

## FICHE CANDIDAT

### CAS TARRÈRE

Vous êtes chargé(e) de clientèle chez un courtier, Monsieur Max.

Vous recevez Madame Tarrère, veuve depuis 6 mois.

Elle a 2 enfants de 6 et 8 ans.

Ne bénéficiant plus de la complémentaire santé de son mari, elle souhaite souscrire un contrat chez vous.

Vous la conseillez au mieux.

Monsieur Tarrère était un de vos assurés mais vous n'aviez jamais rencontré sa femme.

#### **Annexes :**

- 1) 1 contrat santé type (2 pages)
- 2) Proposition de 2 tarifs (3 pages)

**B.P.**

Spécialité : ASSURANCE

Code Spécialité :

Durée :  
20' + 20'

Session  
2006

Épreuve : Communication Professionnelle orale

N° Sujet : 5

Coefficient :  
2

Folio  
1 / 6

## Annexe 1

### Extraits d'un contrat santé type

#### **CHAPITRE III - PRESTATIONS - RISQUES EXCLUS**

##### *ARTICLE 3-1 : Montant des prestations*

Le présent contrat couvre les frais de soins :

1 - Seuls les actes pris en charge par la Sécurité sociale donneront lieu à remboursement au titre de la présente adhésion, sauf dérogation indiquée au tableau des prestations ci-dessous ou au certificat d'adhésion.

2 - Les prestations garanties sont servies dans les conditions fixées au certificat d'adhésion et la réglementation des prestations en nature du régime de Sécurité sociale en vigueur à la date d'adhésion. La nature, le montant et les maxima des prestations sont précisés dans le tableau des prestations figurant page suivante.

• OPTION 100 : prise en charge des frais de santé exposés à l'occasion d'un accident, d'une maladie garantis ou d'une maternité (en dehors des frais liés à l'accouchement), en remboursant la différence entre le tarif de base Sécurité sociale et le remboursement effectué par le Régime de Sécurité sociale auquel est assujéti chaque assuré.

• OPTIONS 200 et 300 : prise en charge des frais de santé exposés à l'occasion d'un accident, d'une maladie garantis ou d'une maternité (en dehors des frais liés à l'accouchement) en complétant, selon l'option choisie, les prestations versées par le Régime de Sécurité sociale auquel est assujéti chaque assuré.

3 - Frais liés à l'accouchement ainsi que ceux liés aux cures thermales.

Ces frais donnent lieu au paiement d'un forfait fixé en fonction de l'option choisie. Le paiement de ce forfait exclut le remboursement de tout autre frais de cette nature. En particulier, les frais de chambre particulière lors du séjour hospitalier pour l'accouchement ne feront l'objet d'aucun remboursement.

4 - Montant maximum d'indemnisation.

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les garanties de même nature, contractées auprès de plusieurs organismes assureurs, produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

5 - Changement d'option.

En cas de réalisation d'un «événement familial» (mariage, naissance, décès, chômage...) et sur présentation d'un justificatif, l'adhérent peut changer de niveau d'option en cours d'année d'assurance pour des garanties qui peuvent être supérieures ou inférieures à celles en vigueur. La modification est effective à compter du 1<sup>er</sup> du mois qui suit la réception de la demande. En dehors de ces événements, le changement d'option est possible uniquement pour une option supérieure et s'effectue à la date de renouvellement annuel (1<sup>er</sup> janvier).

##### *ARTICLE 3-2 - Délais de carence*

Les garanties de votre adhésion ainsi que celles prévues par avenant sont acquises :

• immédiatement pour les accidents,

• après un délai de carence de 3 mois à partir de la prise d'effet de l'adhésion pour les maladies, l'hospitalisation non consécutive à un accident, les soins dentaires, l'optique. Les garanties sont toutefois acquises immédiatement pour les dépenses suivantes : pharmacie, consultations, visites, auxiliaires médicaux, radiologie, orthopédie, analyses, transport en ambulance. Ce délai est porté à 6 mois pour les cures thermales, 9 mois pour la maternité, 12 mois pour les prothèses dentaires et l'orthodontie.

