



SANTÉ

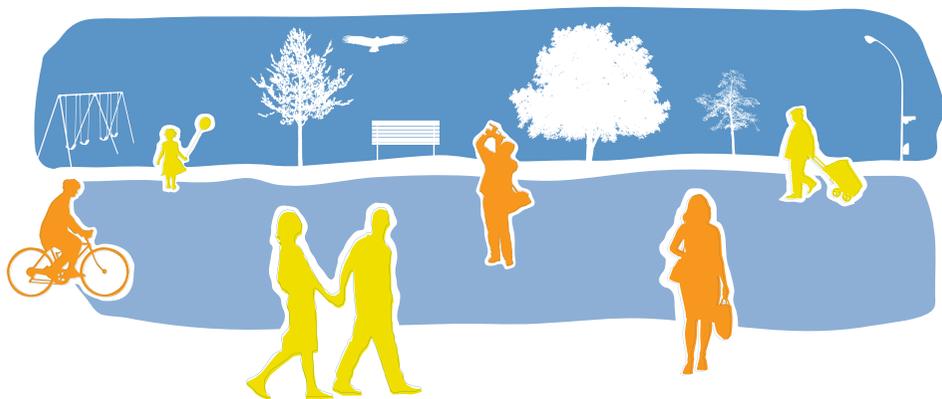


PRÉVOYANCE

Notice d'Information

Convention Collective Régionale
des entreprises de travaux agricoles
et ruraux de Haute-Normandie

*Salariés non cadres
A effet du 1^{er} avril 2011*



SOMMAIRE

PRÉAMBULE	3
TITRE 1 • PRÉSENTATION DU RÉGIME	4
ARTICLE 1-1 SON OBJET	4
ARTICLE 1-2 SA DURÉE	4
ARTICLE 1-3 COTISATIONS	4
ARTICLE 1-4 FAUSSE DÉCLARATION	5
ARTICLE 1-5 PRESCRIPTION	5
ARTICLE 1-6 INFORMATIQUE ET LIBERTÉ	5
TITRE 2 • GARANTIE FRAIS DE SANTÉ	5
ARTICLE 2-1 BÉNÉFICIAIRES	5
ARTICLE 2-2 AFFILIATION ET ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA GARANTIE	6
ARTICLE 2-3 AFFILIATIONS FACULTATIVES	6
ARTICLE 2-4 GARANTIE FRAIS DE SANTÉ	6
ARTICLE 2-5 LIMITES ET EXCLUSIONS DE LA GARANTIE	7
ARTICLE 2-6 CESSATION DE LA GARANTIE	7
ARTICLE 2-7 MAINTIEN DE LA GARANTIE EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL	7
ARTICLE 2-8 MAINTIEN DE LA GARANTIE SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL	8
ARTICLE 2-9 MODALITÉS D’AFFILIATION ET DE MODIFICATION DE SITUATION	8
ARTICLE 2-10 MODALITÉS DE RÉSILIATION DE L’OPTION FAMILLE	9
ARTICLE 2-11 RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	9
TITRE 3 • GARANTIES PRÉVOYANCE	10
ARTICLE 3-1 GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL	10
ARTICLE 3-2 GARANTIE INCAPACITÉ PERMANENTE	11
ARTICLE 3-3 GARANTIE DÉCÈS	12
TITRE 4 • ACTION SOCIALE	14
ANNEXE 1 • DÉFINITIONS - GARANTIE SANTÉ	14
ANNEXE 2 • TABLEAU DES GARANTIES	16
ANNEXE 3 • SERVICES D’ASSISTANCE À DESTINATION DES ASSURÉS	18
ANNEXE 4 • LISTE DES CONTACTS	19

P R É A M B U L E

Les partenaires sociaux de la Convention Collective régionale des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Haute-Normandie du 3 juillet 1970 ont signé le 27 janvier 2009, un accord relatif à la **mise en place d'un régime complémentaire de prévoyance** et le 10 avril 2009, un accord relatif à la **mise en place d'un régime de frais de santé pour les salariés non cadres de la branche**.

Le régime frais de santé a fait l'objet d'une révision partielle par **avenant n°1 en date du 18 janvier 2011**, prenant effet au 1^{er} avril 2011.

Ce régime de prévoyance et de santé est :

- à adhésion obligatoire pour l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application professionnel et territorial de la Convention Collective régionale des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Haute-Normandie du 3 juillet 1970 ;
- à affiliation obligatoire pour l'ensemble des employés et ouvriers, salariés de ces entreprises, tels que définis par ladite convention.

Les partenaires sociaux ont désigné, comme assureur des garanties prévoyance et santé, l'institution de prévoyance **AGRI PRÉVOYANCE**, dont le siège social est situé 21 rue de la Bienfaisance, 75382 PARIS Cedex 08.

AGRI PRÉVOYANCE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM), sise 61 rue Taitbout, 75009 PARIS.

SANTE

AGRI PRÉVOYANCE délègue aux Caisses de Mutualité Sociale Agricole (MSA), dans le cadre d'une convention de gestion nationale, l'appel des cotisations et le règlement des prestations.

PREVOYANCE

AGRI PRÉVOYANCE délègue, dans le cadre de ladite convention de gestion nationale, l'appel des cotisations et le versement des prestations incapacité temporaire de travail aux Caisses de MSA. Le règlement des prestations incapacité permanente et décès est effectué par AGRICA pour le compte d'AGRI PRÉVOYANCE.

La présente notice a pour objet de vous décrire l'ensemble des garanties du régime dont vous bénéficiez désormais ; elle se compose de quatre Titres principaux :

- le Titre1 vous présente le régime ainsi qu'un ensemble de règles communes aux garanties santé et prévoyance ;
- le Titre 2 vous expose la garantie frais de santé ;
- le Titre 3 vous décrit les garanties incapacité de travail et décès ;
- le Titre 4 vous présente l'action sociale.

