

**VRTL SA**

**REGIME  
DE PREVOYANCE  
DU PERSONNEL  
CADRE**

**RESUME DES CONTRATS D'ASSURANCE COLLECTIVE  
N° Z.2851.0001 ET N° Z.2851.0002**

Octobre 2001



---

## 1. PRESENTATION

---

---

### ASSURES

---

Sont obligatoirement présentés à l'assurance tous les membres du personnel *Cadre*, âgés de moins de 65 ans et présents au travail lors de leur admission à l'assurance.

---

### SALAIRE DE BASE

---

Le salaire servant de base au calcul des garanties est divisé en trois tranches :

**TRANCHE A :**

partie du salaire limitée au plafond d'assujettissement à la Sécurité sociale.

**TRANCHE B :**

partie du salaire comprise entre le plafond d'assujettissement à la Sécurité sociale et quatre fois ce plafond.

**TRANCHE C :**

partie du salaire comprise entre quatre fois le plafond d'assujettissement à la Sécurité sociale et huit fois ce plafond.

---

## 2. GARANTIES PREVOYANCE

---

---

### DECES

---

#### *Choix de l'option*

##### A l'initiative de l'adhérent

*L'adhérent a la possibilité de demander par écrit le bénéfice de l'option 2 ou 3 l'une ou l'autre des options entrant alors en vigueur :*

- ◆ *A la date d'admission à l'assurance, pour toute demande reçue dans les 30 jours qui suivent l'admission,*
- ◆ *Le premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande, dans le cas contraire.*

*En toute état de cause, l'option 1 s'applique :*

- ◆ *Lorsque l'adhérent ayant choisi l'option 2, aucun enfant n'est susceptible de bénéficier de la rente éducation.*
- ◆ *Lorsque l'adhérent ayant choisi l'option 3, l'assuré n'a pas de conjoint à la date du décès.*
- ◆ *Lorsque l'adhérent est maintenu en activité après son 65<sup>ème</sup> anniversaire.*

##### A l'initiative du bénéficiaire

*A défaut d'application des dispositions définies ci-dessus :*

- ◆ *Le conjoint non séparé judiciairement lorsqu'il est seul bénéficiaire, peut demander le bénéfice de l'option 2 ou 3,*
- ◆ *Les enfants à charge, dans la mesure où ils sont bénéficiaires et par parts égales peuvent demander le bénéfice de l'option 2. Lorsque ceux-ci ne jouissent pas de la capacité juridique, la demande est effectuée par leur représentant légal.*  
*La demande, effectuée par écrit, doit être reçue par l'assureur dans les deux mois qui suivent le décès de l'adhérent.*

## DECES : OPTION I

---

En cas de décès avant l'âge de 65 ans, versement d'un capital fixé comme suit en fonction du salaire de base (tranches A, B et C) et de la situation de famille :

- Célibataires, veufs, divorcés sans personne à charge	<b>250 %</b>
- Mariés sans personne à charge	<b>350 %</b>
- Célibataires, veufs, divorcés ayant une personne à charge	<b>350 %</b>
- Majoration par personne à charge supplémentaire	<b>100 %</b>

## DECES : OPTION II

---

En cas de décès avant 65 ans d'un assuré ayant au moins un enfant à charge :

- versement d'un CAPITAL fixé à **250 %** du salaire de base (tranches A, B et C) quelle que soit la situation de famille.

### ET

- versement à chaque enfant à charge d'une RENTE annuelle d'éducation fixée comme suit en fonction du salaire de base (tranches A, B et C) :

- jusqu'au 11ème anniversaire	<b>10 %</b>
- du 11ème au 18ème anniversaire	<b>15 %</b>
- du 18ème au 21ème anniversaire	<b>20 %</b>

Au moment du décès de l'assuré, si l'enfant est orphelin de père et de mère, cette rente est doublée.

La rente est versée jusqu'au 26ème anniversaire pour les enfants inscrits à la Sécurité sociale des étudiants et n'exerçant pas une profession à temps complet ou s'ils sont sous contrat d'apprentissage.

### DECES : OPTION III

---

En cas de décès avant l'âge de 65 ans d'un assuré marié avec ou sans enfant à charge,

- versement d'un CAPITAL fixé à **200 %** du salaire de base (tranches A, B et C) quelle que soit la situation de famille de l'assuré.

