

# Surcomplémentaire à la Convention Collective Nationale des gardiens, concierges et employés d'immeubles

**Contrat individuel surcomplémentaire**  
**Conditions Générales Frais de santé n°12885**

Assurés par MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE

Édition janvier 2021

## Article 1 - OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat est mis en œuvre par Malakoff Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 691 181, dont le siège social est à Paris (75009) 21 rue Laffitte, ci-après dénommée « l'Institution ». au profit des Membres Participants bénéficiant du contrat d'assurance collective obligatoire du régime frais de santé de la Convention Collective Nationale des Gardiens, Concierges et Employés d'immeubles (dénommé ci-après contrat d'assurance collective du régime frais de santé).

Il a pour objet de décrire les engagements respectifs entre le Membre Participant et l'Institution concernant la garantie Frais de Santé.

Le présent contrat est composé :

- des présentes Conditions Générales référencées 12869,
- d'un bulletin d'adhésion rempli et signé par le Membre Participant,
- et du certificat d'adhésion émis par l'Institution.

Il est régi par le Code de la Sécurité Sociale.

## Article 2 -DEFINITIONS

**Actes Hors Nomenclature** : actes non reconnus par la Sécurité sociale et non inscrits aux nomenclatures.

**Assuré** : désigne l'assuré social, c'est-à-dire la personne affiliée à un régime obligatoire d'assurance maladie français.

**Ayants droit** : au sens de la Sécurité sociale, désignent les personnes à la charge du Membre Participant en sa qualité d'assuré social et qui peuvent prétendre à ce titre au versement des prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie auquel il est affilié.

**Contrat responsable** : Contrat ayant pour objet le remboursement de Frais de Santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application.

**Contrat solidaire** : Contrat ayant pour objet le remboursement de Frais de Santé dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurables.

**Garantie** : elle correspond à l'engagement de l'Institution de verser une prestation si le Membre Participant ou, le cas échéant, les bénéficiaires sont victimes d'un sinistre.

**Membre Participant** : le Membre Participant est la personne qui souscrit au présent contrat en remplissant et signant le bulletin d'adhésion.

**Montant Remboursé par la Sécurité Sociale (MR)** : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BR) multiplié par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité Sociale.

**Nomenclature** : cette notion désigne aussi bien la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), que la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), que la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) et que la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux, documents qui codifient les actes et les médicaments donnant lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.

**OPTAM / OPTAM-CO** : Dispositifs prévus par une ou plusieurs conventions nationales signées par l'UNOCAM et au moins une des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé, ayant pour objet la maîtrise de leurs dépassements d'honoraires : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO spécialité chirurgicale ou de gynécologie-obstétrique).

Les professionnels de santé conventionnés exerçant en secteur 2 ou titulaires d'un droit de dépassement ayant choisi un de ces dispositifs sont consultables sur [ameli-direct.fr](http://ameli-direct.fr).

**Plafond de la Sécurité Sociale** : Plafond servant de base au calcul des cotisations de Sécurité Sociale et prévu aux articles L. 241-3 et D. 242-17 du Code de la Sécurité Sociale et modifié chaque année par arrêté.

**Sécurité Sociale** : Tout régime légalement obligatoire d'assurance maladie.

**Tarif forfaitaire de responsabilité** : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale pour le princeps d'un médicament (original d'un médicament) ainsi que pour les médicaments génériques qui y sont rattachés.

**Ticket Modérateur** : Part des frais de santé non remboursée par le régime d'assurance maladie obligatoire en application de l'article L. 160-13 I du Code de la Sécurité Sociale.

**Vente à distance** : fourniture d'une prestation d'assurance conclue sans la présence physique simultanée des parties, entre une personne physique et l'Institution qui, pour l'établissement du bulletin d'adhésion, utilisent exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance (utilisation de tout moyen pour la signature du bulletin d'adhésion, sans la présence physique ou simultanée du demandeur à l'adhésion et de l'Institution comme le téléphone, Internet ou la voie postale).

# TITRE I : SOUSCRIPTION DU CONTRAT

## Article 3 – CONDITIONS DE LA SOUSCRIPTION

Seuls peuvent souscrire le présent contrat, les Membres Participants bénéficiant du contrat d'assurance collective du régime frais de santé.

Pour bénéficier de la garantie, le demandeur doit remplir et signer le bulletin d'adhésion et y indiquer notamment les bénéficiaires de la garantie Frais de santé, membres de sa famille tels que définis à l'article 10.3 qu'il souhaite assurer sous réserve que ces derniers soient affiliés au contrat d'assurance collective du régime frais de santé.

Ces derniers doivent également relever, en tant qu'assuré à titre personnel ou ayant droit du demandeur ou de son conjoint ou de son partenaire PACS ou de son concubin, d'un régime obligatoire d'assurance maladie français.

