

CONDITIONS PARTICULIERES DE LA NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT COMPLEMENTAIRE SANTE N° 3640/200492 ANNEXES AUX CONDITIONS GENERALES DE LA NOTICE D'INFORMATION « SANTE »

CONTACT

Conseiller : MERCER
Service de gestion
Unité de gestion : J3

CONTRACTANTES

Contrat souscrit par les sociétés du groupe
EURO DISNEY figurant en annexe

CONTRAT

N° contrat : 3640/200492

Date d'effet : 1^{er} janvier 2026

Réf. Conditions Générales de la notice d'information : n° 3370-229950-072025

Ce document est édité en complément de celui intitulé « Conditions Générales de la notice d'information Santé » auquel il est annexé.

Réf. Annexe aux Conditions générales Santé Services d'assistance : n° 3375-238392-062022

GARANTIES RETENUES

Le contrat prévoit 2 formules de garanties, à savoir :

- la formule Socle (dénommée aussi « Base ») prévue aux conditions générales applicable à l'ensemble des membres du personnel affiliés ainsi qu'à leurs ayants droit s'ils sont inscrits au contrat.
- une autre formule de garanties améliorant pour certains actes ou frais, les remboursements et prestations de la formule Socle.

Cette formule complémentaire est dénommée ci-après sous le terme « Option ».

Chaque membre du personnel affilié a la faculté de souscrire à titre personnel et complémentaire, tant pour lui-même que pour l'ensemble de ses ayants droit inscrits au contrat, à cette option.

Le choix de la formule de garanties est effectué conformément au paragraphe « Choix de la formule de garanties » de l'article « Prise d'effet de l'affiliation – Prise d'effet des garanties – Choix de la formule de garanties » des conditions générales.

Toutefois par dérogation au paragraphe « Choix de la formule de garanties » de l'article « Prise d'effet de l'affiliation – Prise d'effet des garanties – Choix de la formule de garanties » précité :

- Tout nouvel embauché dispose de 3 mois à compter de la date de son embauche pour adhérer à la formule optionnelle. L'adhésion à cette formule est rétroactive à la date d'embauche.
- Ultérieurement, l'affilié conserve la possibilité de changer de formule de garanties ou de résilier la formule optionnelle précédemment souscrite, tant pour lui-même que pour ses ayants droit inscrits au contrat, uniquement :
 - en cas de modification, dûment justifiée, de sa situation de famille (en cas de mariage, de conclusion d'un PACS, de concubinage, de divorce, rupture du PACS ou cessation du concubinage, décès du conjoint, partenaire du PACS ou concubin, naissance d'enfant, perte de la qualité d'ayant droit d'un enfant,...),
 - ou en cas de surendettement reconnu et dûment justifié,
 le changement de formule de garanties prendra alors effet le 1^{er} jour du mois suivant la date de réception de la demande par l'assureur.

Les garanties « Naissance – Adoption » et « Cure thermique » sont également souscrites.

Le contrat prévoit également des services d'assistance accordés par Mutuaide Assistance et définis dans l'annexe intitulée « Services d'assistance ».



CATEGORIE BENEFICIAIRE

Le contrat est souscrit dans les conditions de l'article « Affiliation du personnel - Personnes assurées » des conditions générales, au profit de la catégorie bénéficiaire suivante :

- Ensemble du personnel

Chacun des salariés et anciens salariés est désigné par le terme « Affilié ».

PERSONNES ASSUREES

1- Enfant à charge

Par dérogation aux conditions générales, pour l'application des garanties du contrat, sont considérés comme enfants à charge les enfants de l'affilié, de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin :

- âgés de moins de 18 ans bénéficiant du régime obligatoire de protection sociale à titre personnel ou en qualité d'ayant droit,
- âgés de moins de 26 ans à la charge du foyer fiscal de l'affilié ou de son concubin en raison de sa prise en compte dans le quotient familial au titre de l'impôt sur le revenu ou ouvrant droit à déduction fiscale au titre d'une pension versée volontairement ou sur décision de justice,
- quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) au sens de la législation fiscale, pris en compte dans le calcul du quotient familial, ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable, ou bénéficiaires d'une pension alimentaire que l'affilié est autorisé à déduire de son revenu imposable.

2- Personnes garanties

Les garanties du contrat sont accordées :

- à l'affilié et à ses ayants droit tels qu'ils sont définis au contrat (catégorie « **Famille** »).