TITRE 1 • PRÉSENTATION DU RÉGIME

Article 1-1

SON OBJET

Le régime de prévoyance et de frais de santé mis en place par les partenaires sociaux a pour objet de vous assurer, dans les conditions exposées dans le Titre 2 et le Titre 3 de la présente notice :

- le remboursement complémentaire de frais de santé (frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation ...) en cas de dépenses de santé consécutives à une maladie, maternité ou accident ;
- le versement d'une indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire de travail consécutive à une maladie ou à un accident ;
- le versement d'une rente annuelle en cas d'incapacité permanente professionnelle consécutive à une maladie ou à un accident ;
- le versement d'une pension d'invalidité en cas d'incapacité permanente consécutive à une maladie ou à un accident d'origine non professionnelle ;
- le paiement d'un capital décès et d'une indemnité obsèques à vos ayants droits en cas de décès survenant durant votre période d'activité ;
- le paiement d'une rente annuelle d'éducation aux enfants dont vous aviez la charge au jour de votre décès ;

Article 1-2

SA DURÉE

Le régime complémentaire prévoyance et santé auquel vous êtes affilié s'impose à votre employeur, tant pour ce qui est de son obligation d'adhérer que du contenu des garanties ou encore de sa gestion par AGRI PRÉVOYANCE.

Il ne peut être remis en cause que par les partenaires sociaux signataires de la Convention Collective régionale des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Haute Normandie du 3 juillet 1970.

Article 1-3

COTISATIONS

Le financement du régime est assuré conjointement par vous-même et votre employeur.

Votre part de cotisation est directement précomptée sur votre fiche de paye par votre employeur.

Vous avez la possibilité de demander l'extension de votre régime frais de santé au profit de vos ayants droit. Dans ce cas la cotisation santé est due au titre de chaque bénéficiaire défini à l'article 2-1 de la présente notice.

Votre employeur a la responsabilité du versement total des cotisations.

SANTÉ

La structure tarifaire de votre régime frais de santé est de type « Isolé/Famille » :

- Si vous êtes seul à bénéficier de la garantie, le tarif « isolé » vous est appliqué ;
- Si vous avez demandé l'extension de la garantie au profit de vos ayants droits, c'est le tarif « famille » qui est alors appliqué.

La cotisation relative à la garantie santé est due à compter 1^{er} jour du mois de l'entrée en vigueur de la garantie, tel que précisé à l'article 2-2 de la présente notice.

Si vous êtes salarié travaillant à temps partiel sur plusieurs entreprises relevant de la Convention Collective régionale des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Haute Normandie du 3 juillet 1970, la cotisation santé vous sera appelée auprès d'un seul employeur, déterminé selon les critères suivants :

- l'employeur qui vous occupe de manière principale;
- à défaut, votre plus ancien employeur.

PRÉVOYANCE

Les cotisations relatives aux garanties prévoyance sont dues dès le 1^{er} jour de votre embauche.

Article 1-4

FAUSSE DÉCLARATION

Vous vous engagez à fournir à AGRI PRÉVOYANCE, soit directement, soit par l'intermédiaire de votre employeur tout renseignement nécessaire à l'établissement de vos droits et obligations.

Toute déclaration intentionnelle fautive ou incomplète, toute réticence, omission ou inexactitude dans la déclaration du risque entraîne l'application des sanctions prévues par le Code de la Sécurité Sociale.

Article 1-5

PRESCRIPTION

Toutes actions relatives aux garanties de votre régime sont prescrites dans les conditions de l'article L 932-13 du code de Sécurité Sociale, à compter de l'évènement qui y donne naissance :

- par deux ans en ce qui concerne la garantie santé ;
- par cinq ans en ce qui concerne la garantie incapacité de travail ;
- et par dix ans en ce qui concerne la garantie décès, lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'assuré.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où AGRI PRÉVOYANCE en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Article 1-6

INFORMATIQUE ET LIBERTÉ

En application de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez demander en justifiant de votre identité, communication et rectification, s'il y a lieu, de toute information vous concernant qui

figurerait sur tout fichier à l'usage d'AGRI PRÉVOYANCE ou de ses mandataires, co-assureurs et organismes professionnels intervenant au contrat.

TITRE 2 • GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

Date d'effet initiale : 1^{er} octobre 2009

Article 2-1

BÉNÉFICIAIRES

Les bénéficiaires de la garantie frais de santé, définie dans la Convention Collective régionale des entreprises de travaux agricoles ruraux de Haute Normandie du 3 juillet 1970, sont les suivants :

- 1. Vous-même en tant que salarié**, sous réserve que vous ayez acquis **six mois** d'ancienneté au cours des 24 derniers mois, dans des entreprises visées par ladite Convention Collective.
- 2. Vos ayants-droit, sous réserve que vous ayez demandé l'extension de votre régime à leur profit, à savoir :**

- **vos conjoint**, non divorcé, non séparé de droit ou de fait, résidant en France;

Sont assimilés au conjoint :

- **Le cocontractant d'un PACS**, résidant en France;
- **Le concubin**, résidant en France, justifiant de deux années de vie commune (cette condition n'est pas requise lorsqu'ils ont eu au moins un enfant en commun), sous réserve que le salarié ne soit ni marié ni pacsé.
- **vos enfants à charge:**

Par enfant, il faut entendre :

- les enfants du salarié (légitimes, adoptés ou reconnus) ;
- les enfants recueillis par le salarié et pour lesquels la qualité de tuteur lui est reconnue ;

- les enfants qui ont été élevés par le salarié pendant neuf ans au moins avant leur 16^{ème} anniversaire ;
- les enfants dont la qualité d'ayant droit du conjoint, cocontractant d'un PACS ou concubin aura été reconnue par le régime de base de Sécurité Sociale.

Sont considérés comme enfants à charge :

- tous les enfants âgés de moins de 18 ans ;
- tous les enfants âgés de moins de 26 ans s'ils sont étudiants, apprentis ou demandeurs d'emploi inscrits au PÔLE EMPLOI et non indemnisés par le régime d'assurance chômage ;
- tous les enfants invalides au sens de la législation sociale si l'état d'invalidité a été constaté avant leur 21^{ème} anniversaire.

Article 2-2

AFFILIATION ET ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA GARANTIE

Votre affiliation à la garantie frais de santé des salariés est obligatoire.

Ainsi, dès lors que vous remplissez la condition d'ancienneté, visée à l'article 2-1 de la présente notice, vous êtes automatiquement affilié à la garantie.