Les délais de carence de trois, six, neuf et douze mois sont abrogés si l'assuré justifie d'un certificat de radiation datant de moins de trois mois et si la date d'adhésion suit immédiatement la date de radiation (dans ce cas il y a obligatoirement continuité de la garantie et les cotisations sont exigées à compter de la date de résiliation du précédent contrat).

Il n'y a pas de délais de carence pour les nouveau-nés si l'adhérent demande à les assurer dans les 90 jours suivant la naissance dans la mesure où les garanties sont acquises par l'adhérent (délais de carence arrivés à terme ou abrogés).

##### *ARTICLE 3-3 - Risques exclus*

**Ne sont pas prises en charge les dépenses de santé résultant (à moins qu'elles ne soient prises en charge par le Régime de Sécurité sociale) :**

1 - du fait intentionnel de l'assuré ;

2 - d'une cause non liée directement à une maladie ou un accident, tels que les cures de rajeunissement, amaigrissement, traitements esthétiques, transformations sexuelles, traitements par psychanalyse ;

3 - de séjours en maisons de retraite, services de gérontologie et de gériatrie ;

4 - du forfait hospitalier acquitté à l'occasion d'un séjour en établissement ou service pour maladie nerveuse, mentale ou psychiatrique ;

5 - directement ou indirectement du fait de guerres civiles ou étrangères.

##### *ARTICLE 3-4 - Limite territoriale*

La garantie s'exerce en France et dans les Départements d'Outre Mer. Les frais médicaux résultant d'un accident ou d'une maladie à l'étranger seront pris en charge si le Régime de Sécurité sociale intervient. Le versement des prestations est effectué en euros.

**ARTICLE 3-5 - Formalités de règlement des prestations**

1 - Les demandes de prestations doivent être accompagnées des pièces et justificatifs originaux suivants (voir tableau ci-après) :

a) le décompte original des prestations en nature, établi par l'organisme gestionnaire du régime de Sécurité sociale,

b) et, le cas échéant, toute pièce justificative des dépenses réelles : factures détaillées (établie sur papier à en-tête du praticien ou de l'établissement, revêtue de sa signature et portant mention des nom, prénom de l'assuré et du bénéficiaire), notes d'honoraires...

2 - En cas d'hospitalisation, médicale ou chirurgicale, une demande de prise en charge du ticket modérateur et du forfait hospitalier doit être adressée à la compagnie d'assurances

3 - Le remboursement des frais est suspendu à compter du jour où l'intéressé ne remplit plus les conditions prévues par l'adhésion.

4 - Le remboursement des frais est effectué dans le délai maximum de 48 heures - jours ouvrés, délais postaux et délais de virements interbancaires non compris - après réception des documents et pièces justificatives nécessaires au règlement (sauf cas exceptionnels ou demande de modification).

**ARTICLE 3-6 - Délai de déclaration des sinistres**

Les demandes de prestations doivent être produites dans un délai maximum de 6 mois à partir de la date d'envoi du décompte de la Sécurité sociale, date à laquelle l'assuré peut prétendre aux prestations :

Ce délai est également applicable pour le versement des forfaits.