MONTANT DES PRESTATIONS

Les prestations versées par l'assureur indiquées dans le tableau des garanties ci-après sont exprimées en complément des remboursements du régime obligatoire de protection sociale. Elles n'intègrent donc pas les remboursements du régime obligatoire de protection sociale et s'ajoutent à ceux-ci.

Les prestations versées, cumulées à celles du régime obligatoire de protection sociale, sont limitées en tout état de cause aux frais réellement engagés par l'affilié ou par ses ayants droit.

Les conditions et limites de remboursement exposées aux conditions générales sont prises en considération dans le décompte des remboursements dus par l'assureur.

Signification des abréviations utilisées par l'assureur dans le tableau ci-après :

BR :	Base de remboursement du RO telle que définie aux conditions générales.
DPTAM :	Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée qui comprennent l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) et l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée-Chirurgie et Obstétrique) tels que définis aux conditions générales.
FR :	Frais réellement engagés par la personne garantie sous déduction du remboursement du RO.
PMSS :	Plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur lors de l'événement ouvrant droit aux prestations (4 005 € en 2026). Ainsi en 2026, 1% PMSS égal 40,05€. L'évolution de ce plafond peut être obtenue en consultant le site internet de la Sécurité sociale à l'adresse suivante : https://www.securite-sociale.fr/la-secu-et-vous/baremes .
TM :	Ticket modérateur tel que défini aux conditions générales.
RO :	Régime obligatoire de protection sociale tel que défini aux conditions générales.
Rbt RO :	Remboursement du Régime obligatoire de protection sociale.



DESIGNATION DES ACTES			PRESTATIONS (en complément du Rbt RO) 100 % DES FR LIMITES A :	
			Formule socle	Option (y compris la formule socle)
HOSPITALISATION				
Honoraires	Médecin adhérent à un DPTAM		100 % TM + 180 % BR	100 % FR
	Médecin non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionné)		100 % TM + 100 % BR	
Actes chirurgicaux	Médecin adhérent à un DPTAM		100 % TM + 180 % BR	100 % FR
	Médecin non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionné)		100 % TM + 100 % BR	
Forfait journalier hospitalier ¹ non pris en charge par le RO			100% FR	
Frais de séjour	Etablissement conventionné		200 % BR	100 % FR limités à 400 % BR
	Etablissement non conventionné		200 % BR	90 % FR limités à 400 % BR
Chambre particulière non prise en charge par le RO, par jour	Etablissement conventionné		50 €	200 €
	Etablissement non conventionné		-	200 €
Frais de transport du malade en véhicule sanitaire			100 % FR	
Frais d'accompagnant en cas d'hospitalisation d'un enfant à charge de moins de 16 ans (par dérogation aux CG) inscrit au contrat, non pris en charge par le RO, par jour	Etablissement conventionné		35 €	
	Etablissement non conventionné		-	35 €
LE + MATERNITE				
Naissance ou adoption, par enfant			10 % PMSS	20 % PMSS
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux	Généraliste adhérent à un DPTAM		100 % TM + 70 % BR	100 % TM + 370 % BR
	Généraliste non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionné)		100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR
	Spécialiste adhérent à un DPTAM		100 % TM + 170 % BR	100 % TM + 370 % BR
	Spécialiste non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionné)		100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR
Honoraires paramédicaux	Secteur conventionné		100 % BR	100 % FR
	Secteur non conventionné		100 % BR	90 % FR limités à 400 % BR
Honoraires des psychologues			100 % TM	
Analyses et examens de laboratoire	Secteur conventionné		100 % BR	100 % FR
	Secteur non conventionné		100 % BR	90 % FR limités à 400 % BR
Pharmacie prescrite (y compris vaccins) prise en charge par le RO			100 % TM	
Pharmacie prescrite (hors vaccins) non prise en charge par le RO, par an et par personne garantie			50 €	
Forfait automédication avec facture et sans prescription (fluidifiant bronchique, traitement des affections de la gorge, des inflammations et de la douleur, décongestionnant nasal, oropharynx et homéopathie) (par dérogation aux CG), par an et par personne garantie			50 €	
Vaccins prescrits non pris en charge par le RO, par an et par personne garantie			35 €	
Aide au sevrage tabagique non pris en charge par le RO, par an et par personne garantie			-	50 €
Matériel médical	Appareillage, prothèses médicales et orthopédiques (hors dentaire, optique et aides auditives)	Secteur conventionné	100 % BR	100 % FR
		Secteur non conventionné		90 % FR limités à 200 % BR
	Prothèses capillaires		300 % BR	100 % FR