Votre couverture santé entre en vigueur, pour vous et pour vos ayants-droit :

- soit, dès la date de prise d'effet du régime si vous étiez déjà présent dans l'entreprise et que vous remplissiez déjà cette condition d'ancienneté de 6 mois ;
- soit, le 1^{er} jour du mois au cours duquel vous atteigniez l'ancienneté requise.

Votre régime ne prévoit aucun délai de « carence », ce qui signifie que le droit à l'ensemble des prestations santé vous est ouvert dès le 1^{er} jour de votre d'affiliation.

Article 2-3

AFFILIATIONS FACULTATIVES

A titre dérogatoire, vous pouvez choisir de ne pas être affilié à la garantie frais de santé si vous

vous trouvez dans l'une des situations suivantes :

- vous bénéficiez de la CMU-C (couverture maladie universelle – complémentaire) ;
- vous bénéficiez d'une couverture complémentaire santé obligatoire dans le cadre d'un autre emploi (salarié à employeurs multiples) ;
- vous êtes travailleur saisonnier ou salarié à contrat déterminé avec un contrat de travail dont la durée est :
 - inférieure à douze mois ;
 - supérieure ou égale à douze mois **et** vous bénéficiez d'une complémentaire santé par ailleurs.
- vous êtes salarié à temps partiel n'ayant qu'un seul employeur ou apprenti, et la part de cotisation de l'assurance frais de santé à votre charge est supérieure à 10 % de votre rémunération brute ;
- votre conjoint travaille dans votre entreprise, dans ce cas un seul des membres du couple peut être affilié en propre et l'autre en tant qu'ayant droit (souscription de l'extension famille).

Dans tous les cas, votre demande de dispense d'affiliation **écrite, accompagnée des justificatifs attestant de votre situation**, doit être remise par votre employeur chaque année à la MSA (en conservant un double).

En tout état de cause, tout changement dans votre situation remettant en cause votre dispense d'affiliation doit être déclaré à votre employeur de manière à ce que vous soyez obligatoirement affilié à la garantie frais de santé.

Article 2-4

GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

Votre garantie frais de santé assure le remboursement des dépenses de santé consécutives à une maladie, une maternité ou un accident.

Ces remboursements sont réalisés après versement des prestations du régime social de base.

Ils s'effectuent, poste par poste, conformément au tableau des garanties annexé ci-après.

En tout état de cause, ces remboursements ne peuvent excéder le montant des frais réellement engagés par l'assuré, après remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Article 2-5

LIMITES ET EXCLUSIONS DE LA GARANTIE

D'une manière générale, ne sont pas pris en charge les frais engagés au titre d'actes prescrits :

- avant la date d'entrée en vigueur de la garantie ;
- après la cessation de la garantie.

● Limites liées au caractère « responsable » de votre régime :

Votre régime complémentaire de frais de santé s'inscrit dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits « responsables » défini par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et à ses différents décrets et arrêtés d'application.

Ainsi, il ne rembourse ni les pénalités mises à la charge de l'assuré, notamment en cas de non respect du parcours de soins, ni la participation forfaitaire et la franchise respectivement prévues aux II et III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale.

En tout état de cause, votre régime sera automatiquement adapté en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les contrats « responsables ».

● Limites liées aux actes :

Ne sont pas pris en charge les frais de santé résultant de suites de traitements ou d'interventions chirurgicales, exécutés dans un but esthétique ou de rajeunissement, non pris en charge par le régime de base et non liés à une maladie, maternité ou un accident antérieurs.

Article 2-6

CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie cesse de plein droit, tant à votre égard qu'à l'égard de vos ayants-droit :

- à la fin du mois au cours duquel vous cessez d'appartenir à la catégorie de salariés bénéficiaires du régime, à savoir lorsque vous perdez votre qualité d'employé ou d'ouvrier ;
- à la fin du mois au cours duquel vous cessez d'être au service de votre employeur, pour quelle que cause que ce soit ;
- en cas de décès.

Concernant plus spécifiquement les garanties dont bénéficient vos ayants-droit, elles cessent de plein droit dès la perte de la qualité de conjoint, de cocontractant d'un PACS ou de concubin ou encore d'enfant à charge, telle que définie à l'article 2-1.

La cotisation du mois au cours duquel l'évènement est intervenu reste due.

Dans tous ces cas, pensez à prévenir votre MSA, et retournez-lui la carte papier de votre garantie frais de santé.

Article 2-7

MAINTIEN DE LA GARANTIE EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

En cas de suspension de votre contrat de travail, donnant lieu à complément de salaire, la garantie frais de santé est maintenue moyennant le versement respectif des cotisations salariales et patronales correspondantes aux conditions tarifaires initialement prévues.

En cas de suspension de votre contrat de travail ne donnant pas lieu à complément de salaire, la garantie frais de santé peut être maintenue sur votre demande, sous réserve que vous en fassiez la demande et que vous régliez la totalité de la cotisation correspondante, part employeur et part salarié.

Article 2-8

MAINTIEN DE LA GARANTIE SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL

Votre garantie frais de santé peut vous être maintenue, sans période probatoire ni contrôle médical, sous forme de contrat individuel à la cessation de vos garanties telle que prévue à l'article 2-7.

Ce maintien s'effectue dans les conditions suivantes :

1) En cas de rupture de votre contrat de travail, dans la mesure où vous bénéficiez d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, si vous êtes privé d'emploi, d'un revenu de remplacement :

Vous devez alors demander le maintien à titre individuel de votre garantie, **dans les six mois qui suivent la rupture de votre contrat de travail.**

Si vous faites cette demande, vous pouvez également dans les mêmes conditions demander le maintien à titre individuel des garanties au bénéfice d'un ou plusieurs de vos ayants droit, **pour lesquels une extension familiale avait été demandée.**

2) En cas de décès

Vos ayants-droit peuvent, sous réserve d'en faire la demande **dans les six mois qui suivent votre décès**, bénéficier du maintien de leurs garanties pendant une durée minimale de douze mois.

Le tarif applicable à l'ensemble de ces situations de maintien individuel est défini dans les limites prévues par la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Evin ».

Article 2-9

MODALITÉS D'AFFILIATION ET DE MODIFICATION DE SITUATION

Votre employeur vous remet la présente notice d'information et un bulletin d'affiliation, soit à la mise en place du régime, soit à votre entrée dans l'entreprise. Sur le bulletin vous devez porter

vos choix de souscription « isolé » ou « famille » pour la couverture santé.

