3. La cotisation : la contrepartie des garanties

Quand et comment la régler ?

L'assureur a établi le montant de la cotisation en fonction des caractéristiques du risque que le Service de Remplacement a demandé de garantir.

Cette cotisation, majorée des taxes dues sur les contrats d'assurance, est payable annuellement et d'avance à l'échéance indiquée dans le certificat d'adhésion.

L'adhérent doit s'acquitter de sa cotisation auprès du Service de Remplacement auquel il adhère.

En cas de non règlement de la cotisation

Si l'assuré ne règle pas sa cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, l'assureur est amené à prendre des mesures pour faire cesser les garanties des adhésions. A cet effet, l'assureur adresse au dernier domicile connu, sous pli recommandé, une lettre de mise en demeure qui prévoit, si l'assuré n'a pas réglé entre temps :

La suspension des garanties 30 jours après l'envoi de cette lettre ;

La résiliation des adhésions 10 jours après l'expiration de ce délai de 30 jours.

L'envoi de cette mise en demeure est indépendant du droit de l'assureur de poursuivre l'exécution du contrat en justice.

Si la cotisation est réglée :

avant la résiliation des adhésions, les garanties reprennent leurs effets le lendemain à midi du jour du paiement ;

Après la résiliation des adhésions pour non-paiement de la cotisation, celles-ci restent résiliées.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non paiement d'une des fractions de la cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La suspension de la garantie pour non-paiement de la cotisation ne dispense pas l'adhérent de l'obligation de payer, à leurs échéances, les cotisations échues.

Disposition spécifique à la garantie Décès :

La suspension de la garantie et l'action en justice pour le recouvrement des primes ne s'applique pas à la garantie Décès (article L 132-20 du Code des assurances).

Comment évoluent les garanties ?

Les montants des garanties varient chaque année au 1er janvier dans la même proportion que l'évolution du **point AGIRC** fixé au 1er janvier précédent.

Comment évolue la cotisation ?

Elle est modifiée à l'échéance annuelle selon l'évolution du **point AGIRC**.

Modification du tarif

Si, indépendamment de l'évolution de la cotisation résultant de la variation du point AGIRC, l'assureur augmente son tarif, le service de Remplacement en est informé au début de chaque période annuelle d'adhésion avec l'appel de cotisation.

Si le Service de Remplacement refuse cette modification, il peut résilier son adhésion dans un délai de 30 jours à compter du moment où il en est informé ; il est néanmoins tenu de verser la portion de cotisation, calculée à l'ancien tarif, pour la période allant jusqu'à la date de résiliation.

A défaut de cette résiliation, l'augmentation de la cotisation prend effet à compter de la date portée sur l'appel de cotisation.

Modification de la franchise

Si l'assureur augmente le montant d'une franchise, le Service de Remplacement en est informé au début de la période annuelle d'adhésion avec l'appel de cotisation.

Si le Service de Remplacement refuse cette modification, il peut résilier son adhésion dans un délai de 30 jours à compter de la date à laquelle il en a été informé, la garantie restant acquise dans les conditions antérieures jusqu'à la date de résiliation de l'adhésion.

A défaut de cette résiliation, la modification de la franchise ou du seuil d'intervention prend effet à compter de la date portée sur l'appel de cotisation.

2.4. Le sinistre

Que faire en cas de sinistre ?

En cas de sinistre, l'adhérent doit déclarer au Service de Remplacement l'accident ou la maladie dès qu'il en a eu connaissance et au plus tard **dans les 48 heures**, sauf cas fortuit ou de force majeure.

Les formalités à accomplir et les pièces à transmettre

En cas d'arrêt de travail, l'adhérent doit transmettre au Service de Remplacement, **sous enveloppe confidentielle close à l'attention du médecin conseil de la Caisse Régionale Groupama** :

- une déclaration de sinistre,
- un certificat médical exposant la cause médicale de cet arrêt, son point de départ et sa durée probable,
- toutes les autres pièces médicales justificatives.

En cas de décès, les ayants droit de l'adhérent doivent joindre à la demande de prestation, dès que possible, **sous enveloppe confidentielle close à l'attention du médecin conseil de la Caisse Régionale Groupama** :

- un acte de décès de l'adhérent.
- un certificat précisant la cause du décès (maladie, accident, suicide ou autre).

Le Service de Remplacement transmet à la Caisse Régionale, à l'occasion de chaque événement mettant en jeu la garantie, **les enveloppes confidentielles closes à l'attention du médecin conseil de la Caisse Régionale Groupama que l'adhérent lui a remises, dans le délai de 8 jours à compter de la date de survenance du sinistre.**

La Caisse Régionale informe le Service de Remplacement de la prise en charge du sinistre dans un délai de 15 jours à compter de la date de survenance du sinistre.

Tout refus de prise en charge par la Caisse Régionale est notifié au Service de Remplacement et à l'adhérent.

A noter que tout refus de prise en charge par la Caisse Régionale signifie que les 15 jours de remplacement, éventuellement déjà effectués seront à la charge de l'adhérent.