DESIGNATION DES ACTES		PRESTATIONS (en complément du Rbt RO) 100 % DES FR LIMITES A :	
		Formule socle	Option (y compris la formule socle)
SOINS COURANTS (suite)			
Petite chirurgie et actes de spécialités	Médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM + 70 % BR	100 % TM + 370 % BR
	Médecin non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionné)	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR
Radiologie et imagerie médicale	Médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM + 90 % BR	100 % TM + 370 % BR
	Médecin non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionné)	100 % TM + 70 % BR	100 % TM + 100 % BR
Frais de transport du malade en véhicule sanitaire		100 % FR	
Médecine douce non prise en charge par le RO : ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur, diététicien, psychomotricien, psychologue, et, en complément des conditions générales : sophrologue, pédicure, hypnothérapeute, naturopathe, kinésologue, ergothérapeute (sous réserve que le professionnel de santé soit recensé au répertoire RPPS ou exerce dans un établissement recensé au répertoire FINESS), par séance Avec un maximum par an et par personne garantie, de		40 € 3 séances	50 € 3 séances
Cure thermale	Frais d'hospitalisation et actes médicaux	100 % TM	
	Frais d'hébergement et de transport, par an et par personne garantie	5 % PMSS	10 % PMSS
AIDES AUDITIVES			
Prise en charge d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans			
Equipements 100 % santé ²		Pris en charge dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	
Equipements hors 100 % santé		100 % FR	
Dans la limite, par oreille, de		1 700 € (y compris Rbt RO)	
Accessoires (piles, embouts...)		100 % TM	
OPTIQUE			
Prise en charge d'un équipement (une monture et 2 verres) par période de 2 ans pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (sauf évolution de la vue, un par an, et sauf situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés, sans délai) ³			
Équipement 100 % santé ²		Pris en charge dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	
Equipements hors 100 % santé ⁴ :			
- Monture	- Adulte et enfant de 16 ans et plus	100 €	
	- Enfant de moins de 16 ans	80 €	100 €
- Verres		cf. grille optique ci-dessous	
Adaptation de la prescription médicale de verre correcteur par l'opticien		100 % TM	
Supplément pour verres avec filtres, prisme, système antiptosis, verres iséiconiques		100 % TM	
Lentilles correctrices prescrites prises en charge par le RO, par an et par personne garantie Au-delà de ce montant		105 € 100 % TM	
Lentilles correctrices prescrites (y compris lentilles jetables) non prises en charge par le RO, par an et par personne garantie		105 €	140 €
Chirurgie réfractive, par œil et par an		400 €	1 050 €
DENTAIRE			
Soins et prothèses 100 % santé ²		Pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF)	
Soins et prothèses hors 100 % santé :			
- Soins (hors inlays / onlays)		100 % TM + 120 % BR	100 % TM + 170 % BR
- Inlays / Onlays	Panier maîtrisé	100 % TM + 215 % BR	100 % TM + 315 % BR
	Panier libre	100 % TM + 215 % BR	100 % TM + 420 % BR
- Prothèses dentaires prises en charge par le RO (y compris inlay core)		100 % TM + 290 % BR	100 % TM + 315 % BR



DESIGNATION DES ACTES		PRESTATIONS (en complément du Rbt RO) 100 % DES FR LIMITES A :	
		Formule socle	Option (y compris la formule socle)
DENTAIRE (suite)			
Soins prothétiques et prothèses dentaires non pris en charge par le RO et figurant à la nomenclature (remboursement sur la base d'une BR égale à 120 €)		320 % BR reconstituée	345 % BR reconstituée
Orthodontie	Prise en charge par le RO	100 % BR	350 % BR
	Non prise en charge par le RO (remboursement sur la base d'une BR égale à 193,50 € par trimestre)	-	200 % BR reconstituée
Parodontologie (curetage sous-gingival, radio et autre acte) non prise en charge par le RO, par an et par personne garantie		200 €	400 €
Implantologie non prise en charge par le RO (pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier), par an et par personne garantie			500 €
PREVENTION ET SANTE AU QUOTIDIEN			
Actes de prévention définis par la Sécurité sociale (sauf ceux indiqués ci-dessous)		100 % TM	
Densitométrie osseuse pour les femmes de plus de 50 ans et tous les 6 ans	Etablissement conventionné	100 % TM + 120 % BR	
	Etablissement non conventionné	100 % TM + 100 % BR	
Densitométrie osseuse non prise en charge par le RO, par an et par personne		150 €	
Dépistage tous les 5 ans contre les troubles de l'audition après 50 ans	Etablissement conventionné	100 % TM + 120 % BR	
	Etablissement non conventionné	100 % TM + 100 % BR	
Dépistage de l'hépatite B		130 % BR	
Bilan initial des troubles du langage oral et écrit pour un enfant de moins de 14 ans inscrit au contrat		130 % BR	
Consultation diététique non prise en charge par le RO prescrite médicalement pour un enfant de moins de 12 ans inscrit au contrat, par séance		1,25 % PMSS	
Séances d'activité physique adaptée aux affections définies par l'article D1172-2 du Code la Santé Publique, sur prescription du médecin traitant, par an et par personne garantie		100 €	
Test ADN de dépistage de la trisomie 21, un test de grossesse en cas de risque de trisomie supérieur ou égal à 1/250, par an et par personne garantie		600 €	
Tiers payant généralisé		Inclus	
Solution(s) de télémedecine proposée(s) par l'assureur		Incluse(s)	
Assistance		Incluse	