Votre affiliation à la garantie frais de santé et celle de vos ayants droit, si vous avez choisi l'extension familiale, est effectuée par les services de la Mutualité Sociale Agricole dès que vous remplissez les conditions d'affiliation.

Pour vos ayants droit, les pièces à fournir sont les suivantes :

- une copie du livret de famille ;
- le certificat de scolarité ou d'apprentissage des enfants à charge ;
- la carte invalidité le cas échéant ;
- l'attestation de droits correspondant à la carte Vitale, pour votre conjoint dans un autre régime de base.

En cas d'évolution ou de modification, par exemple votre souscription à la garantie famille (demande d'extension familiale en raison de votre mariage, de la naissance d'un enfant...), vous devez compléter un nouveau bulletin en joignant les justificatifs.

Un double est conservé par votre employeur.

● Modalités de votre demande d'extension familiale :

- annuellement :

au plus tard le 30 novembre de chaque année, par lettre remise ou adressée à votre employeur. Votre conjoint ou vos enfants sont alors admis dans l'assurance à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.

- en cours d'année :

dans les 30 jours qui suivent l'évènement modifiant votre situation familiale (mariage, décès...) ou modifiant la situation professionnelle de votre conjoint (embauche, licenciement...), par lettre remise ou adressée à votre employeur. Votre conjoint ou vos enfants sont alors admis dans l'assurance à compter du jour de l'évènement.

Article 2-10

MODALITÉS DE RÉSILIATION DE L'OPTION FAMILLE

- annuellement :

Vous aviez choisi d'étendre le bénéfice de votre couverture obligatoire aux membres de votre famille et vous souhaitez mettre fin à cette extension familiale.

Dans ce cas vous avez la possibilité de la résilier annuellement, par lettre remise ou adressée à votre employeur, au plus tard le 31 octobre de l'année.

La résiliation prend alors effet à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.

- en cours d'année :

Vous aviez choisi d'étendre le bénéfice de votre couverture obligatoire aux membres de votre famille et vous souhaitez mettre fin à cette extension familiale dans l'année en cours.

Dans ce cas vous avez la possibilité de la résilier par lettre remise ou adressée à votre employeur, dans les trente jours qui suivent l'évènement modifiant votre situation familiale (mariage, décès...) ou la situation professionnelle de votre conjoint (embauche, licenciement...).

La résiliation prend alors effet dès la survenance de l'évènement.

Votre employeur doit informer la MSA de votre décision.

Après toute résiliation, une nouvelle demande d'extension familiale ne peut intervenir au plus tôt qu'à l'expiration d'un délai de deux ans. Il ne sera dérogé à cette durée de deux ans qu'en cas de changement de situation familiale ou de modification de situation professionnelle de votre conjoint.

Article 2-11

RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Pour vous offrir un service de qualité, un accord a été conclu avec la MSA qui, sur le même décompte, effectue le remboursement de base MSA et complémentaire de votre garantie frais de santé.

Vous pouvez utiliser votre Carte Vitale pour bénéficier du tiers payant pharmaceutique, après l'avoir mise à jour sur la borne Vitale la plus proche de votre domicile. L'utilisation par le professionnel de santé de la Carte Vitale supprime toute demande de la part de l'assuré pour le paiement des prestations de base comme de la part complémentaire AGRICULTURE PRÉVOYANCE.

En cas d'hospitalisation, l'établissement hospitalier peut également demander à votre caisse de MSA, l'envoi d'une prise en charge pour un règlement direct à l'établissement.

En cas de non utilisation de la Carte Vitale, les démarches pour obtenir vos remboursements sont les suivantes :

1- pour vous-même, votre conjoint, concubin et vos enfants à charge (s'ils figurent sur votre carte d'assuré social)

1. Envoyez votre/leur feuille de soins à votre caisse de MSA ;
2. Vous recevrez sur un même décompte le remboursement de base de la MSA et le remboursement complémentaire d'AGRICULTURE PRÉVOYANCE.

2- pour votre conjoint/concubin et vos enfants à charge affiliés à la MSA (et qui possèdent leur propre carte d'assuré social)

1. Notez en plus sur la feuille de soins votre numéro de sécurité sociale ;
2. Envoyez leur feuille de soins à votre caisse de Mutualité Sociale Agricole.

3- pour votre conjoint/concubin et vos enfants à charge affiliés aux autres régimes de Sécurité Sociale que la MSA (Sécurité Sociale, Sécurité Sociale étudiante, autres régimes de base)

Un système d'échange d'informations entre CPAM et MSA permet à votre caisse de MSA d'effectuer le remboursement complémentaire sans intervention de votre part.

Pour les cas où ce système ne serait pas encore mis en place :

1. Envoyez la feuille de soins au régime concerné ;
2. Envoyez ensuite le décompte du remboursement obtenu à votre caisse de MSA, en notant en plus votre numéro de Sécurité Sociale ;
3. Le remboursement complémentaire vous sera alors versé.

TITRE 3 • GARANTIES PRÉVOYANCE

Date d'effet initiale : 1^{er} juillet 2009

Article 3-1

GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

Cette garantie vous assure en cas d'arrêt de travail pour accident ou maladie, dûment justifié par prescription médicale, le versement d'indemnités journalières **complémentaires** à celles servies par le régime de base.

3-1-1 • Bénéficiaires

Le bénéfice de cette garantie vous est accordée, en cas d'accident du travail, de trajet et de maladie professionnelle ou de maladie et d'accidents de la vie privée, à la condition de justifier d'une ancienneté :

- de deux mois dans l'entreprise ;
- ou de six mois, continus ou non, dans la branche professionnelle, et ce, sur une période de douze mois.

Il est précisé que votre ancienneté est appréciée au 1^{er} jour de votre absence.

3-1-2 • Entrée en vigueur de la garantie

La garantie incapacité temporaire de travail entre en vigueur :

- en cas d'accident du travail, d'accident de trajet, ou de maladie professionnelle, à **compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail** ;
- en cas de maladie ou d'accident de la vie privée, à **compter du 8^{ème} jour d'arrêt de travail**.

3-1-3 • Modalités de l'indemnisation

● Durée de votre indemnisation

Votre droit à indemnités journalières complémentaires est ouvert tant que votre incapacité temporaire, dûment justifiée par prescription médicale, donne lieu au versement d'indemnités journalières par le régime de base.