## Article 4 – FORMALITES DE LA SOUSCRIPTION

Le Membre Participant doit joindre avec le bulletin d'adhésion, selon sa situation et sous réserve de ne pas les avoir fournis au titre du contrat d'assurance collective du régime frais de santé, les justificatifs suivants :

- la copie du livret de famille ;
- la copie du certificat de mariage ;
- l'attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité ;
- l'attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux concubins ainsi que tout justificatif de domicile commun (avis d'imposition, facture énergétique, bail commun, attestation d'assurance...) et la photocopie du dernier avis d'imposition ;
- pour les enfants à charge selon leur situation :
  - le certificat de scolarité,
  - la copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
  - l'attestation d'inscription au Pôle Emploi,
  - la copie du dernier bulletin de salaire,
  - la carte d'invalidité ou de la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité ».

Outre ces justificatifs, le bulletin d'adhésion doit être accompagné :

- de la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale ou de la carte d'assuré au régime de Sécurité Sociale obligatoire en vigueur à la date d'adhésion, pour tous les bénéficiaires ayant leur propre numéro,
- d'un relevé d'identité bancaire,
- le cas échéant, du formulaire « mandat SEPA » dûment complété afin de permettre le prélèvement automatique.

L'Institution se réserve le droit de demander au Membre Participant toutes autres pièces justificatives.

A défaut, le contrat ne prend pas effet.

**Le Membre Participant s'engage à déclarer, sans délai, à l'Institution tout changement de situation familiale, de protection sociale (régime obligatoire d'assurance maladie) ainsi que d'activité professionnelle.**

## Article 5 – PRISE D'EFFET DU CONTRAT

A réception du bulletin d'adhésion accompagné des justificatifs visés à l'article 4, l'Institution émet un certificat d'adhésion mentionnant la date de prise d'effet et les caractéristiques de l'adhésion.

Celle-ci prend effet, au plus tôt, au premier jour du mois civil suivant la réception par l'Institution du bulletin d'adhésion dûment signé accompagné des pièces justificatives prévues à l'article 4 des présentes conditions générales et en tout état de cause à l'issue des vérifications règlementaires incombant aux entreprises d'assurance.

Seule la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion fait foi entre les parties.

Le demandeur acquiert alors la qualité de Membre Participant.

## Article 6 – FACULTE DE RENONCIATION

Le Membre Participant dispose d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus, à compter de la réception du certificat d'adhésion, pour annuler le contrat par lettre recommandée avec accusé de réception ou par l'envoi d'un recommandé électronique.

Dans les 30 jours suivant la date de réception de ce document, les cotisations versées seront intégralement remboursées par l'Institution au Membre Participant.

Un projet de lettre destiné à faciliter l'exercice de cette faculté de renonciation figure ci-après :

"Je, soussigné(e)..... domicilié(e)..... déclare renoncer à mon contrat « SURCOMPLEMENTAIRE A LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES GARDIENS, CONCIERGES ET EMPLOYES D'IMMEUBLES » du .../.../... et demande le remboursement de la cotisation versée, dans le délai de 30 jours prévus par la loi." Fait le ....., à .....Date, (signature). Lettre à adresser à l'Institution, à l'adresse figurant sur le certificat d'adhésion.

Cette renonciation entraîne la cessation du droit aux garanties et à l'ensemble des prestations prévues par le présent contrat.

## Article 7 – DUREE, RENOUVELLEMENT ET CESSATION DU CONTRAT

### 7.1 Durée et renouvellement du contrat

**Le contrat se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction d'année en année sauf résiliation par le Membre Participant ou l'Institution.**

**La souscription du contrat surcomplémentaire à la convention collective nationale des Gardiens, Concierges et Employés d'Immeubles peut intervenir lors de l'affiliation au contrat d'assurance collective du régime frais de santé ou postérieurement à celle-ci, en cours d'exécution du contrat d'assurance collective du régime frais de santé.**

### 7.2 Cessation du contrat

Le contrat cesse de plein droit dès lors que le Membre Participant ne bénéficie plus du contrat d'assurance collective du régime frais de santé.

Le contrat peut également cesser :

- **à la demande du Membre Participant ; au 31 décembre de chaque année** par lettre recommandée avec avis de réception, sous réserve que cette demande parvienne à l'Institution au plus tard le 31 octobre (le cachet de la poste faisant foi).

**cette résiliation peut également être formalisée par le Membre Participant par envoi recommandé électronique, dans les mêmes conditions de préavis et de prise d'effet définies au contrat. La date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi recommandé électronique fait alors foi de la date d'envoi.**

**A compter du 1<sup>er</sup> décembre 2020, le Membre Participant peut également, après expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription, résilier le contrat sans frais ni pénalités. La résiliation du contrat prend effet à défaut d'accord des parties un (1) mois après la réception par l'Institution de la notification du Membre Participant.**

A compter du 1<sup>er</sup> décembre 2020, le Membre Participant peut adresser sa demande de résiliation:

- **soit par lettre ou tout autre support durable ;**
- **soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Institution;**
- **soit par acte extrajudiciaire ;**
- **soit, lorsque l'Institution propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;**
- **soit par tout autre moyen prévu par le contrat.**

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

**La dénonciation par le Membre Participant de sa souscription est définitive, de telle sorte qu'il ne pourra plus formuler de demande de souscription au contrat, sauf dérogation accordée par l'Institution.**

A compter du 1<sup>er</sup> décembre 2020, dans le cas où le Membre Participant souhaite résilier ce contrat conclu pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident afin de souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, celui-ci effectue pour le compte du Membre Participant souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation dans les conditions prévues au présent contrat. Les organismes intéressés s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture du Membre Participant et de ses éventuels bénéficiaires durant la procédure.