Non respect du délai de déclaration

En cas de non respect du délai de déclaration du sinistre et dans la mesure où l'assureur peut établir qu'il en résulte un préjudice pour lui, l'adhérent perd pour le sinistre concerné le bénéfice des garanties de l'adhésion, sauf s'il s'agit d'un cas fortuit ou de force majeure.

Non respect des formalités

Si les formalités ne sont pas accomplies ou les délais de transmission des pièces non respectés, l'assureur peut demander des dommages et intérêts proportionnés au préjudice qui en résulte pour lui.

Fausse déclaration

En cas de fausses déclarations faites sciemment sur la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences d'un sinistre, l'adhérent perd pour ce sinistre le bénéfice des garanties de l'adhésion.

Expertise médicale

Sous réserve des droits respectifs à poursuivre en justice, le montant des dommages est fixé à l'amiable.

L'assureur peut demander à l'adhérent de se soumettre à une expertise médicale confiée à un expert mandaté par l'assureur, pour évaluer l'état de santé de l'adhérent. L'adhérent a la possibilité de se faire assister, à ses frais, par un autre expert.

En cas de désaccord d'ordre médical sur l'indemnisation, les parties s'entendent sur le choix d'un troisième expert chargé de réaliser une contre-expertise. Faute de s'entendre sur le choix de ce troisième expert, sa désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent ou du lieu où le sinistre s'est produit.

Dans ce cas, chacune des parties règle les frais et honoraires de l'expert qui l'assiste et la moitié de ceux du troisième.

Quelle que soit la garantie mise en jeu, sauf opposition justifiée par un cas de force majeure, l'adhérent ne peut refuser d'être examiné par un médecin désigné par l'assureur. Il doit également communiquer à l'assureur tous les renseignements que l'assureur juge utiles de connaître en vue du règlement. Les renseignements d'ordre médical, devant rester confidentiels, doivent être adressés, sous pli confidentiel, directement au médecin conseil de l'assureur qui, seul, en prend connaissance et transmet à l'assureur les instructions nécessaires.

2.5. Dispositions diverses

Délai de prescription

Conformément à l'article L 114-1 du Code des assurances, toute action dérivant du présent contrat d'assurance est prescrite par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Disposition spécifique à la garantie Décès :

le délai de prescription est porté à 10 ans lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'adhérent, nonobstant ces dernières dispositions, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard 30 ans à compter du décès de l'adhérent.

Le point de départ du délai est la date du décès.

Conformément à l'article L 114-2 du Code des assurances, la prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci, notamment par :

- une citation en justice ;
- un commandement signifié à celui que l'on veut empêcher de prescrire ;

De même que :

- la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre ;

- l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception (par l'assureur en ce qui concerne le paiement de la cotisation, par le Service de remplacement en ce qui concerne le règlement de l'indemnité pour l'adhérent).

Fichier informatique

Dans le cadre de la demande et de la gestion de l'adhésion, les informations concernant le Service de remplacement et les adhérents sont destinées aux services de l'assureur, ses mandataires, ses prestataires et réassureurs.

Elles sont également destinées, à l'exception des données de santé, à des fins de prospection commerciale aux entreprises et partenaires de Groupama. Si le Service de Remplacement et ne le souhaitent pas, ils peuvent s'y opposer en cochant la case sur la demande d'adhésion prévue à cet effet.

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée, le Service de Remplacement et les adhérents peuvent exercer vos droits d'accès, de communication, de rectification et de suppression auprès de la Caisse Régionale identifiée dans le certificat d'adhésion.

Réclamations

Pour toute réclamation relative à ce contrat, il est possible de s'adresser à la Caisse Régionale identifiée dans le certificat d'adhésion ou au médiateur de Groupama, sans préjudice du droit de saisir éventuellement la justice.

TITRE 2 : Fonctionnement du contrat d'assurance collectif souscrit par le Service de Remplacement auprès de la Caisse Régionale

1. Paiement des cotisations

Chaque année, il sera porté au débit du compte du Service de Remplacement une cotisation calculée en fonction du nombre de personnes assurées. Le calcul des cotisations afférentes aux adhésions en cours d'année se fera au prorata du nombre de journées garanties.

Le Service de Remplacement se charge de recouvrer les cotisations auprès des adhérents du contrat et se porte garant auprès de la Caisse Régionale du paiement des cotisations.

Afin de tenir compte des spécificités régionales, les modalités du paiement des cotisations seront vues conjointement entre la Caisse Régionale et l'instance départementale ou régionale du Service de Remplacement, et viendront modifier les présentes dispositions, ainsi que celles relatives aux cotisations dans le titre 1.

2. Modalités de gestion sinistre du contrat

La Caisse Régionale se charge de la sélection médicale et de la gestion sinistre du contrat.

2.1. Obligations de l'assuré vis-à-vis du Service de Remplacement

En cas de sinistre, l'adhérent doit déclarer au Service de Remplacement l'accident ou la maladie dès qu'il en a eu connaissance et au plus tard **dans les 48 heures**, sauf cas fortuit ou de force majeure.