## Annexe 2

### Tarifs comparatifs \*

	LARASSUR	POURVIA
Prime mensuelle	195 euros	225 euros
La formule de garanties	Formule C	Option 300
Le détail des garanties	Les remboursements sont exprimés en pourcentage du tarif de convention de la Sécurité Sociale en vigueur au 01/02/2003 sauf précision et incluent les prestations versées par la Sécurité Sociale. Le montant maximum remboursé et les éventuelles conditions de remboursement sont par ailleurs précisés. Le cumul des remboursements SS + assureur ne peut pas dépasser les frais réels engagés.	
<b>CHEZ LE DENTISTE</b>		
Prothèse dentaire	Acceptée par la Sécurité Sociale : 200 % + remboursement supplémentaire de 75 % après 4 ans	Acceptée ou refusée par la Sécurité Sociale : 300 % avec un plafond par assuré et par an de 1068 €
Orthodontie	Acceptée par la Sécurité Sociale : 200 % + remboursement supplémentaire de 75 % après 4 ans	Acceptée par la Sécurité Sociale : 250 %
Soins dentaires	200 % + remboursement supplémentaire de 75 % après 4 ans	250 %
<b>CHEZ L'OPTICIEN</b>		
Verres	Acceptés par la Sécurité Sociale : 200 % + forfait de 165 € par an et par bénéficiaire + forfait supplémentaire de 75 € après 4 ans Forfait commun au poste « optique »	300 %
Lentilles	Acceptées par la Sécurité Sociale : 200 % + forfait de 165 € par an et par bénéficiaire (y compris lentilles non remboursées par la Sécurité Sociale et opération de la myopie) + forfait supplémentaire de 75 € après 4 ans Forfait commun au poste « optique »	Acceptées ou refusées par la Sécurité Sociale : participation jusqu'à 153 € (Forfait spécifique Lentilles)
Montures	Acceptées par la Sécurité Sociale : 200 % + forfait de 165 € par an et par bénéficiaire + forfait supplémentaire de 75 € après 4 ans Forfait commun au poste « optique »	Acceptées par la Sécurité Sociale : participation jusqu'à 153 € (Forfait spécifique Montures)

\* Ces tarifs s'entendent pour un souscripteur et deux enfants.

**A LA PHARMACIE**

Médicaments	100 % des frais engagés pour les médicaments et homéopathie pris en charge par la Sécurité Sociale	100 % des frais engagés pour les médicaments et homéopathie pris en charge par la Sécurité Sociale
Vaccins	Forfait de 31 € par an et par bénéficiaire	Remboursement intégral de tous les vaccins

**CHEZ LE MEDECIN**

Consultations	150 %	250 %
Radiologie	150 %	250 %
Analyses	150 %	250 %

**A L'HOPITAL**

Médicale ou chirurgicale	Frais de séjour en établissement conventionné : 100 % des frais engagés Frais de séjour en établissement non conventionné : 200 % Intervention chirurgicale en établissement conventionné ou non : 200 %	250 %
Prise en charge du forfait hospitalier	100 % des frais engagés dès le 1 <sup>er</sup> jour d'hospitalisation et sans limitation de durée	100 % des frais engagés dès le 1 <sup>er</sup> jour d'hospitalisation et sans limitation de durée
Chambre particulière	Etablissement conventionné : 100 % des frais engagés sans limitation de durée Etablissement non conventionné : montant maximum remboursé par jour = 31 €	Montant maximum remboursé par jour : 61 €
Lit accompagnant	Montant maximum remboursé par jour = 20 € uniquement si la personne hospitalisée est un enfant de moins de 12 ans. Durée limitée à 15 jours.	100 % des frais engagés si la personne hospitalisée est un enfant de moins de 12 ans
Les cures thermales	150 % + forfait de 165 € par an et par bénéficiaire	100 % des frais engagés si la personne hospitalisée est un enfant de moins de 12 ans
La maternité	Forfait par enfant de 165 €	Forfait par enfant de 305 €
Transport en ambulance	150 %	250 €
<b>LES CONDITIONS DE SOUSCRIPTION</b>		
Questionnaire médical	Non requis	Non requis

Délais d'attente

Aucun délai d'attente

Vous êtes actuellement assuré au titre d'une complémentaire santé et vous souhaitez changer de contrat. Aucun délai d'attente.

Garantie à vie

Oui

Oui

**LES SERVICES**

- Avantages de la carte blanche
- Assistance
- Allocation obsèques : allocation forfaitaire de 511 €

Remboursement rapide grâce à la télétransmission avec la Sécurité Sociale.

Paiement mensuel sans frais.  
Carte Santé Pharma offerte (Tiers payant pharmacie par les TS)