Votre droit à indemnités journalières complémentaires cesse dès lors que le régime de base vous reconnaît un état d'incapacité permanente.

● **Montant de votre indemnisation**

Le montant de vos indemnités journalières complémentaires porte votre indemnisation globale (indemnité légale + indemnité complémentaire) à :

- 80% du salaire retenu pour le calcul des indemnités journalières légales, tant que dure le versement de ces indemnités journalières légales, que votre indemnisation résulte d'un accident du travail, de trajet, d'une maladie professionnelle, d'une maladie ou d'un accident de la vie privée.

Votre indemnisation ne peut avoir pour effet de vous servir une indemnisation nette supérieure à la rémunération d'activité perçue avant votre incapacité de travail.

En cas de reprise partielle de votre travail, et à condition que les prestations du régime de base vous soient maintenues, les indemnités journalières complémentaires continueront à vous être versées dans la limite des règles de cumul exposées ci-dessus, les salaires payés par votre employeur compris.

La revalorisation de vos indemnités journalières complémentaires s'effectue selon les mêmes modalités que celles du régime de base.

3-1-4 • Maintien des garanties

Si votre contrat de travail venait à être rompu avant la fin de la période d'indemnisation, les indemnités journalières complémentaires continueraient à vous être versées jusqu'à la date limite d'indemnisation.

Article 3-2

GARANTIE INCAPACITÉ PERMANENTE

Cette garantie, susceptible de vous être servie pour une incapacité permanente, vous assure le

versement d'une pension mensuelle complémentaire.

3-2-1 • Bénéficiaires

Afin de pouvoir bénéficier de votre pension complémentaire, vous devez percevoir une pension d'invalidité catégorie 1, 2 ou 3 ou une rente accident du travail pour incapacité au moins égale aux 2/3, reconnue par le régime de base.

Vous pouvez être reconnu invalide sans indemnisation préalable au titre de la garantie incapacité temporaire.

3-2-2 • Modalités de l'indemnisation

● **Durée de votre indemnisation**

Votre pension complémentaire vous est versée mensuellement :

- tant que votre pension d'invalidité de catégorie 1, 2 ou 3 ou votre rente accident du travail pour une incapacité au moins égale aux 2/3 vous est servie par le régime de base ;
- jusqu'à la date d'attribution de votre pension de vieillesse par un régime de sécurité sociale.

● **Montant de votre indemnisation**

Le montant de la pension complémentaire porte sur l'indemnisation globale (pension ou rente du régime de base plus pension complémentaire) à hauteur de 80% du salaire brut du salarié.

Le salaire brut pris en compte pour le calcul de votre pension complémentaire correspond au douzième de vos salaires bruts perçus au cours des 12 mois civils précédant votre arrêt de travail.

En tout état de cause, votre pension complémentaire ci-dessus mentionnée, ne peut avoir pour effet de porter le total de vos indemnités nettes servies à une somme supérieure à votre rémunération nette perçue avant l'invalidité.

La revalorisation de votre pension complémentaire s'effectue selon les mêmes modalités que celle du régime de base.

3-2-3 • Maintien des garanties

Les pensions en cours de service à la date d'entrée en vigueur du régime, ou résultant d'un arrêt de travail à cette même date, continuent à être supportées par l'organisme assureur antérieurement désigné.

Seules les revalorisations intervenant à compter de la date d'effet du régime sont effectuées par AGRI PRÉVOYANCE, dans la mesure où elles ne le sont pas par l'organisme antérieurement désigné.

Article 3-3

GARANTIE DÉCÈS

Elle comprend plusieurs prestations :

- un capital décès ;
- une rente éducation ;
- une indemnité frais d'obsèques.

Pour l'ensemble de ces garanties, la notion d'enfant à charge se définit de la façon suivante : Par « enfant », il faut entendre :

- les enfants du participant (légitimes, adoptés ou reconnus, nés ou à naître) ;
- les enfants recueillis par le participant et pour lequel la qualité de tuteur lui est reconnue ;
- les enfants qui ont été élevés par le participant pendant neuf ans au moins avant leur 16^{ème} anniversaire ;
- les enfants dont la qualité d'ayant droit du participant aura été reconnue par le régime de base de sécurité sociale.

Sont considérés comme enfants à charge les enfants nés ou élevés :

- âgés de moins de 18 ans, quelle que soit leur situation ;
- âgés de 18 à 25 ans lorsqu'ils sont étudiants, apprentis, demandeurs d'emploi inscrits à PÔLE EMPLOI et non indemnisés par le régime d'assurance chômage ;

- reconnus invalides au sens de la législation des assurances sociales, quel que soit leur âge.

3-3-1 • Bénéficiaires de la garantie

● Le capital décès

Le capital de base est versé comme suit :

- En présence de bénéficiaires prioritaires :
 - en totalité à votre conjoint survivant non séparé de corps ;
 - entre votre conjoint, qui ne peut se voir attribuer moins de 50% du capital, et vos descendants, si vous avez notifié à AGRI PRÉVOYANCE une répartition.

En l'absence de conjoint survivant non séparé de corps, le capital est versé en totalité à vos descendants.

Le cocontractant d'un PACS est assimilé au conjoint non séparé de corps.

- En cas d'absence de bénéficiaires prioritaires, le capital est attribué dans l'ordre suivant :
 - aux bénéficiaires désignés par vos soins ;
 - à votre concubin justifiant d'au moins deux ans de vie commune, sous réserve que vous ne soyez ni marié ni pacsé ;
 - à vos héritiers.

CAS PARTICULIER :

En cas d'invalidité de catégorie 3 absolue et définitive :

- constatée par le régime de base de la MSA ;
- vous interdisant toute activité rémunérée ;
- vous obligeant à être assisté d'une tierce personne pour les actes de la vie courante ;
- et, à condition que vous ne puissiez prétendre à une retraite de base à taux plein, notamment au titre de l'invalidité ;

Le capital décès de base peut, sur votre demande, vous être versé de manière anticipée en 24 mensualités.

Si vous venez à décéder avant la liquidation de votre retraite de base sans avoir perçu la totalité de votre capital décès de base, la part correspondant au reliquat serait versée à vos bénéficiaires.