#### **ET**

- versement d'une RENTE DE CONJOINT viagère est égale à 15 % du salaire de base (tranches A, B et C).

La rente prend effet le lendemain du jour du décès de l'assuré. Elle cesse d'être due à la date de décès du bénéficiaire.

## INVALIDITE PERMANENTE ET TOTALE AVANT 60 ANS

---

En cas d'invalidité permanente et totale, versement anticipé du capital garanti en cas de décès.

Pour la détermination des prestations de l'option I,

le capital des célibataires, veufs et divorcés sans enfant à charge est porté à

**500 %** du salaire de base (Tranches A, B et C).

*Est considéré comme atteint d'invalidité permanente et totale, l'assuré classé par la Sécurité sociale en 3ème catégorie d'invalides (assistance d'une tierce personne) et dont l'état ayant un caractère définitif n'est pas susceptible d'amélioration.*

## ACCIDENT

---

En cas de décès avant l'âge de 65 ans, ou d'invalidité permanente et totale avant l'âge de 60 ans, par suite d'accident (vie privée ou vie professionnelle), versement d'un capital supplémentaire à celui prévu en cas de décès et fixé à :

**200 %** du salaire de base (Tranches A, B et C).

Le capital supplémentaire garanti en cas de décès mission est fixé à :

**300 %** du salaire de base (Tranches A, B et C).

*Par mission, il convient d'entendre tous les déplacements effectués hors de l'établissement par décision de l'employeur. Les garanties demeurent acquises tant pour la durée de la mission que durant le trajet effectué pour se rendre sur les lieux de cette dernière ou en revenir.*

## ASSURANCE DOUBLE EFFET (décès postérieur ou simultané du conjoint)

---

Lorsque le conjoint survivant d'un assuré décédé avant l'âge de 65 ans, décède avant l'âge de 60 ans, versement d'une rente fixée à :

**15 %** du salaire de base (tranches A et B).

Cette rente est versée à chacun des enfants qui étaient à la charge de l'assuré et qui sont encore à la charge du veuf ou de la veuve lors de son décès.

## FRAIS D'OBSEQUES

---

En cas de décès du conjoint ou d'un enfant à charge d'un assuré, versement d'un capital fixé à : **100 %** du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Pour les enfants âgés de moins de 12 ans, ce capital est limité aux frais réellement engagés pour les obsèques.

## INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

---

En cas d'incapacité temporaire totale d'un assuré âgé de moins de 65 ans, reconnue et indemnisée par la Sécurité sociale, versement à compter du 91<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail, d'une indemnité journalière égale à :

**80 %** de la 365<sup>ème</sup> partie du salaire de base (tranches A, B et C) sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale.

## INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

---

En cas d'invalidité permanente d'un assuré âgé de moins de 65 ans, reconnue et indemnisée par la Sécurité sociale, versement d'une rente d'invalidité déterminée comme suit, sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale :

### **Invalidité ne résultant pas d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle**

- l'état de l'assuré ne lui permet pas de se procurer dans une profession quelconque des revenus supérieurs au tiers de ses revenus antérieurs et entraîne le versement par la Sécurité sociale d'une rente au titre de l'invalidité de 1<sup>ère</sup> catégorie :

**48 %** du salaire de base (tranches A, B et C).

- l'état de l'assuré lui interdit absolument et de façon présumée définitive d'exercer toute activité rémunératrice et entraîne le versement par la Sécurité sociale d'une rente, au titre de l'invalidité de la 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie :

**80 %** du salaire de base (tranches A, B et C).

### **Invalidité résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle**

- taux d'invalidité égal ou supérieur à 66 % : **80 %** du salaire de base (tranches A, B et C).
- taux d'invalidité « n » compris entre 33 et 66 % : 3 n/2 de la rente ci-dessus.

*L'indemnité journalière et la rente d'invalidité prévues ci-dessus sont limitées afin que le cumul des prestations perçues par l'assuré (Sécurité sociale, assurances complémentaires, salaire éventuel) n'excède pas 100 % du salaire de base.*

### **ASSURANCE EXONERATION**

---

L'assuré bénéficiant de l'indemnité journalière ou de la rente d'invalidité prévue ci-avant est exonéré du paiement des cotisations proportionnellement à la perte de salaire.