**- à la demande de l'Institution :**

- **au 31 décembre de chaque année**, par lettre recommandée avec avis de réception, sous réserve que cette demande soit envoyée au Membre Participant au plus tard le 31 octobre,
- **en cas de non-paiement des cotisations**, selon les dispositions prévues à l'article 13,
- **en cas de décès du Membre Participant**. L'Institution rembourse prorata temporis, la partie de cotisation réglée correspondant à la période d'assurance non courue postérieure au décès.

**La cessation du contrat prive de tout droit à prestation le bénéficiaire pour les frais exposés postérieurement à la date de cessation du contrat.**

**Article 8 – OBLIGATIONS DECLARATIVES ET NULLITE DU CONTRAT**

- **Le Membre Participant changeant de domicile au cours du contrat doit informer l'Institution par lettre recommandée ou par recommandé électronique de sa nouvelle adresse.** A défaut, les lettres adressées au dernier domicile connu par l'Institution produiront toutes leurs effets dans les délais normaux, le cachet de la poste attestant de la date d'envoi, faisant foi.
- **Lorsque la réticence ou la fausse déclaration intentionnelle du Membre Participant change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Institution, alors même que le risque omis ou dénaturé par le Membre Participant a été sans influence sur la réalisation du risque, le contrat est nul et les cotisations versées restent acquises à l'Institution.**

## TITRE II : GARANTIES

### Article 9 – EXCLUSIONS

Ne donnent pas lieu aux garanties les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique.

En aucun cas, l'Institution ne prendra en charge les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité Sociale ou pratiqués par un professionnel de santé non autorisé à effectuer de tels dépassements.

Ne sont pas pris en charge par l'Institution, tout acte pris en charge par des dotations d'Etat, notamment par la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, ne donne pas lieu à remboursement de notre part, même lorsque la Sécurité sociale a procédé à tort au remboursement. A ce titre, le contrat ne prend pas en charge les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR).

Le fait que l'Institution ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

En aucun cas ces exclusions ne peuvent faire obstacle aux obligations minimales de prise en charge prévues pour les « contrats responsables ».

### Article 10 – GARANTIES FRAIS DE SANTE

#### 10.1 – Contrat « solidaire et responsable »

Le présent contrat respecte l'ensemble des conditions posées par les Pouvoirs Publics pour répondre aux définitions de « Contrat Solidaire » et de « Contrat Responsable ».

Le contrat respecte les conditions posées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et aux textes d'application de celui-ci.

À ce titre, et sous réserve des évolutions légales ou réglementaires futures, l'Institution ne rembourse pas :

- ❖ Conformément à l'article L. 160-13 II du Code de la Sécurité sociale, la participation forfaitaire due par le Bénéficiaire pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale. Toutefois, lorsque pour un Bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile.
- ❖ Conformément à l'article L. 160-13 III du Code de la Sécurité sociale, la franchise applicable dans les conditions et limites prévues par l'article D.160-9 du Code de la Sécurité sociale pour certains produits et prestations visés à cet article (médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du Code de la santé publique, actes pratiqués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, transports mentionnés au 2° de l'article L. 160-8 du Code de la Sécurité sociale).
- ❖ Conformément à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, la majoration de la participation supportée par le bénéficiaire lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés.
- ❖ La majoration de la participation supportée par le Bénéficiaire et les ayants-droit sur les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L. 1111-15 du Code de la santé public (accès au dossier Médical Personnel).
- ❖ Les dépassements autorisés d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque les Bénéficiaires consultent sans prescription du médecin traitant.
- ❖ Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

Le présent contrat satisfait aux dispositions de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Le présent contrat est modifié de plein droit par l'évolution légale ou réglementaire des conditions posées au « Contrat Responsable » ou au « Contrat Solidaire ».

## 10.2 – Choix et changement de garantie

**10.2.1** Le contrat se compose de deux options :

- Option 1;
- Option 2.

Le Membre Participant effectue son choix, identique pour lui et ses éventuels ayants-droit, au moment de son adhésion sur le bulletin d'adhésion.