Si votre invalidité cessait d'être absolue et définitive postérieurement au versement par anticipation du capital décès de base et avant la liquidation de votre retraite de base, les bénéficiaires ne pourraient plus prétendre au versement de votre capital décès de base.

● **La rente éducation**

Sous réserve qu'au jour de votre décès vous justifiiez de 12 mois continus ou non d'affiliation à la garantie décès, chacun de vos enfants reconnus à votre charge, au jour de votre décès, bénéficie d'une rente annuelle éducation.

Pour les orphelins de plus de 18 ans, le droit à la rente est subordonné à la justification de la poursuite de sa scolarité.

● **L'indemnité frais d'obsèques**

Lors de votre décès, une indemnité frais d'obsèques est versée au bénéficiaire du capital décès ayant supporté les frais d'obsèques.

3-3-2 • Montant de la garantie

● **Le capital décès**

Le montant du capital décès est fonction de votre salaire annuel brut et de votre situation de famille.

En effet, le contrat prévoit un capital de base auquel peuvent s'ajouter des majorations familiales.

Ce capital est versé aux bénéficiaires, sur leur demande.

Son montant est égal à 100 % de votre salaire annuel brut.

Le salaire brut pris en compte est celui des 4 derniers trimestres civils précédant le décès.

Le montant de ce capital décès est majoré de 25% par enfant à charge au moment du décès. Il est également majoré de 50% pour le conjoint survivant non séparé de corps ou pour le cocontractant d'un PACS.

Les majorations familiales sont directement versées à l'enfant à charge si ce dernier est majeur, ou à son représentant légal, s'il est mineur.

Le montant minimum du capital est fixé à 8 000 €.

● **La rente éducation**

Il est versé à chacun des enfants, reconnus à votre charge au jour de votre décès, une rente annuelle éducation égale à :

- 4% du plafond annuel de la Sécurité Sociale par enfant âgé de 0 à 10 ans ;
- 8% du plafond annuel de la Sécurité Sociale par enfant âgé de 11 à 17 ans ;
- 11% du plafond annuel de la Sécurité Sociale par enfant âgé de 18 à 26 ans (s'il poursuit des études).

La rente éducation est versée directement à l'enfant s'il est majeur, ou à son représentant légal, s'il est mineur.

● **L'indemnité frais d'obsèques**

Le montant de l'indemnité frais d'obsèques est égal à 100 % du plafond mensuel de Sécurité Sociale applicable au moment du décès.

3-3-3 • Exclusions de la garantie

Sont garantis par l'Institution tous les risques de décès, à l'exclusion de ceux résultant :

- **de la guerre civile ou étrangère ;**
- **du fait volontaire du bénéficiaire.**

Le décès résultant du suicide du salarié est couvert.

3-3-4 • Cessation de la garantie

La garantie cesse dès le 1^{er} jour du mois suivant :

- la rupture du contrat de travail pour quelle que cause que ce soit ;
- le décès.

La cotisation du mois, au cours duquel l'évènement est intervenu, reste due.

3-3-5 • Maintien de la garantie

En cas de rupture de votre contrat de travail, de non renouvellement ou de résiliation de l'accord collectif de prévoyance, la garantie décès vous est maintenue dès lors que vous êtes indemnisé au titre :

- de la garantie incapacité temporaire de travail ;
- de la garantie incapacité permanente de travail.

TITRE 4 • ACTION SOCIALE

Votre affiliation à AGRI PRÉVOYANCE vous donne accès à nos services d'action sociale.

Confrontés à une situation difficile, vous pouvez bénéficier d'une aide, notamment dans les cas suivants :

- accompagnement hospitalier ;
- aide à la famille (enfants en difficulté, placements, vacances...);
- dettes engendrées par un problème de santé ;
- réinsertion professionnelle suite à un accident du travail

Pour toute information, contactez le :

08 21 200 800 ou **www.groupagricra.com**

ANNEXE 1 • DÉFINITIONS - GARANTIE SANTÉ

Accident :

toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Base de remboursement :

ensemble des éléments tarifaires sur lesquels le Régime Social de Base applique un taux (de 0 % à 100 %) pour déterminer le niveau de son remboursement.

Changement de situation familiale :

sont considérés comme constituant un changement dans la situation familiale du participant, les événements suivants :

- mariage, concubinage, PACS,
- divorce, séparation de corps, rupture des relations de concubinage, dissolution du PACS,
- naissance ou adoption d'un enfant,
- perte de la qualité d'enfant à charge,
- décès d'un enfant à charge ou du conjoint.

En cas d'adoption, de séparation de corps ou de divorce, la date de l'évènement à prendre en compte est celle du prononcé du jugement.

En cas de conclusion ou de dissolution d'un PACS, la date de l'évènement à prendre en compte est celle de l'inscription sur le registre établi à cet effet au tribunal d'instance du lieu de résidence commune.

Forfait :

indemnité forfaitaire fixée par avance et invariable, versée dans les cas prévus.

Frais de santé :

frais médicaux, dentaires, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation engagés par un assuré.

Hospitalisation :

séjour dans un établissement hospitalier (public

ou privé) consécutif à un accident ou à une maladie, à l'exclusion des séjours effectués en établissement psychiatrique. Les séjours en maternité d'une durée inférieure à 12 jours ne sont pas considérés comme une hospitalisation. Maladie : toute altération de l'état de santé de l'assuré constatée par une autorité médicale compétente.

Maternité :

grossesse non pathologique, accouchement et ses suites. La maternité n'est pas considérée comme une maladie ou un accident.

Médecin traitant :

médecin désigné par l'assuré âgé de 16 ans et plus auprès de l'assurance maladie et chargé de la mise en œuvre du parcours de soins coordonnés.

Peut être un médecin généraliste, spécialiste, un médecin exerçant dans un centre de santé ou hospitalier.

Parcours de soins :

dispositif mis en place par la réforme de l'assurance maladie ayant pour objectif la maîtrise médicalisée des dépenses de santé par la coordination des soins (notamment désignation du médecin traitant et accès au dossier médical personnalisé).

Plafond annuel de la Sécurité Sociale :

salaires annuels plafonnés utilisés pour le calcul des cotisations sociales de base.

