



SERVICES CULTURE ÉDITIONS
RESSOURCES POUR
L'ÉDUCATION NATIONALE

**Ce document a été numérisé par le CRDP de Lille pour la
Base Nationale des Sujets d'Examens de l'enseignement professionnel**

Ce fichier numérique ne peut être reproduit, représenté, adapté ou traduit sans autorisation.

COMMUNICATION PROFESSIONNELLE ORALE – SUJET N° 1

FICHE CANDIDAT

SITUATION

Vous êtes chargé(e) de clientèle dans l'agence de Monsieur Blain à Lyon.

Monsieur Bellandi a souhaité vous rencontrer.

Vous le connaissez peu. C'est sa femme qui s'occupait d'habitude des contrats de la famille.

Monsieur Bellandi vient de divorcer et ne bénéficie plus de la complémentaire santé de sa femme qui travaille dans un organisme de formation.

La garde des enfants a été confiée à Monsieur qui restera dans la maison qu'il souhaite agrandir pour y installer son bureau.

Il souhaite nommer les enfants sur sa complémentaire santé. Vous lui proposerez le contrat santé adapté à ses besoins.

DOCUMENTS FOURNIS

Annexes 1 et 1 bis : Extrait d'un contrat type

Annexes 2, 2 bis et 2 ter : Proposition tarifaire

Annexes 3 et 3 bis : Garanties accidents de la vie

B.P.	Spécialité : ASSURANCE	Code Spécialité :	Durée :	Session
			20' + 20'	2010
Épreuve : E32 – Communication professionnelle - ORALE			Coefficient:	Folio
N° Sujet : 1				1 / 8

ANNEXE 1

EXTRAIT D'UN CONTRAT SANTÉ TYPE

CHAPITRE III – PRESTATIONS – RISQUES EXCLUS

ARTICLE 3-1 : Montant des prestations

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.

• 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 résiliation 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^{er} 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 (1^{er} 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 els dépenses suivantes : pharmacie, consultations, visites, auxiliaires médicaux, radiologie, orthopédie, analyses, transport en ambulance. Ce délai est porté à 6 mois pour els 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 els 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, service 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.

B.P.

Spécialité : **ASSURANCE**

Code Spécialité :

Durée :
20' + 20'

Session
2010

Épreuve : **E32 – Communication professionnelle - ORALE**

N° Sujet : **1**

Coefficient:

Folio
2 / 8

ANNEXE 1 bis

EXTRAIT D'UN CONTRAT SANTÉ TYPE

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 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.

Base Nationale des Sujets d'Examens de l'enseignement Professionnel
Réseau SCÉRÉN

B.P.	Spécialité : ASSURANCE	Code Spécialité :	Durée : 20' + 20'	Session 2010
Épreuve : E32 – Communication professionnelle - ORALE			Coefficient:	Folio 3 / 8
N° Sujet : 1				

ANNEXE 2

Prime mensuelle	195 euros	225 euros
La formule de garanties	Option 200	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.	
CHEZ LE DENTISTE		
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 1 068 €
Orthodontie	Acceptée par la Sécurité sociale : 200 % + remboursement supplémentaire de 75 % après 4 ans	Acceptée par la Sécurité sociale : 250 % + remboursement supplémentaire de 75 % après 4 ans
Soins dentaires	200 % + remboursement supplémentaire de 75 % après 4 ans	250 % + remboursement supplémentaire de 75 % après 4 ans
CHEZ L'OPTICIEN		
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 % + forfait de 165 € par an et par bénéficiaire + forfait supplémentaire de 75 € après 4 ans Forfait commun au poste « optique »
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 par la Sécurité sociale : 250 % + 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 » Participation supplémentaire 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 : 200 % + forfait de 165 € par an et par bénéficiaire + forfait supplémentaire de 75 € après 4 ans Forfait commun au poste « optique » Participation supplémentaire jusqu'à 153 € (forfait spécifique Montures)

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

B.P.

Spécialité : **ASSURANCE**

Code Spécialité :

Durée :
20' + 20'

Session
2010

Épreuve : **E32 – Communication professionnelle - ORALE**

N° Sujet : **1**

Coefficient:

Folio
4 / 8

ANNEXE 2 bis

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		
	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 ^{er} jour d'hospitalisation et sans limitation de durée	100 % des frais engagés dès le 1 ^{er} 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 €
LES CONDITIONS DE SOUSCRIPTION		
Questionnaire médical	Non requis	Non requis

B.P.

Spécialité : **ASSURANCE**

Code Spécialité :

Durée :
20' + 20'

Session
2010

Épreuve : **E32 – Communication professionnelle - ORALE**

N° Sujet : **1**

Coefficient:

Folio
5 / 8

ANNEXE 2 ter

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 pour les TS)

Base Nationale des Sujets d'Examens de l'enseignement professionnel
Réseau SCÉRÉN

B.P.