**10.2.2** Le Membre Participant peut changer d'option pour lui et ses ayants droit :

- *Après un délai de deux ans, chaque 1<sup>er</sup> janvier, sous réserve que le Membre Participant en fasse la demande auprès de l'Institution avant le 31 octobre de l'année précédente, **le Membre Participant ne peut demander à changer à nouveau d'option pendant un délai de 2 ans,***
- *A l'occasion d'une modification de la situation familiale, sous réserve que le Membre Participant en fasse la demande auprès de l'Institution dans le mois qui suit l'évènement. Le changement d'option prend effet à la date de l'évènement.*

**10.2.3** Les garanties de l'option retenue prennent effet à la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion.

**10.2.4** Les garanties de l'option retenue étendues aux membres de sa famille prennent effet à la date de leur adhésion, soit :

- à la même date d'affiliation que le Membre Participant au contrat, lorsque ce dernier a exprimé son choix d'étendre les garanties à sa famille,
- à défaut, à la date de l'évènement dans le cas d'une adhésion suite à un changement de situation familiale,,
- et dans les autres cas, au 1<sup>er</sup> janvier, sous réserve que le Membre Participant en fasse la demande auprès de l'Institution avant le 30 novembre de l'année précédente.

## 10.3 – Bénéficiaires

Sont bénéficiaires des prestations versées au titre des garanties Frais de santé, sous réserve d'être affiliés au contrat d'assurance collective du régime frais de santé, de fournir les justificatifs visés à l'article 4 et de verser la cotisation correspondante :

- le Membre Participant,

Et si le Membre Participant décide d'étendre la couverture aux membres de sa famille :

**- le conjoint du Membre Participant. Est considéré comme conjoint :**

- o **le conjoint** du Membre Participant marié, non séparé de corps judiciairement à la date de l'évènement donnant lieu à prestation ;
- o **le partenaire** lié au Membre Participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ;
- o **le concubin** du Membre Participant vivant maritalement sous le même toit, sous réserve que le concubin et le Membre Participant soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement, que le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus d'un an et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée d'un an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union, ou lorsque le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle.

**- les enfants à charge** du Membre Participant : Sont réputés à charge du Membre Participant, les enfants reconnus ou adoptés, ainsi que ceux de son conjoint, à condition que le Membre Participant ou son conjoint ait l'enfant en résidence ou s'il s'agit d'enfants du Membre Participant que celui-ci participe effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire.

Les enfants ainsi définis doivent être :

- âgés de moins de 18 ans ;
- âgés de 18 ans et de moins de 26 ans :
  - o s'ils poursuivent leurs études,
  - o ou sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à Pôle Emploi,
  - o ou sont sous contrat d'apprentissage,
  - o ou s'ils se livrent à une activité rémunérée leur procurant un revenu inférieur au Revenu de Active mensuel ;
- quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité », prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles à condition que l'état d'invalidité soit survenu avant leur 18<sup>ème</sup> anniversaire ;
- nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du Membre Participant, si ce dernier est le parent légitime.

En tout état de cause, l'adhésion du conjoint et/ou de l'enfant cesse à la date à laquelle il ne satisfait plus aux définitions ci-dessus.

La démission ou la radiation du Membre Participant sera assimilée à une démission de l'ensemble des bénéficiaires.



L'adhésion des membres de sa famille cesse également :

- au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de résiliation accompagnée de l'attestation de l'organisme assureur, pour les ayants droit justifiant par la suite d'une couverture à titre obligatoire, sous réserve des dispositions réglementaires en vigueur et à la condition que l'acte mettant en place les garanties le prévoit ,
- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le Membre Participant demande la résiliation de l'ayant droit. Cette demande doit être adressée à l'Institution au plus tard le 31 octobre de la même année par lettre recommandée. La demande adressée à l'Institution après le 31 octobre est de nul effet. Le cas échéant, elle doit être renouvelée avant le 31 octobre de l'année suivante pour prendre effet au 31 décembre de cette même année. La demande peut également être formalisée par envoi recommandé électronique, dans les mêmes conditions de préavis et de prise d'effet. La date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi recommandé électronique fait alors foi de la date d'envoi.

#### 10.4 Définition - Prestations garanties

Les garanties souscrites sont mentionnées au sein du bulletin d'adhésion.

Les garanties Frais de Santé ont pour objet de permettre le service de prestations à l'occasion de frais médicaux exposés par le Membre Participant, en complément des remboursements de la Sécurité Sociale française effectués au titre de l'assurance maladie et de l'assurance maternité et y compris les remboursements effectués au titre du contrat d'assurance collective du régime frais de santé, sous réserve de l'application des risques exclus mentionnés à l'article 9 et des frais non pris en charge visés à l'article 10.1 ci-avant.

Si le conjoint, le partenaire lié au Membre Participant par un PACS ou le concubin est affilié à un régime de base de Sécurité Sociale différent du régime général (régimes spéciaux ou régime agricole), les remboursements de la Sécurité Sociale sont rétablis sur la base des taux du régime général de la Sécurité Sociale s'ils sont supérieurs.

Par dérogation, certains frais inscrits à la nomenclature, mais non pris en charge par la Sécurité sociale, peuvent donner lieu cependant à un remboursement par l'Institution dans les conditions fixées aux tableaux des garanties mentionnés au sein du bulletin d'adhésion.