Régime social de base :

Mutualité Sociale Agricole, Caisse Générale de Sécurité Sociale ou tout autre Régime social obligatoire français.

Tarif de responsabilité (TR):

barème appliqué par les Caisses d'Assurances Sociales pour calculer les remboursements des dépenses de santé. Ce tarif concerne des produits (médicaments ...) ou des actes (consultations, visites ...) et est :

- soit déterminé en accord avec les membres des professions de santé : il s'agit alors du tarif de convention,
- soit fixé unilatéralement par les pouvoirs publics : il s'agit alors du tarif d'autorité.

Ticket modérateur :

il s'agit de la part restant à la charge de l'assuré, calculée sur la base du tarif de responsabilité, après remboursement du Régime Social de Base. Son montant varie selon les catégories de prestations.

Tiers payant :

il permet à l'assuré de ne pas avancer de frais dans les pharmacies. Ceux-ci sont directement adressés aux caisses concernées pour les parts obligatoires et complémentaires.

ANNEXE 2 • TABLEAU DES GARANTIES

GARANTIES	REGIME FRAIS DE SANTE ETAR DE HAUTE-NORMANDIE			
	Remboursements Régime de base ⁽¹⁾	Remboursements complémentaires ⁽¹⁾	Remboursements totaux ⁽¹⁾	Services d'assistance
SOINS COURANTS				
Honoraires de généralistes et spécialistes	70% BR(2)	230% BR(2)	300% BR(2)	Information par téléphone sur les adresses proches du domicile. Mise en relation pour échanger par téléphone avec un médecin
Honoraires de médecine douce 4 pratiques médicales : acupuncture, homéopathie, chiropractie, ostéopathie	-	23€/consultation dans la limite de 4/an/famille	23€/consultation dans la limite de 4/an/famille	
Analyses biologiques, Auxiliaires médicaux, Radiologie et Actes techniques (3)	60 à 70% BR	30 à 40% BR	100% BR	Information par téléphone sur les laboratoires et centres de radiologie proches du domicile. Mise en relation pour échanger par téléphone avec un médecin
Pharmacie	15 à 65% BR	TM	100% BR	4 portages de médicaments à domicile en cas d'immobilisation de plus de 5 jours
Pharmacie sur prescription non prise en charge par le régime de base	-	40€/an/famille	40€/an/famille	
Vaccins non pris en charge par le régime de Base	-	40€/an/famille	40€/an/famille	Information sur le calendrier des vaccins
PROTHESES				
Prothèses et appareillage (dont orthopédie) Part obligatoire 65% BR	65% BR	400% BR	465% BR	Informations par téléphone pour trouver le matériel. Organisation de la livraison
Part obligatoire 100% BR	100% BR	400% BR	500% BR	
Prothèses auditives	65% BR	390% BR + crédit 350€ par oreille(4)	455% BR + crédit 350€ par oreille(4)	Organisation et prise en charge de l'acheminement d'une prothèse de remplacement en cas de perte
OPTIQUE				
Forfait montures + lentilles	65% BR	175€/an	65% BR + 175€/an	Organisation et prise en charge de l'acheminement d'une paire de lunettes de remplacement en cas de perte. Service d'analyse et de conseil sur les devis optique
Forfait verres unifocaux	65% BR	182€/paire limité à 1 paire/an	65% BR + 182€/paire limité à 1 paire/an	
Forfait verres progressifs et multifocaux	65% BR	350€/paire limité à 1 paire par an	65% BR + 350€/paire limité à 1 paire par an	
Forfait optique	-	+50€ la 3 ^{ème} année si pas de conso. les 2 années précédentes	+50€ la 3 ^{ème} année si pas de conso. les 2 années précédentes	
DENTAIRE				
Soins dentaires	70% BR	30% BR	100% BR	Service d'analyse et de conseil sur les devis dentaire
Prothèses dentaires	70% BR	340% BR	410% BR	
Inlays core	70% BR	100% BR	170% BR	
Forfait parodontologique	-	100€/an	100€/an	
Forfait implantologie	-	200€/an	200€/an	
Orthodontie acceptée par le Régime de Base	100% BR	250% BR	350% BR	
HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE				
Frais de séjour	80 à 100% BR	0 à 20% BR	100% BR	
Honoraires	80 à 100% BR	400% BR	480% à 500% BR	
Forfait journalier	-	FR	FR	
Chambre particulière	-	78€/jour limité à 60 jours/an	78€/jour limité à 60 jours/an	Remboursement complémentaire d'un éventuel reliquat sur les frais de lit d'accompagnant et de télévision. Remboursement des frais de transfert du téléphone du domicile sur celui de la chambre
Frais de lit d'accompagnant	-	52€/jour limité à 30 jours/an(5)	52€/jour limité à 30 jours/an(5)	
Forfait confort : prise en charge des frais de télévision et de téléphone	-	26€/an	26€/an	

ANNEXE 2 • TABLEAU DES GARANTIES (suite)

GARANTIES	REGIME FRAIS DE SANTE ETAR DE HAUTE-NORMANDIE			
	Remboursements Régime de base ⁽¹⁾	Remboursements complémentaires ⁽¹⁾	Remboursements totaux ⁽¹⁾	Services d'assistance
MATERNITE				
Honoraires	100% BR	200% BR	300% BR	Information par téléphone sur la santé, vie quotidienne, diététique, hygiène, vaccins. Orientation vers organismes spécialisés
Chambre particulière	-	52€/jour	52€/jour	
PSYCHIATRIE				
Frais de séjour	80 à 100% BR	0 à 20% BR	100% BR	
Honoraires	80 à 100% BR	200 à 220% BR	300% BR	
Forfait journalier	-	FR limité à 30 jours/an	FR limité à 30 jours/an	
POLYVALENTS				
Transport pris en charge sur prescription (sauf transport cure thermale)	65% BR	FR	FR	Communication d'adresses d'ambulanciers et organisation de la course
Forfait actes lourds « 18 euros »	-	18€	18€	
Forfait de confort en cas d'hospitalisation à domicile accepté par le Régime de Base (HAD)	-	52€/jour limité à 60 jours/an + Forfait prestations de services limité à 400€/an/famille	52€/jour limité à 60 jours/an + Forfait prestations de services limité à 400€/an/famille	Communication d'adresses de prestataires à domicile. Organisation et prise en charge de 20 jours de prestations de service dans la limite de 30h/an/contrat
Cures thermales : frais balnéaires acceptés	65% ou 70% BR	30 ou 35% BR + 150€/an	100% BR + 150€/an	

NB : les prestations des services assistance sont exprimées « à concurrence de ».