### **REVALORISATION**

---

Les indemnités journalières, les rentes d'invalidité, les rentes d'éducation ainsi que les rentes de conjoint en cours de service sont revalorisées en fonction de l'évolution de la valeur du point du régime AGIRC, par prélèvement sur un fonds constitué à cet effet.

Les capitaux assurés sur la tête des personnes exonérées sont revalorisés dans les mêmes conditions.

---

### 3. ASSURANCE MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE

---

---

#### BENEFICIAIRES

---

- tous les membres du personnel du contractant assurés par le contrat N° A.2757.0001,
- leur conjoint ou concubin notoire,
- les enfants mineurs de l'assuré, non salariés, fiscalement à sa charge, que ces enfants soient légitimes, naturels, reconnus ou recueillis,
- les enfants majeurs de l'assuré, âgés de moins de 28 ans, non salariés, poursuivant leurs études et reconnus à charge par l'administration fiscale,
- les enfants d'un assuré divorcé pour lesquels l'assuré paie une pension alimentaire fiscalement déductible de son revenu,
- les enfants de plus de 18 ans, sous contrat d'apprentissage ou contrat de qualification,
- les enfants de plus de 18 ans qui accomplissent leur service national à la suite de leurs études,
- les enfants incapables de toute activité et titulaires de l'allocation d'études spéciales (A.E.S.) ou de l'allocation aux adultes handicapés (A.A.H.), sans limite d'âge, sous réserve toutefois que leur incapacité ait été reconnue avant 18 ans (ou 26, pour ceux qui poursuivent des études),
- les ascendants à charge fiscale de l'assuré et vivant sous le même toit que ce dernier.

<sup>1</sup> sous réserve de la production d'un certificat de concubinage notoire établi par les mairies pour l'année en cours concernant deux concubins de sexe différent.

**PRESTATIONS ASSUREES, DANS LA LIMITE DES FRAIS REELS**  
à l'exclusion des frais de maternité et de cure thermale

---

**Deux options au choix de l'assuré au moment de l'adhésion :**

Les nouveaux embauchés sont admis à bénéficier de la garantie dès leur entrée en fonctions.

L'adhérent ayant choisi le régime **Option I** peut ultérieurement demander à adhérer au régime **Option II** au 1er janvier de chaque année, moyennant un préavis d'un mois.

En cas de changement de situation de famille de l'adhérent (mariage, divorce, naissance), le régime Option I peut être remplacé par le régime Option II à effet immédiat.

L'adhérent ayant opté pour le régime Option II ne peut plus demander à bénéficier ultérieurement du régime Option I, sauf changement de situation de famille (mariage, divorce, naissance).

Enfin, les ayants droit (conjoint, concubin et enfant(s) à charge) n'ont pas la faculté de choisir leur régime. Il bénéficient automatiquement du même régime que l'assuré.

**REGIME OPTION I**

- **Consultations, visites**
- **Auxiliaires médicaux**
- **Actes de spécialités, petite chirurgie**
- **Analyses, examens radiologiques**

150 % du tarif de convention.

- **Pharmacie** Ticket Modérateur.

- **Chirurgie et hospitalisation chirurgicale**

**- Hospitalisation médicale**

100 % des frais réels sous déduction du  
remboursement de la Sécurité sociale.  
*Maximum : 150 % du tarif de convention.*

Le forfait hospitalier est remboursé  
intégralement par l'assureur.

**- Chambre particulière**

1 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale  
par journée d'hospitalisation, dans la limite  
des frais réels.

**- Lit d'accompagnant**

En cas d'hospitalisation d'un enfant de moins  
de 12 ans, versement d'une indemnité  
journalière destinée à couvrir les frais  
d'accompagnant et limitée à 1 % du plafond  
mensuel de la Sécurité sociale.

**- Soins dentaires**

**- Orthodontie** (acceptée ou refusée par la Sécurité sociale)

**- Orthopédie**

**- Appareillage**

150 % du tarif de convention.

**- Prothèses dentaires** (acceptées ou refusées par la Sécurité sociale)

200 % du tarif de convention.