1 Cette prestation concerne uniquement le forfait journalier hospitalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux.

2 Tels que définis réglementairement et visés à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale.

3 Et, par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans et par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur ; et sans délai pour les enfants de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue ou situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés. Les cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu, notamment en cas d'évolution de la vue, figurent dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

4 Le remboursement s'entend remboursement du RO inclus.

Pour le poste optique : Limite pour l'équipement complet.

a) Verres simples : Équipement à : - verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	Minimum : 100 € - Maximum : 420 € dont 100 € au maximum pour la monture
b) Verres mixtes : Équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au c)	Minimum : 150 € - Maximum : 560 € dont 100 € au maximum pour la monture



c) Verres complexes : Équipement à : - verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ; - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ;	Minimum : 200 € - Maximum : 700 € dont 100 € au maximum pour la monture
d) Verres mixtes : Équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au f)	Minimum : 150 € - Maximum : 610 € dont 100 € au maximum pour la monture
e) Verres mixtes : Équipement comportant 1 verre mentionné au c) et 1 verre mentionné au f)	Minimum : 200 € - Maximum : 750 € dont 100 € au maximum pour la monture
f) Verres très complexes : Équipement à : - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries	Minimum : 200 € - Maximum : 800 € dont 100 € au maximum pour la monture

Grille optique (y compris remboursement du RO)

Verres Unifocaux / Multifocaux / Progressifs	Avec / Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Remboursement par verre			
			Formule socle		Option (y compris la formule socle)	
			Adulte et Enfant de 16 ans et plus	Enfant de moins de 16 ans	Adulte et Enfant de 16 ans et plus	Enfant de moins de 16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de -6 à +6 ⁽⁵⁾	100 €	55 €	100 €	55 €
		SPH < à 6 ou > à +6	150 €	90 €	150 €	90 €
	Sphéro cylindrique	SPH de -6 à 0 et CYL ≤ + 4	115 €	55 €	115 €	55 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	115 €	55 €	115 €	55 €
		SPH > 0 et S > + 6	130 €	70 €	130 €	70 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	170 €	90 €	170 €	90 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	150 €	90 €	150 €	90 €
Multifocaux et progressifs	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	150 €	140 €	200 €	140 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	250 €	140 €	250 €	140 €
	Sphéro cylindrique	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	150 €	140 €	200 €	140 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	150 €	140 €	200 €	140 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	150 €	140 €	200 €	140 €
		SPH > 0 et S > + 8	250 €	140 €	250 €	140 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	250 €	140 €	250 €	140 €

⁵ Le verre neutre est compris dans cette classe

Les affiliés bénéficient d'un fonds social au titre du degré élevé de solidarité.

Les dispositions relatives à ce fonds social font l'objet d'un règlement valant annexe au contrat.

Ce règlement fait partie intégrante du contrat et est donc opposable tant à l'assureur qu'à la contractante au même titre que le contenu dudit contrat.

CONTACTS ASSISTANCE

Coordonnées MUTUAIDE ASSISTANCE

Code Mutuaide : 10514 (à communiquer par le bénéficiaire lors de l'appel)

Appel de France : 01 45 16 43 68

Appel de l'étranger : +33 1 45 16 43 68 (précédé de l'indicatif local d'accès au réseau international)

oquotidien@mutuaide.fr

CONTACTS PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Groupama Gan Vie

Délégué Relais à la Protection des Données

Immeuble West Park 2 - 2 Boulevard de Pesaro - 92024 Nanterre

contact.dpo@ggvie.fr

Concernant les données de santé, ces droits s'exercent par courrier postal auprès du Médecin-conseil de l'assureur :

Groupama Gan Vie - Monsieur le Médecin-conseil - Service Médical Collectives

Immeuble West Park 2 - 2 boulevard de Pesaro - 92024 Nanterre.