En cas d'arrêt de travail, l'adhérent doit transmettre au Service de Remplacement, **sous enveloppe confidentielle close à l'attention du médecin conseil de la Caisse Régionale Groupama** :

- une déclaration de sinistre,
- un certificat médical exposant la cause médicale de cet arrêt, son point de départ et sa durée probable,
- toutes les autres pièces médicales justificatives.

En cas de décès, les ayants droit de l'adhérent doivent joindre à la demande de prestation, dès que possible, **sous enveloppe confidentielle close à l'attention du médecin conseil de la Caisse Régionale Groupama** :

- un acte de décès de l'adhérent,
- un certificat précisant la cause du décès (maladie, accident, suicide ou autre).

Pour cela, la Caisse Régionale s'engage à mettre à disposition de chaque Service de Remplacement un stock d'enveloppes imprimées à l'attention du médecin conseil de la Caisse Régionale.

2.2. Obligations réciproques du Service de Remplacement et de la Caisse Régionale

Le Service de Remplacement s'engage, à l'occasion de chaque événement mettant en jeu la garantie du contrat, à transmettre à la Caisse Régionale **les enveloppes confidentielles closes à l'attention du médecin conseil de la Caisse Régionale que l'adhérent lui aura remises, dans le délai de 8 jours à compter de la date de survenance du sinistre.**

La Caisse Régionale s'engage à informer le Service de Remplacement de la prise en charge du sinistre dans un délai de 15 jours à compter de la date de survenance du sinistre.

Tout refus de prise en charge par la Caisse Régionale doit être notifié au Service de Remplacement et à l'adhérent.

A noter que tout refus de prise en charge par la Caisse Régionale signifie que les 15 jours de remplacement éventuellement déjà effectués seront à la charge de l'adhérent.

2.3. Rappel des règles à respecter en matière de confidentialité médicale à l'attention des Services de Remplacement

Afin de respecter la confidentialité médicale dans le recueil, la circulation, la gestion et l'archivage des données personnelles de santé, tel que prévu par la réglementation en vigueur, notamment par le Code de Bonne Conduite « AERAS » (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé), il est rappelé que seul le service médical de l'assureur est habilité à prendre connaissance des documents médicaux.

Ni le Service de Remplacement, ni les autres services de l'assureur n'y ont accès.

Ces documents doivent donc être remis, par l'adhérent ou la personne qu'il a mandaté, au Service de Remplacement sous pli cacheté précisant les nom, prénom et numéro d'adhérent de l'intéressé, et rédigé à l'ordre du médecin conseil de la Caisse Régionale de Groupama.

Ce pli sera joint le cas échéant aux documents administratifs et adressé dès que possible au service médical.

Est considéré comme document médical tout document contenant une information quelle qu'elle soit concernant la santé d'une personne identifiée, même si cette information provient d'un écrit rédigé par la personne elle-même.

Ainsi, les arrêts de travail précisant la nature ou le motif de l'arrêt, les divers comptes rendus (analyses, radiologie, examens spécialisés, hospitalisation, opération), les ordonnances, les courriers ou certificats de médecins, etc., mais aussi les courriers de l'adhérent donnant des précisions sur sa maladie ou son accident, correspondent à des documents médicaux confidentiels.

Sauf cas particulier, dont seul l'adhérent lui-même ou le médecin habilité déciderait, la transmission des documents couverts par la confidentialité médicale doit se faire par l'intermédiaire de l'adhérent lui-même.

3. Modalités de contrôle des sinistres

En fin d'intervention, le Service de Remplacement s'engage à transmettre à Groupama la déclaration de fin d'intervention, sur laquelle doit obligatoirement figurer le montant total des dépenses exposées par le Service de Remplacement, justifié par le double ou un duplicata de la facture.

4. Règlement des prestations

La Caisse Régionale s'engage à régler les prestations dans le délai de 15 jours qui suivent la réception de la facture de remplacement par chèque à l'ordre du Service de Remplacement.

5. Evolution des tarifs du contrat

L'évolution des tarifs du contrat est discutée chaque année conjointement entre Groupama Méditerranée et l'instance départementale ou régionale du Service de Remplacement.

6. Suivi du risque

A l'issue de chaque exercice d'assurance, Groupama Méditerranée fournira les résultats des 5 derniers exercices qui seront appréciés par un rapport sinistres/primes dit rapport S/P par exercice de survenance.

Ce S/P sera calculé par exercice de survenance en divisant le montant des sinistres, y compris les provisions, par les primes nettes acquises à l'exercice.

Ainsi, pour N l'exercice de survenance considéré

$S_N = \text{Règlements}_N + \text{Provisions}_N$

$C_N = \text{cotisations acquises en } N$

Fait à _____, le _____, en deux exemplaires originaux, dont un remis à chaque partie contractante,

Pour la Caisse Régionale Groupama Méditerranée	Pour le Service de Remplacement
Madame / Monsieur.....	Madame / Monsieur.....