**- Optique**

. *Verres (la paire) :* 5 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

. *Montures :* 5 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

. *Lentilles (acceptées ou refusées par la Sécurité sociale) :*

5 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

RESUME DES CONTRATS D'ASSURANCE COLLECTIVE  
N° Z.2851.0001ET N° Z.2851.0002

. *Lentilles jetables :*

5 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale par an et par bénéficiaire.

**- Transport**

100 % du tarif de convention.

**PRESTATIONS FORFAITAIRES**

---

**- Maternité**

Versement d'une indemnité forfaitaire égale à 10 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale (doublée en cas de naissance gémellaire).

*Ce versement exclut les remboursement de tous autres frais codifiés par la Sécurité sociale sur ses bordereaux sous la rubrique "maternité".*

**- Cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale**

Versement d'une indemnité forfaitaire égale à 10 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

## REGIME OPTION II

Les garanties décrites ci-dessous se substituent à celles servies au titre du régime option I.

- **Consultations, visites**
- **Auxiliaires médicaux**
- **Actes de spécialités, petite chirurgie**
- **Analyses, examens radiologiques**

400 % du tarif de convention.

- **Pharmacie** Ticket Modérateur.

- **Chirurgie et hospitalisation chirurgicale**
- **Hospitalisation médicale**

100 % des frais réels sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale.

*Maximum : 400 % du tarif de convention.*

Le forfait hospitalier est remboursé intégralement par l'assureur.

- **Chambre particulière**

3 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale par journée d'hospitalisation, dans la limite des frais réels.

- **Lit d'accompagnant**

En cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 12 ans, versement d'une indemnité journalière destinée à couvrir les frais d'accompagnant et limitée à 2 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

RESUME DES CONTRATS D'ASSURANCE COLLECTIVE  
N° Z.2851.0001 ET N° Z.2851.0002

- Soins dentaires
- Orthodontie (acceptée ou refusée par la Sécurité sociale)
- Orthopédie
- Prothèses dentaires (acceptées ou refusées par la Sécurité sociale)
- Appareillage

400 % du tarif de convention.

**- Optique**

. Verres (la paire) : 100 % des frais réels sous déduction du  
remboursement de la Sécurité sociale.

. Montures : 10 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

. Lentilles (acceptées ou refusées par la Sécurité sociale) :

10 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

. Lentilles jetables :

10 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale  
par an et par bénéficiaire.

**- Transport**

100 % du tarif de convention.

**PRESTATIONS FORFAITAIRES**

---

**- Maternité**

Versement d'une indemnité forfaitaire égale à  
25 % du plafond mensuel de la Sécurité  
sociale (doublée en cas de naissance  
gémellaire).

*Ce versement exclut les remboursements de tous autres frais codifiés  
par la Sécurité sociale sur ses bordereaux sous la rubrique  
"maternité".*

**- Cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale**

Versement d'une indemnité forfaitaire égale à 15 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

---

Lorsque le conjoint ou le(a) concubin(e) n'est pas assuré social, les prestations du présent contrat sont calculées de façon à correspondre à celles qui seraient versées s'il était affilié à la Sécurité sociale.

**Nota** : Conformément à la Loi Evin, en cas de cessation du contrat de travail (licenciement, préretraite, retraite) ou en cas de décès de l'assuré, la garantie *Médico-Chirurgicale* peut être maintenue à l'ensemble des bénéficiaires, s'ils en font la demande dans les 6 mois suivant l'événement. Les conditions de ce maintien sont tenues à disposition auprès de l'entreprise contractante.

---

#### **4. RISQUES ASSURES - RISQUES EXCLUS**

---

La Société suisse garantit tous les risques couverts par le régime de Prévoyance de votre société.

Toutefois, les causes ci-après peuvent faire l'objet de restrictions ou d'exclusions.

#### **EXCLUSIONS OU RESTRICTIONS COMMUNES A TOUS LES RISQUES DE DECES ET D'INVALIDITE PERMANENTE ET TOTALE**

---

##### *Risque d'aviation*

Les risques résultant d'un accident de navigation aérienne ne sont couverts que si la personne assurée se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmée, ce pilote pouvant être la personne assurée elle-même ; les matches, paris, courses, acrobaties aériennes, records, tentatives de records ou essais préparatoires ainsi que les essais de réception sont exclus de la garantie.