Gan Eurocourtage, en sa qualité de distributeur, informe la contractante, les affiliés et leurs ayants droit que leurs appels téléphoniques peuvent être enregistrés. Les conditions d'accès à ces enregistrements sont identiques à celles applicables par l'assureur.

CONTACTS RECLAMATION – MEDIATION

Pour toute réclamation, la contractante, l'affilié ou toute personne susceptible de bénéficier du contrat peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au Service des relations avec les consommateurs par téléphone au 09.69.32.20.11.

S'il n'est pas donné satisfaction à la réclamation orale, le demandeur est invité à écrire par courrier postal à :

Groupama Gan Vie

Service des relations avec les consommateurs

Bâtiment West Park 2

2, Boulevard de Pesaro

92024 Nanterre

Si cette réponse ne satisfait pas le demandeur, ou si aucune réponse ne lui a été apportée à l'issue d'un délai de 2 mois, il dispose du droit de saisir la Médiation de l'Assurance sur le site : www.mediation-assurance.org ou par courrier (Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09), sans préjudice du droit de saisir la justice.

Si le demandeur le souhaite, le Service Réclamations de l'assureur reste à sa disposition sur le site : <https://reclamations.ggvie.fr> ou par courrier (Groupama Gan Vie Service Réclamations TSA 91414 - 35090 Rennes CEDEX 9).

Les modalités de traitement des réclamations peuvent être consultées sur le site internet www.gan-eurocourtage à la rubrique « Mentions légales ».

Décembre 2025



CONTRAT SANTE N° 3640/200492
ANNEXE N° 1 AUX CONDITIONS PARTICULIERES
MAINTIEN DE GARANTIES

1/ MAINTIEN DE GARANTIES AUX MEMBRES DU PERSONNEL EN CAS DE SUSPENSION TOTALE DE LEUR CONTRAT DE TRAVAIL CONCLU AVEC LA CONTRACTANTE QUELLE QU'EN SOIT LA CAUSE

Les dispositions suivantes s'appliquent en cas de suspension du contrat de travail des affiliés, quelle qu'en soit la cause.

Il est précisé que les présentes dispositions sont applicables tant pour les cas de suspension du contrat de travail intervenant à compter de la date d'affiliation au contrat que pour les cas de suspension du contrat de travail en cours à cette date sous réserve que les intéressés bénéficient d'un maintien des garanties de même nature auprès d'un précédent organisme assureur.

A) CAS OÙ LA PÉRIODE DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL EST INDEMNISÉE

Conformément au paragraphe « Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail » de l'article « Cessation de l'affiliation et des garanties » des conditions générales, les garanties du contrat sont accordées tant que l'affilié bénéficie d'un maintien de salaire total ou partiel, d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par la contractante ou d'un revenu de remplacement versé par la contractante.

B) CAS OÙ LA PÉRIODE DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL N'EST PAS INDEMNISÉE

1) CONDITIONS

Dès qu'un membre du personnel dont le contrat de travail est suspendu pour une durée supérieure à un mois, ne bénéficie pas ou plus d'une indemnisation (maintien de salaire total ou partiel, versement d'indemnités journalières complémentaires ou d'un revenu de remplacement), les garanties peuvent lui être accordées sous réserve :

- que l'affilié concerné soit inscrit au contrat (ou au contrat du précédent organisme assureur) à la date de la suspension de son contrat de travail ;
- que la demande en soit faite à l'assureur au plus tard dans un délai d'un mois suivant la date de cessation de l'indemnisation ou la date d'effet du contrat. **Si ce délai n'est pas respecté, les garanties ne seront en aucun cas accordées ;**
- qu'il justifie de ne pas avoir repris d'activité professionnelle.
Cette preuve doit être apportée, à la demande de l'assureur ou lors de la demande de règlement des prestations ;
- qu'il soit individuellement déclaré à l'assureur et figure sur les avis trimestriels d'échéance de cotisation et les bordereaux d'ajustement annuels avec l'indication de la nature exacte du congé « suspension du contrat de travail » et de la date de départ en congé et de cessation de l'indemnisation ;
- que les cotisations correspondantes soient payées.

2) PERSONNES ASSURÉES

Les garanties sont accordées au membre du personnel dont le contrat de travail est suspendu et à ses ayants droit, inscrits au contrat, sous réserve du paiement des cotisations correspondantes et selon la catégorie (structure de cotisation) suivante :

- l'affilié et son conjoint, partenaire de PACS ou concubin défini au contrat sont chacun rattachés individuellement à la catégorie « **Adulte** »,
- chacun des enfants à charge au sens du contrat est rattaché individuellement à la catégorie « **Enfant** ».