Spécialité : **ASSURANCE**

Code Spécialité :

Durée :
20' + 20'

Session
2010

Épreuve : **E32 – Communication professionnelle - ORALE**

N° Sujet : **1**

Coefficient:

Folio
6 / 8

ANNEXE 3

GARANTIE DES ACCIDENTS DE LA VIE

Ça n'arrive qu'aux autres ! Une chute dans l'escalier, une brûlure de barbecue ? un attentat terroriste, une infection hospitalière qui ne guérit pas...

En une seconde, votre vie peut basculer !

Vous découvrez alors que, si la garantie Responsabilité civile de votre assurance Multirisque habitation, couvre bien les dommages que vous causez à autrui, pour vous en revanche, rien n'est prévu.

... votre maison et votre voiture sont assurées, vos enfants non !

Saviez-vous que 80 % des incapacités permanentes sont évaluées à moins de 10 % (un pouce sectionné par exemple : 8 %) et que la plupart des compagnies n'interviennent qu'au-delà de ce seuil..

Grâce à sa Garantie des Accidents de la Vie, la TROIZESS est à vos côtés quand l'imprévisible se produit.

NOUS GARANTISSONS :

Les accidents de la vie privée

- Accidents domestiques
- Accidents survenus à l'occasion d'activités scolaires, de loisir ou touristiques
- Événements naturels et catastrophes industrielles
- Morsures et piqûres d'animaux
- Accidents causés par la foudre et l'électricité
- Asphyxie
- Empoisonnements et intoxication alimentaire
- Brûlures (sauf dues au soleil)

Nous ne garantissons pas le risque de guerre ou d'accident nucléaire, les maladies n'ayant pas pour origine un événement garanti, les accidents cardio-vasculaires et cérébraux, les accidents du travail et les accidents de voiture.

Les accidents dus à des attentats ou à des infractions

Nous sommes entrés dans une ère de dangers où nul n'est à l'abri d'un attentat terroriste. Dans ce cas les indemnisations publiques sont souvent très longues à arriver. La TROIZESS est présente à vos côtés dès le premier mois pour que la vie continue.

Les accidents médicaux

Nous couvrons les conséquences dommageables pour votre santé survenues à l'occasion d'une opération chirurgicale ou de toute autre forme de traitement, à condition que ces conséquences soient indépendantes de l'affection en cause et de votre état antérieur.

B.P.

Spécialité : **ASSURANCE**

Code Spécialité :

Durée :
20' + 20'

Session
2010

Épreuve : **E32 – Communication professionnelle - ORALE**

N° Sujet : **1**

Coefficient:

Folio
7 / 8

ANNEXE 3 bis

NOUS INTERVENONS

Par le versement d'indemnités pouvant atteindre **1 million d'Euros** (jusqu'au double si l'assuré est mineur) :

- En cas de décès, le conjoint de la victime, ses enfants ou ayants droit sont bénéficiaires d'indemnités pour compenser le préjudice économique résultant de la perte de revenus du défunt.

Nous prenons également en charge :

- Le préjudice physiologique résultant d'une incapacité permanente, nous pouvons intervenir à partir de 1 % d'invalidité permanente.
- Le préjudice moral
- Le préjudice esthétique permanent résultant d'un accident
- L'indemnisation des souffrances endurées
- Les frais d'une tierce personne

Nous faisons plus qu'indemniser notre assuré, nous l'aidons également à réorganiser son cadre de vie après l'accident : dès lors qu'un handicap nécessite de manière définitive une assistance technique humaine, la TROIZESS met à disposition de l'assuré une **équipe pluridisciplinaire** (experts, médecins, ergothérapeutes, architectes...) pour l'aider à retrouver un maximum d'autonomie : aménagement du domicile ou transformation du véhicule.

C'est toute une gamme de services que nous mettons en place dans ces moments difficiles :

- Aide ménagère
- Services à domicile
- Soutien scolaire
- Garde d'enfants
- Garde d'animaux
- Assistance en cas d'accident loin du domicile
- Soutien psychologique

NOS TARIFS

Tarifs mensuels en Euros sur 12 mois

	L'ESSENTIEL (1)	PROTECTION MAXIMALE (2)
Formule familiale	15 Euros	20 Euros
Formule individuelle	7,5 euros	10 Euros

(1) Ne couvre que les conséquences les plus graves d'un accident (à partir de 30 % d'I.P.P.)

(2) couvre toutes les conséquences mêmes légères d'un accident (dès 1 % d'IP.P.)

B.P.

Spécialité : **ASSURANCE**

Code Spécialité :

Durée :
20' + 20'

Session
2010

Épreuve : **E32 – Communication professionnelle - ORALE**

N° Sujet : **1**

Coefficient:

Folio
8 / 8