Est assimilée à la navigation aérienne, l'utilisation :

- d'ultra légers motorisés ;
- d'ailes volantes (delta plane) et de parachutes pour autant que ces appareils soient en conformité avec les normes existantes.

##### *Suicide*

Aucune prestation d'assurance n'est exigible si la personne assurée se donne volontairement et consciemment la mort, au cours des deux premières années d'assurance acquises dans le présent contrat et, éventuellement dans le précédent régime d'assurance Décès souscrit par votre société.

### Risque de guerre

La couverture du risque de guerre ne pourra être accordée que dans les conditions qui seront déterminées par la législation française à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre.

Par guerre on entend tout conflit armé se déroulant sur le territoire français ou dans lequel la France est une des parties belligérantes.

### Décès du fait du bénéficiaire

La garantie cesse ses effets à l'égard du bénéficiaire lorsqu'il a volontairement provoqué la mort de l'assuré. Le capital garanti est alors reporté sur le bénéficiaire suivant dans l'ordre de la désignation.

## **EXCLUSIONS OU RESTRICTIONS COMPLEMENTAIRES PROPRES A CHAQUE RISQUE**

---

### Invalidité permanente et totale

Sont exclues les invalidités provoquées intentionnellement par la personne assurée en se blessant elle-même ou en tentant de se suicider.

### Décès accidentel - Invalidité permanente et totale par suite d'accident

La garantie supplémentaire en cas d'accident n'est accordée que si le décès ou l'invalidité survient dans les 12 mois suivant le jour de l'accident.

Sont exclus également de la présente garantie, les sinistres ayant été provoqués par une des causes suivantes :

- guerre étrangère, guerre civile, émeute, insurrection, rixe, acte de terrorisme, si la personne y a pris une part active et volontaire. Il est précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel sont garantis ;

- pilotage d'un Ultra Léger Motorisé ;
- utilisation d'une aile volante ou d'un parachute ;
- courses, matches, paris, sauf compétitions sportives normales auxquelles l'assuré prendrait part à titre d'amateur ;
- ivresse de l'assuré (alcoolémie supérieure ou égale à 0,80 g/l) ;
- usage de stupéfiants ou de tranquillisants en quantité non prescrite médicalement.

### *Incapacité temporaire - Invalidité permanente*

Les congés sans solde ainsi que les arrêts de travail correspondants au congé légal de maternité n'ouvrent pas droit aux prestations de la présente assurance.

Tous les arrêts de travail et invalidités sont garantis, à l'exception de ceux résultant :

- des maladies ou accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ainsi que les tentatives de suicide ou de mutilation volontaire ;
- des faits de guerre étrangère ou guerre civile, d'émeute ou d'insurrection, de rixe et d'acte de terrorisme, si la personne y a pris une part active et volontaire. Il est précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel sont garantis ;
- de blessures ou lésions provenant de courses, matches ou paris, sauf compétitions sportives normales auxquelles l'assuré prendrait part à titre d'amateur ;
- de modifications de la structure du noyau atomique ;
- de radiations ionisantes, quelles qu'en soient la provenance et l'intensité, auxquelles seraient exposés les assurés, même par intermittence, en raison et au cours de leur activité professionnelle ;
- d'un accident dû à l'ivresse (alcoolémie de taux supérieur ou égal à 0,80 g/l) ou à l'usage de stupéfiants ou tranquillisants en quantité non prescrite médicalement.

Les risques de navigation aérienne sont couverts dans les mêmes conditions que pour l'assurance décès

RESUME DES CONTRATS D'ASSURANCE COLLECTIVE  
N° Z.2851.0001ET N° Z.2851.0002

*Médico-Chirurgicale / Maternité*

- Les frais engagés avant la date d'entrée en vigueur ou après la cessation des garanties à l'égard de la personne assurée.
- Les cures de rajeunissement, les traitements esthétiques, les séjours à la campagne, à la mer ou à la montagne (sauf sanatorium, préventorium ou aérium).