**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 du bénéficiaire après 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.**

Certaines garanties font l'objet d'une prise en charge différenciée selon que les médecins adhèrent ou non à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/ Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique. En adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention OPTAM / OPTAM-CO.

**Donnent lieu à remboursement, selon les modalités prévues aux tableaux de garanties mentionnés au sein du bulletin d'adhésion, les frais suivants :**

#### **HOSPITALISATION :**

- **Hospitalisation chirurgicale :**
  - frais chirurgicaux proprement dits.
- **Hospitalisation médicale :**
  - pour tout séjour en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, la prise en charge commence **au 1<sup>er</sup> jour d'hospitalisation**.

**Frais pouvant être pris en charge dans le cadre de chacune des hospitalisations chirurgicales ou médicales :**

- Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la Liste des Produits et des Prestations (LPP) facturables et spécialités pharmaceutiques).
- Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux des praticiens et auxiliaires médicaux signataires ou non à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO), paramédicaux et actes de laboratoire.
- Frais de chambre particulière (**dans le cadre d'une hospitalisation en psychiatrie, limité à 90 jours par an et par bénéficiaire**).
- Forfait hospitalier, prévu à l'article L.174-4 du code de la Sécurité sociale est pris en charge sans limitation de durée. Cette obligation concerne uniquement le forfait hospitalier facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendants (EHPAD).
- Lit d'accompagnant en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant de **moins de 12 ans** bénéficiaire du contrat (**dans le cadre d'une hospitalisation en psychiatrie, limité à 90 jours par an et par bénéficiaire**). Ces frais comprennent les frais d'hébergement d'un seul des deux parents de l'enfant facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents ».
- Forfait pour acte lourd.



### SOINS DE VILLE :

- Consultation, visite d'un généraliste ou d'un spécialiste ayant signé ou non les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),
- Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement,
- Frais d'analyse et de laboratoire,
- Actes de spécialité et petite chirurgie réalisés par un spécialiste ayant signé ou non les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),
- Radiologie et Ostéodensitométrie réalisées par un médecin ayant signé ou non les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).

### PHARMACIE :

- Frais pharmaceutiques remboursés en tout ou partie par la Sécurité sociale.
- Traitement anti-tabac remboursé par la Sécurité sociale.
- Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale sur prescription médicale.
- Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale.

### TRANSPORT :

- Frais de transport (ambulance, taxi conventionné hors SMUR (service médical d'urgence régional)) pris en charge par la Sécurité sociale.

### DENTAIRE :

- Soins dentaires pris en charge par la Sécurité sociale.
- A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020 pour une partie des actes du panier « 100 % santé » puis au 1<sup>er</sup> janvier 2021 pour le reste des soins prothétiques dentaires, trois paniers de soins prothétiques sont définis :
  - un panier « 100 % santé » (les soins prothétiques dentaires concernés sont définis dans l'arrêté du 24 mai 2019 paru au Journal Officiel du 30 mai 2019) remboursés à frais réels sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation qui s'imposent aux dentistes,
  - un panier aux tarifs maîtrisés / modérés, remboursé sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation et des garanties prévues dans le tableau des garanties,
  - un panier aux tarifs libres permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués remboursé dans la limite des garanties prévues dans le tableau de garanties.
- Inlays core pris en charge par la Sécurité Sociale.
- Inlay onlay pris en charge par la Sécurité sociale.
- Orthodontie prise en charge ou non prise en charge par la Sécurité sociale.
- Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale.
- Implantologie : implant, pilier implantaire.

MÉDECINE ALTERNATIVE : Peuvent être pris en charge les actes effectués par les praticiens mentionnés aux tableaux des garanties figurant au bulletin d'adhésion.

Les actes doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'Etat, inscrits au registre préfectoral et exerçant en France.

### OPTIQUE :

- **Prise en charge d'un équipement d'optique médicale (2 verres et 1 monture).**  
Deux classes d'équipement optique sont définies :
  - **L'équipement optique de « classe A »** sans reste à charge pour le Membre Participant : cet équipement est remboursé à frais réels dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du 100 % santé,
  - **L'équipement optique de « classe B »** : cet équipement est remboursé dans le respect des planchers et plafonds prévus dans le cadre du contrat responsable et dans la limite des garanties mentionnées dans le tableau des garanties.

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

- Soit deux verres de « classe A » et une monture de « classe B »,
- Soit deux verres de « classe B » et une monture de « classe A ».

La prise en charge s'effectue dans la limite des forfaits dédiés à chaque composante de l'équipement (verres ou monture).

Les verres neutres (c'est-à-dire sans correction dont la dioptrie égale à 0) sont exclus hors condition d'appairage.