Les ayants droit pris en considération sont ceux inscrits au contrat à la date de suspension du contrat de travail de l'affilié et de cessation de l'indemnisation.

Toutefois, en cas de modification de la situation de famille (mariage, conclusion d'un PACS, concubinage, naissance d'enfant(s), etc.) intervenant postérieurement à cette date, les nouveaux ayants droit pourront bénéficier des garanties du contrat dans les conditions prévues à l'article « Prise d'effet de l'affiliation et des garanties – Choix de la formule de garanties » des conditions générales.



3) GARANTIES ACCORDÉES

Par dérogation aux dispositions du paragraphe « Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail » de l'article « Cessation de l'affiliation et des garanties » des conditions générales, les garanties accordées sont celles de la formule applicable à la date de suspension du contrat de travail de l'affilié.

Toutefois, l'affilié conserve la possibilité de changer de formule de garanties ou de résilier la formule optionnelle précédemment souscrite, tant pour lui-même que pour ses ayants droit inscrits au contrat, uniquement :

- en cas de modification, dûment justifiée, de sa situation de famille (en cas de mariage, de conclusion d'un PACS, de concubinage, de divorce, rupture du PACS ou cessation du concubinage, décès du conjoint, partenaire du PACS ou concubin, naissance d'enfant, perte de la qualité d'ayant droit d'un enfant,...),
- ou en cas de surendettement reconnu et dûment justifié,

le changement de formule de garanties prendra alors effet le 1^{er} jour du mois suivant la date de réception de la demande par l'assureur.

4) PRISE D'EFFET, DURÉE ET CESSATION DES GARANTIES

4.1) Prise d'effet des garanties

Les garanties sont accordées à compter de la date à laquelle l'affilié bénéficie d'une suspension de son contrat de travail et cesse d'être indemnisé, et au plus tôt à la date d'effet du contrat lorsque le départ en congé sans solde est intervenu avant cette date.

4.2) Durée des garanties

Les garanties du contrat sont accordées :

- pour l'affilié lui-même : pendant toute la durée de suspension non indemnisée de son contrat de travail,
- pour les ayants droit : tant que l'affilié est inscrit au contrat et, en tout état de cause, tant que les intéressés répondent aux définitions du contrat.

4.3) Cessation des garanties

Les garanties cessent tant pour l'affilié que pour ses ayants droit :

- à la date d'expiration du congé obtenu,
- à la date à laquelle il cesse d'appartenir à la catégorie de personnel visée aux conditions particulières,
- à la date de rupture ou cessation de son contrat de travail, quel qu'en soit le motif,
- le jour de la reprise du travail par l'affilié, quelle que soit la durée de cette reprise,

Cette disposition n'est pas applicable aux membres du personnel bénéficiant :

- d'un congé pour création d'entreprise, pour l'activité qu'ils exercent au sein de l'entreprise créée,
- d'un congé de transition professionnelle, pour les stages en entreprise qu'ils sont éventuellement appelés à effectuer dans le cadre de la formation pour laquelle ils ont sollicité un congé.

- si les cotisations cessent d'être versées,
- en cas de résiliation du contrat,
- à la date de liquidation de la pension vieillesse du régime obligatoire de protection sociale, y compris pour inaptitude au travail. À cette date, les dispositions prévues au contrat en faveur des anciens membres du personnel retraités seront le cas échéant applicables.

2/ MAINTIEN DE GARANTIES AUX ANCIENS MEMBRES DU PERSONNEL LICENCIES, INVALIDES ET RETRAITES

Il est précisé que les présentes dispositions ne sont applicables que pour les anciens membres du personnel dont la rupture du contrat de travail intervient à compter de la date d'affiliation au contrat et ceux dont le départ est intervenu avant cette date et bénéficiant d'un maintien de garanties de même nature auprès d'un précédent organisme assureur.