(1) Uniquement en secteur conventionné 1 et 2, praticiens et/ou établissements ;

(2) Les dépassements sur les consultations hors parcours ne sont pas pris en charge ;

(3) Y compris les actes de prévention « responsables » prévus par l'arrêté du 8 juin 2006 ;

(4) Un équipement tous les 3 ans et un réglage par an ;

(5) Y compris frais de lit d'accompagnant en maison de parents ou structure hôtelière agréée par l'établissement hospitalier.

BR : base de remboursement à partir de laquelle est calculé le remboursement obligatoire ;

TM : ticket modérateur ; le ticket modérateur est la part financière qui reste à votre charge après le remboursement de l'Assurance Maladie ;

FR : frais réels.

Les remboursements s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif et réglementaire relatif aux contrats dits « responsables », institué par l'Article 57 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et défini en l'état actuel de la réglementation et de ses évolutions futures

En l'absence de prise en charge du régime de base, ces mêmes remboursements peuvent

aussi être exprimés dans la limite d'un forfait annuel par bénéficiaire.

En tout état de cause, l'addition de remboursements du régime de base et du régime complémentaire ne peut dépasser le montant des frais réellement engagés par le bénéficiaire.

ANNEXE 3 • SERVICES D'ASSISTANCE À DESTINATION DES ASSURÉS

1 - LES SERVICES D'ASSISTANCE

Les services d'assistance AGRICA et la gestion des prestations d'assistance sont assurés par MUTUAIDE ASSISTANCE, sise 8-14 avenue des Frères Lumière, 94366 BRY SUR MARNE Cedex. Ils sont définis dans le tableau des garanties de l'annexe 2.

Dans le cadre de cette assistance, MUTUAIDE ASSISTANCE se présente sous le nom d'AGRICA ASSISTANCE et accomplit les démarches nécessaires pour l'accès aux prestations.

2 - PRISE D'EFFET DE L'ASSISTANCE

L'assuré bénéficie de l'assistance dès qu'il ouvre droit à la garantie frais de santé.

L'assistance s'arrête en cas de résiliation de la garantie Frais de Santé ou en cas de sortie du salarié du groupe assuré.

Dans cette hypothèse, les prestations prévues sont prises en charge si l'événement qui y a donné naissance est antérieur à la date de résiliation ou de sortie du contrat.

3 - LIEU OÙ S'EXERCE L'ASSISTANCE

L'assuré bénéficie des services d'assistance d'AGRICA à son domicile situé en France métropolitaine, Principautés d'Andorre ou de Monaco.

4 - CONDITIONS D'INTERVENTION DE L'ASSISTANCE

Seul l'appel téléphonique au moment de l'événement permet le déclenchement de l'assistance. Les prestations doivent être organisées par les soins d'AGRICA ASSISTANCE ou avec son accord.

• Responsabilité

La responsabilité d'AGRICA ASSISTANCE ne peut en aucun cas être engagée pour des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure, ou d'événements tels que guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engin, effet nucléaire ou radioactif, empêchement climatique.

• Cadre de son intervention

AGRICA ASSISTANCE intervient dans la limite des accords donnés par les autorités locales. AGRICA ASSISTANCE ne peut, en aucun cas, se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

L'assuré doit permettre aux médecins d'AGRICA ASSISTANCE l'accès à toute information médicale concernant la personne pour laquelle AGRICA ASSISTANCE intervient. Cette information sera traitée avec confidentialité et dans le respect du secret médical.

• Contrôle des droits invoqués

Pour bénéficier d'une prestation, AGRICA ASSISTANCE peut demander à l'assuré de justifier de la qualité qu'il invoque et de produire, à ses frais, les pièces ou documents prouvant ce droit.

• Remboursement de factures

AGRICA ASSISTANCE remboursera, **après accord express**, à l'assuré, sur présentation des originaux, les factures correspondant aux frais engagés et ce, sous réserve d'avoir contacté AGRICA ASSISTANCE dans les délais impartis.

Ces demandes doivent être adressées à :

AGRICA-ASSISTANCE, MUTUAIDE ASSISTANCE
8/14 avenue des Frères Lumière
94 366 BRY SUR MARNE Cedex.

5 - DÉMARCHES POUR BÉNÉFICIER DE L'ASSISTANCE

AGRICA ASSISTANCE est accessible 24H/24, 7 jours/7.

- **Numéro de téléphone de l'assistance :**

01 45 16 65 15.

- **Numéros de fax :** 01 45 16 63 92

et 01 45 16 63 94.

- **Informations nécessaires lors de l'appel**

L'assuré doit fournir les informations suivantes, qui lui seront demandées lors de son appel :

- le nom et l'adresse de l'entreprise adhérente au contrat frais de santé AGRICA,
- l'identifiant du contrat,
- son nom et prénom,
- son numéro d'INSEE,
- l'adresse de son domicile,
- le cas échéant, le nom et prénom de la personne qui bénéficiera des prestations,
- le lieu et le numéro de téléphone où il peut être joint, la nature de son problème.

ANNEXE 4 • LISTE DES CONTACTS

Fédération MSA de Haute-Normandie

MSA de l'Eure

32 rue Politzer, 27036 EVREUX CEDEX

Tél : 02 32 23 43 43

Fax : 02 32 28 00 98

Site Internet : <http://www.msa-Haute-Normandie.fr>

MSA de la Seine-Maritime

Cité de l'Agriculture, 76236 BOIS GUILLAUME CEDEX

Tél : 02 35 12 70 70

Fax : 02 35 61 59 55

Site Internet : <http://www.msa-Haute-Normandie.fr>

AGRI PRÉVOYANCE
Groupe AGRICA

21, rue de la Bienfaisance
75382 Paris cedex 08
Tél. : 01 71 21 00 00
Fax : 01 71 21 00 01
www.groupagric.com

AGRI PRÉVOYANCE - institution de prévoyance régie par le Code Rural
Membre du GIE AGRICA GESTION - RCS Paris 493 373 682