L'équipement d'optique médicale (verres et monture) est pris en charge par l'Institution sous réserve du respect des périodicités de renouvellement. La périodicité de renouvellement est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'Institution depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018. En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre part les verres, la période pendant laquelle un équipement (2 verres et 1 monture) peut être remboursé débute à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Les périodicités de renouvellement sont définies comme suit :

- pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus, les équipements d'optique sont pris en charge à raison d'un équipement tous les deux ans suivant la dernière facturation, par bénéficiaire ;
- pour les enfants de moins de 16 ans, le renouvellement est possible au terme d'une période minimale d'un an suivant la dernière facturation d'un équipement ;
- par exception, pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois suivant la dernière facturation d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage.

Ce délai de renouvellement est réduit à un an pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans en cas d'évolution de la vue telle que définie ci-après.

Aucun délai pour le renouvellement des verres n'est exigé dans les cas suivants :

- pour les enfants de moins de 16 ans, en cas d'évolution de la vue objectivée par un ophtalmologiste sur prescription médicale ;
- sans distinction d'âge, en cas d'évolution de la réfraction constatée par une prescription médicale ophtalmologique et liée à une des situations médicales particulières listées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 paru au Journal Officiel du 13 décembre 2018.

La justification de cette évolution de la vue doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit par adaptation par l'opticien-lunetier de la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Constitue une évolution de la vue :

- la variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres,
- la variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin,
- la somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin,
- la variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie,
- la variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries,
- la variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) supérieur à 4,00 dioptries.

- **Lentilles cornéennes prises en charge par la Sécurité Sociale,**
- **Lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité Sociale** (y compris lentilles jetables),
- **Traitements chirurgicaux des troubles visuels** (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie).

#### **AIDE AUDITIVE :**

Jusqu'au 31 décembre 2020, prise en charge des aides auditives dans les conditions définies dans les tableaux des garanties figurant au du bulletin d'adhésion.

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021, deux classes d'équipement auditif sont définies :

- L'équipement auditif de « classe I » sans reste à charge : cet équipement est remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100 % santé ;
- L'équipement auditif de « classe II » : cet équipement auditif est remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de garanties, qui respectent le plafond de 1700 euros prévu dans le cadre du contrat responsable. Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou accessoires.

En revanche, ce plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

La prise en charge d'une aide auditive par oreille est limitée à une aide auditive tous les quatre ans suivant la date de facturation de l'aide auditive, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, ou par l'Institution depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

**La prise en charge d'une aide auditive par oreille est limitée à une aide auditive tous les quatre ans suivant la date de facturation de l'aide auditive, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, ou par l'Institution depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.**

#### **APPAREILLAGES :**

- **Orthopédie et prothèses médicales prises en charge par la Sécurité sociale,**

### **ALLOCATIONS FORFAITAIRES :**

- **Forfait nouvel enfant naissance ou adoption plénière :** On entend par Forfait nouvel enfant naissance ou adoption plénière, une prime destinée à rembourser forfaitairement l'ensemble des frais afférents à la naissance d'un enfant du Membre Participant déclaré à l'état civil (que le Membre Participant soit le père ou la mère) ou l'ensemble des frais afférents à l'adoption plénière d'un enfant par le Membre Participant lui-même.
- **Cure thermale acceptée par la Sécurité Sociale :** Les frais de cure thermale (forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais de transport et d'hébergement), acceptés par la Sécurité Sociale.

### **PRÉVENTION :**

L'Institution prend en charge les actes de prévention suivants :

- un détartrage annuel complet sus et sous gingival des dents, effectué en 2 séances maximum,
- le dépistage de l'hépatite B,
- Consultation prescrite par un médecin chez un diététicien pour un enfant de moins de 12 ans,
- examen de dépistage de l'ostéoporose passé entre 45 et 59 ans.

L'Institution prend également en charge :

- le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sur les première et deuxième molaires permanentes des enfants avant leur 14<sup>ème</sup> anniversaire, à raison d'une fois par dent.
- un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum.
- un bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit pour les enfants de moins de 14 ans, à condition qu'il s'agisse d'un 1<sup>er</sup> bilan.
- le dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes d'audiométrie tonale et/ou vocale (dans le bruit ou avec tympanométrie),
- l'acte d'ostéodensitométrie osseuse remboursable par l'Assurance Maladie (pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans).
- Les vaccins suivants : diphtérie, tétanos et poliomyélite (à tous âges) ; coqueluche (avant 14 ans) ; hépatite B (avant 14 ans) ; BCG (avant 6 ans), Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées et désirant un enfant, haemophilusinfluenzar B, vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix huit mois.

### **10.5 Soins engagés hors de France**

L'Institution garantit les dépenses de soins ou interventions engagées à l'étranger dans le cadre de l'Union Européenne ou dans les pays ayant signé une convention de même nature avec le régime français.

#### ***Séjours temporaires à l'étranger, salariés détachés, résidents à l'étranger***

L'Institution intervient dès lors que le Membre Participant bénéficie d'une prise en charge par la Sécurité Sociale française ou par le régime de Sécurité Sociale du pays d'accueil.