L'assureur propose dans le cadre de la présente annexe, sous réserve du paiement de la cotisation prévue au paragraphe 5) ci-après, le maintien de la couverture complémentaire santé, *aux anciens membres du personnel de la contractante* :

- licenciés bénéficiant des prestations de l'assurance Chômage post portabilité,
- invalides percevant à ce titre du régime obligatoire de protection sociale une rente au titre de l'assurance invalidité de ou au titre de la législation sur les accidents du travail correspondant à un taux au moins égal à 66%,
- retraités bénéficiant d'une pension de retraite de l'assurance vieillesse du régime obligatoire de protection sociale,

À défaut d'application des dispositions du paragraphe « ADHÉSION À UN CONTRAT INDIVIDUEL » de l'article « CESSATION DE L'AFFILIATION ET DES GARANTIES » des conditions générales relatives aux personnes susceptibles de bénéficier de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les garanties du contrat peuvent être accordées, dans les conditions suivantes.



1) CONDITIONS

Les garanties sont accordées à condition :

- que la demande en soit faite à l'assureur dans un délai de 6 mois suivant la date de l'évènement ouvrant droit au bénéfice du présent maintien de garanties (rupture du contrat de travail en cas d'invalidité permanente totale ou de départ à la retraite ou terme de la période de portabilité prévue par l'annexe n° 2 des conditions générales en cas de licenciement) ou la date d'effet du contrat,
Si ce délai n'est pas respecté, les garanties ne seront en aucun cas accordées.
- que les cotisations correspondantes soient payées. En conséquence, **les dispositions du paragraphe « Maintien des garanties sans contrepartie de cotisation en cas d'invalidité permanente et totale de l'article « Cessation de l'affiliation et des garanties » des conditions générales sont sans objet,**

et :

- **en ce qui concerne les affiliés licenciés** : qu'ils soient inscrits comme demandeurs d'emploi et apportent la preuve de leur indemnisation par le régime de l'assurance chômage. Cette preuve (dernier décompte des allocations chômage perçues, en principe ou le cas échéant, celle des indemnités journalières qui leur sont versées par le régime obligatoire de protection sociale) doit être apportée, à la demande de l'assureur ou lors de la demande de règlement des prestations.
- **en ce qui concerne les affiliés invalides** : que leur contrat de travail soit rompu, qu'ils perçoivent du régime obligatoire de protection sociale une rente au titre de l'assurance invalidité ou au titre de la législation sur les accidents du travail correspondant à un taux au moins égal à 66 % et justifient de ne pas avoir repris d'activité professionnelle. Cette preuve doit être apportée, à la demande de l'assureur ou lors de la demande de règlement des prestations.
- **en ce qui concerne les affiliés retraités** : qu'ils bénéficient d'une pension de retraite de l'assurance vieillesse du régime obligatoire de protection sociale et justifient de ne pas avoir repris d'activité professionnelle. Cette preuve doit être apportée, à la demande de l'assureur ou lors de la demande de règlement des prestations.

Pour des raisons administratives, **le présent maintien des garanties est référencé par l'assureur sous le numéro figurant à l'annexe n°2 de la présente notice d'information.**

2) PERSONNES ASSURÉES

Les garanties sont accordées aux anciens membres du personnel de la contractante licenciés, invalides ou retraités et à leurs ayants droit inscrits au contrat à la date de l'évènement ouvrant droit au bénéfice du présent maintien de garanties, sous réserve du paiement des cotisations correspondantes et selon la catégorie (structure de cotisation) prévue pour les membres du personnel en activité.

En cas de modification de la situation de famille (mariage, conclusion d'un PACS, concubinage, naissance d'enfant(s), etc.), l'inscription au contrat de tout nouvel ayant droit doit être effectuée selon les dispositions prévues au contrat (article « Prise d'effet de l'affiliation et des garanties – Choix de la formule de garanties » des conditions générales).

3) GARANTIES ACCORDÉES

Les garanties accordées sont celles correspondant à la formule applicable aux intéressés, à la date de rupture de leur contrat de travail.

L'affilié conserve la possibilité de changer de formule de garanties ou de résilier la formule optionnelle précédemment souscrite, tant pour lui-même que pour ses ayants droit inscrits au contrat, uniquement :

- en cas de modification, dûment justifiée, de sa situation de famille (en cas de mariage, de conclusion d'un PACS, de concubinage, de divorce, rupture du PACS ou cessation du concubinage, décès du conjoint, partenaire du PACS ou concubin, naissance d'enfant, perte de la qualité d'ayant droit d'un enfant,...),
- ou en cas de surendettement reconnu et dûment justifié,

le changement de formule de garanties prendra alors effet le 1^{er} jour du mois suivant la date de réception de la demande par l'assureur.

4) PRISE D'EFFET, DURÉE ET CESSATION DES GARANTIES

4.1) Prise d'effet des garanties

Les garanties sont accordées à compter de la date de l'évènement ouvrant droit au bénéfice du présent maintien de garanties (rupture du contrat de travail de l'affilié ou terme de la période de portabilité prévue par l'annexe n° 2 des conditions générales), **et, au plus tôt, à la date d'effet du contrat** lorsque l'évènement ouvrant droit au bénéfice du présent maintien des garanties est intervenu avant cette date.