---

## 5. DOSSIERS DE REGLEMENT DES PRESTATIONS

---

à présenter par l'intermédiaire de VRTL SA

**IMPORTANT** : *Contrat N° A.2757 à rappeler dans toute correspondance*

*La Société suisse procède au règlement des prestations après vérification que le sinistre ne résulte pas d'un des risques exclus indiqué au contrat et sur présentation des pièces suivantes :*

---

### DECES

---

- acte de décès, ou fiche individuelle d'état civil, au nom de l'assuré, portant la mention marginale "décédé" et la date du décès,
- certificat médical précisant la cause du décès ou indication de cette cause telle qu'elle a été portée à la connaissance des ayants-droit,
- rapport de police ou extrait de presse prouvant l'origine accidentelle du décès,
- justification des personnes à charge,
- attestation de salaire.

---

### INCAPACITE DE TRAVAIL

---

- certificat médical prescrivant l'arrêt de travail et en précisant la cause,
- décompte de la Sécurité sociale mentionnant les indemnités journalières versées par cet organisme,
- attestation de salaire.

## INVALIDITE

---

- certificat médical précisant la nature de l'invalidité,
- notification du taux d'invalidité reconnu par la Sécurité sociale et, le cas échéant, de la catégorie d'invalides dans laquelle est classé l'assuré,
- talon de mandat de la Sécurité sociale justifiant le paiement de la pension ou de la rente d'invalidité.

## REMBOURSEMENT DES FRAIS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

---

En vue d'obtenir le règlement rapide de vos dossiers, il est recommandé de fournir, pour chaque dossier, les documents suivants, et d'adresser votre demande à l'adresse ci-dessous :

**LATOURE GESTION – 12, rue Richelieu –75439 PARIS Cedex 09**  
**Tél 08.21.23.12.12 - Fax 01.42.46.07.81**

*Si vous avez opté pour le système « NOEMIE »*

Votre centre de Sécurité sociale communiquera directement à LATOUR GESTION, par télétransmission, le montant de vos frais et de son remboursement. Il l'indiquera sur le décompte qu'il vous adressera avec un message du type suivant :

*Il est inutile de présenter ce document à votre organisme complémentaire Latour Gestion, nous l'avons directement des prestations que nous vous avons remboursées.*

RESUME DES CONTRATS D'ASSURANCE COLLECTIVE  
N° Z.2851.0001ET N° Z.2851.0002

Certains types de dépenses et de prestations particulières nécessitent néanmoins l'envoi de justificatifs que vous devrez adresser à LATOUR GESTION :

- Factures détaillées des frais dentaires et des frais d'optiques,
- Facture de l'établissement hospitalier en cas d'hospitalisation n'ayant pas fait l'objet d'une prise en charge par LATOUR GESTION.

*Si vous n'avez pas opté pour le système « NOEMIE »*

Les documents suivants sont à adresser à LATOUR GESTION :

- Les décomptes originaux des règlements de la Sécurité sociale, ou éventuellement les décomptes originaux établis par d'autres organismes ayant servi des prestations au titre de tout régime complémentaire.
- La notification de refus de prise en charge par la Sécurité sociale pour la prise en charge des frais n'ayant pas donné lieu à remboursement par la Sécurité sociale.
- Les pièces justificatives du montant des frais engagés lorsque ces derniers dépassent le tarif de convention de la Sécurité sociale (note d'honoraires, factures <sup>2</sup>, etc...)

<sup>2</sup> précisant :

pour les prothèses dentaires : nombre de dents, codification des actes,  
pour les frais d'optique : prix séparé des verres et de la monture,  
pour les cures thermales : transport, hébergement

## MATERNITE

---

Fiche individuelle d'état civil du nouveau-né.

## DECLARATION DES SINISTRES

---

La déclaration des sinistres doit être effectuée le plus rapidement possible et dans un délai maximum de :

- trois mois décomptés à partir de l'expiration de la période de franchise pour la garantie incapacité de travail,
- trois mois suivant la date de cessation des soins (ou à la fin de chaque période de trois mois en cas de maladie de longue durée) pour la garantie Maladie-Chirurgie.

---

**Cette notice n'est qu'un résumé des contrats d'assurance collective souscrits  
par VRTL SA.  
Les dispositions de ces contrats font seules la loi entre les parties**