Dans les deux cas elle intervient en complément des tarifs théoriques de la Sécurité Sociale française éventuellement reconstitués et selon les garanties prévues par le contrat.

#### **Le contrat ne couvre pas les expatriés.**

#### ***Justificatifs***

L'Institution peut prendre en charge les soins à l'étranger sous réserve de recevoir les factures détaillées et acquittées des soins, éventuellement traduites, précisant au minimum la nature et le montant de chaque dépense engagée et le remboursement auquel elle a donné lieu.

## TITRE III : COTISATIONS

### Article 11 – MONTANT DES COTISATIONS

La cotisation est déterminée en fonction de l'option (Option 1 ou Option 2) choisie par le Membre Participant.

Les cotisations sont forfaitaires, exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) et individuelles, par bénéficiaire.

Les bénéficiaires des garanties sont ceux pour lesquels une cotisation est versée sous réserve de leur déclaration par le Membre Participant et de la communication à l'Institution des justificatifs visés à l'article 4 des présentes Conditions Générales.

Le montant de la cotisation est prévu pour chaque personne couverte.

**La cotisation « Enfant » est gratuite à compter du 3<sup>ème</sup> enfant affilié.**

Le montant annuel des cotisations en vigueur à la date d'effet du contrat du Membre Participant est mentionné au sein du bulletin d'adhésion.

### Article 12 – PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations y compris les taxes présentes et futures et contributions éventuelles, sont payables d'avance selon les modalités fixées sur le bulletin d'adhésion. Elles sont payables par prélèvement automatique sur compte bancaire ou par virement, selon la périodicité indiquée sur le bulletin d'adhésion.

Lorsque le contrat est résilié dans les conditions prévues aux présentes Conditions Générales, le Membre Participant n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

### Article 13 – DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

**Lorsqu'une cotisation ou fraction de cotisation n'est pas payée dans les dix jours de son échéance, l'Institution adresse au Membre Participant une lettre recommandée par laquelle il l'informe qu'à l'expiration d'un délai de quarante jours à dater de cette lettre le défaut de paiement de la cotisation ou fraction de cotisation échue ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance au cours dudit délai entraîne la résiliation du présent contrat.**

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, le Membre Participant se voit appliquer des majorations de retard fixées à 3 fois le taux d'intérêt légal et courant à compter de l'échéance.

### Article 14 – REVISIONS DES COTISATIONS ET DES GARANTIES

Les modifications apportées au contrat font l'objet d'un avenant adressé au Membre Participant par l'Institution. Les parties excluent l'application de l'article 1195 du code civil dans sa rédaction issue de l'ordonnance N° 2016-131 du 10 février 2016. Elles conviennent d'appliquer exclusivement les dispositions suivantes.

#### 14.1 Conditions de révision des cotisations et/ou des garanties

Les cotisations et/ou les garanties sont réexaminées par l'Institution en fin d'année et peuvent être modifiées en fonction des résultats de l'ensemble des contrats individuels « surcomplémentaires à la convention collective nationale des Gardiens, Concierges et Employés d'Immeubles ».

Les cotisations et/ou les garanties peuvent également être modifiées à tout moment par l'Institution en cas d'évolution législative, réglementaire et/ou de l'intervention du régime de la Sécurité sociale. Les nouvelles conditions de garanties et/ou de cotisations prennent alors effet à la date d'effet mentionnée sur la **notification de la modification. Le Membre Participant peut toujours refuser la proposition en respectant les modalités de révision prévues ci-après.**

Jusqu'à la date d'effet de cette notification, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

#### 14.2 Modalités de révision

En cas de modification des garanties et/ou de révision des cotisations telle que mentionnée précédemment, le Membre Participant peut toujours refuser la proposition de l'Institution dans les trente (30) jours qui suivent la réception dudit

courrier en envoyant sa demande de résiliation par l'un des moyens exposés à l'article 7 des présentes **Conditions Générales**. Le contrat est alors résilié dans les dix (10) jours suivants.

**En cas d'absence de réponse dans les trente (30) jours de l'envoi de la notification par lettre recommandée de l'Institution, l'Institution considérera que le Membre Participant a accepté les nouvelles conditions. Elles prendront effet à la date de modification mentionnée sur le courrier.**

Jusqu'à la date d'effet de la modification du contrat, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer au contrat

## TITRE IV : VERSEMENT DES PRESTATIONS

### Article 15 – CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

#### 15.1 Paiement des cotisations

Pour que le Membre Participant puisse bénéficier des prestations, celui-ci doit avoir payé l'intégralité des cotisations et des sommes qu'il pourrait devoir au titre du contrat.

#### 15.2 Services de tiers payant

Conformément aux dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et de ses textes réglementaires d'application, l'Institution met à la disposition du Membre Participant et ses bénéficiaires un service de dispense d'avance de frais de santé (tiers-payant) sur l'ensemble des garanties prévues au contrat faisant l'objet d'un tarif de responsabilité.