4.2) Durée des garanties

Les garanties du contrat sont accordées :

- pour l'affilié lui-même :
 - . s'il est licencié : tant qu'il n'a pas épuisé ses droits à l'indemnisation par le régime de l'assurance chômage.
 - . s'il est invalide : tant qu'il perçoit du régime obligatoire de protection sociale une rente au titre de l'assurance invalidité ou au titre de la législation sur les accidents du travail correspondant à un taux au moins égal à 66 %.
 - . s'il est retraité : sa vie durant.
- pour les ayants droit de l'affilié : tant que l'affilié est inscrit au contrat et, en tout état de cause, tant que les intéressés répondent aux définitions du contrat.

4.3) Cessation des garanties

Les garanties cessent tant pour l'ancien membre du personnel que pour ses ayants droit inscrits au contrat :

- le jour de la cessation des droits à indemnisation par le régime de l'assurance chômage, pour l'affilié licencié,
- le jour de la reprise du travail par l'ancien membre du personnel (licencié ou invalide ou retraité), quelle que soit la durée de cette reprise,
- à la date de liquidation de la pension vieillesse du régime obligatoire de protection sociale, y compris pour inaptitude au travail de l'affilié licencié ou invalide. A cette date, l'affilié pourra continuer à bénéficier du maintien des garanties prévu en faveur des retraités.
- si les cotisations cessent d'être versées,
à la date du décès de l'ancien membre du personnel,
- à la date de résiliation du contrat.

En outre, les garanties cessent également pour les ayants droit :

- le jour où l'ancien membre du personnel licencié, invalide ou retraité lui-même ne bénéficie plus des garanties,
- dès que les intéressés perdent la qualité d'ayant droit tel que défini au contrat.

Au terme des garanties, les dispositions du paragraphe « Adhésion à un contrat individuel » de l'article « Cessation de l'affiliation et des garanties » des conditions générales relatives aux personnes susceptibles de bénéficier de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 pourront être, le cas échéant, applicables.

3/ MAINTIEN DES GARANTIES AUX AYANTS DROIT SURVIVANTS DES SALARIÉS AFFILIÉS DÉCÉDÉS

Les présentes dispositions sont applicables aux ayants droit survivants d'un affilié en activité dont le décès intervient à compter de la date d'affiliation au contrat et inscrits au contrat à cette date, ainsi qu'aux ayants des salariés décédés avant la date d'effet du contrat et bénéficiant d'un maintien de garanties de même nature auprès d'un précédent organisme assureur.

Un maintien des garanties, est accordé dans les conditions **du paragraphe « Maintien des garanties sans contrepartie de cotisation en cas de décès du salarié affilié » de l'article « Cessation de l'affiliation et des garanties » des conditions générales.**

Toutefois, par dérogation aux dispositions dudit paragraphe, le maintien des garanties est accordé sous réserve du paiement des cotisations indiquées au contrat.

Décembre 2025



CONTRAT SANTE N° 3640/200492
ANNEXE N° 2 AUX CONDITIONS PARTICULIERES
SOCIETES CONTRACTANTES

Liste des sociétés contractantes pour lesquelles s'applique la présente notice d'information :

RAISON SOCIALE	ADRESSE	SIRET	N° DE CONTRAT
EURO DISNEY ASSOCIES SAS	1 ROND POINT D'ISIGNY 77700 CHESSY	397 471 822 00114	3640/200492/00000
			MAINTIEN DE GARANTIES AUX ANCIENS MEMBRES DU PERSONNEL LICENCIES, INVALIDES ET RETRAITES : 3640/200492/99000
COMITE SOCIAL ET ECONOMIQUE EURODISNEY	1 ROND POINT D'ISIGNY 77700 CHESSY	390 849 974 00014	3640/200492/00010
			MAINTIEN DE GARANTIES AUX ANCIENS MEMBRES DU PERSONNEL LICENCIES, INVALIDES ET RETRAITES : 3640/200492/99010
EURO DISNEYLAND IMAGINEERING SARL	1 ROND POINT D'ISIGNY 77700 CHESSY	388 457 004 00041	3640/200492/00020
			MAINTIEN DE GARANTIES AUX ANCIENS MEMBRES DU PERSONNEL LICENCIES, INVALIDES ET RETRAITES : 3640/200492/99020

Décembre 2025