L'utilisation du tiers-payant auprès du professionnel de santé est conditionnée à l'acceptation de ce dernier. Sauf mention particulière sur la carte de tiers-payant, la dispense d'avance de frais est limitée au tarif de responsabilité. Le Membre Participant et ses bénéficiaires doivent donc régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du professionnel de santé.

Le Membre Participant et ses bénéficiaires qui n'utilisent pas leur carte de tiers-payant ou se voient refuser ce service par le professionnel de santé doivent demander une facture auprès du professionnel de santé afin d'être remboursés par l'Institution.

#### 15.3 La prise en charge hospitalière

Dès qu'il a connaissance de l'hospitalisation d'un bénéficiaire en établissement conventionné avec la Sécurité Sociale, le Membre Participant en informe l'Institution qui lui délivrera une attestation de prise en charge.

Cette attestation de prise en charge dispensera le bénéficiaire de tout paiement des frais d'hospitalisation, dans la limite du contrat et en tout état de cause **dans la limite de 300 % de la Base de Remboursement** pour les honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire, à l'exception des frais personnels.

Si l'hospitalisation n'a donné lieu à aucune prise en charge par l'Institution, le bénéficiaire règle son séjour hospitalier à l'établissement.

#### 15.4 Demandes de prestations

Les Membres Participants et plus généralement tous bénéficiaires des garanties sont tenus, pour bénéficier des prestations du contrat, de fournir à l'Institution les déclarations et pièces justificatives listées dans les présentes conditions générales. **Les demandes de prestations doivent être produites à l'Institution dans un délai maximum de deux ans suivant la date du décompte de Sécurité sociale ou de survenance des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale. A défaut, le bénéficiaire se voit opposer la prescription visée à l'article 17.**

L'Institution se réserve le droit de demander au Membre Participant ou bénéficiaire toute autre pièce justificative pour tenir compte notamment des spécificités des garanties souscrites.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du bénéficiaire de la prestation.

**En cas de déclaration frauduleuse, l'Institution n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à des soins réels.**

Il appartient aux bénéficiaires d'informer l'Institution de toute modification de ses coordonnées bancaires, **notamment en cas de modification de la situation familiale (instance de divorce, procédure en cours de rupture du PACS ou de séparation des concubins, succession).**

#### 15.5 Justificatifs et contrôle

- Afin d'assurer la protection de ses données personnelles de santé, le Bénéficiaire a la possibilité d'adresser par voie postale tout document comportant ce type de données, sous pli cacheté portant la mention "Confidentiel", à l'attention de Monsieur le Médecin-conseil - Centre de Service Prestations Santé dont l'adresse figure sur sa carte de tiers-payant.

- Le service médical de l'Institution peut faire procéder par un médecin, un chirurgien-dentiste ou tout autre professionnel de santé désigné par lui, au contrôle médical du Bénéficiaire qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre du contrat.

Lors du contrôle médical, le Membre Participant a la faculté de se faire assister par le médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant.

La charge des honoraires des professionnels de santé missionnés par le service médical est supportée par l'Institution ou, en cas de fraude avérée, par le bénéficiaire.

Outre les pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, le service médical de l'Institution se réserve la possibilité de demander des pièces complémentaires permettant une juste appréciation de la situation du bénéficiaire et de s'assurer du respect effectif des dispositions de l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale.

L'Institution peut également demander tout renseignement ou pièce permettant d'établir la réalité du paiement des dépenses engagées (notamment documents comptables et bancaires) ou la réalité des prestations elles-mêmes. Ces pièces peuvent être demandées avant ou après paiement des prestations, y **compris après résiliation du contrat**.

- Pour ouvrir droit à prise en charge, les actes ou soins doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'Etat et inscrits sur des registres nationaux. L'Institution se réserve la possibilité de demander tous les justificatifs établissant la qualité et/ou le statut du professionnel de santé dont les actes ou soins sont à l'origine de la demande de prestations (inscription sur des registres nationaux, N° d'inscription Adeli etc ...).
- En cas de refus de se soumettre au contrôle médical ou à défaut de fournir les justificatifs demandés, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge.



## **TITRE V : DISPOSITIONS GENERALES**

### **Article 16 – DECHEANCE**

Le Membre Participant ou le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre (survenance des soins) concerné :

- s'il fait volontairement une fausse déclaration de sinistre ou à l'occasion d'un sinistre, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,
- s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.

Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de l'Institution.

### **Article 17– RECOURS SUBROGATOIRE**

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, à l'exclusion du cas de décès, la victime ou ses ayants droit donnent de plein droit subrogation à l'Institution dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite toutefois du montant des prestations versées. L'Institution se réserve la possibilité de leur demander une quittance subrogatoire.

Cette action en recours s'exerce dans la limite des dispositions de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985.

Lorsque, du fait de la victime ou des ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, l'Institution n'a pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

### **Article 18 – PRESCRIPTION**

Toute action dérivant du contrat est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Lorsque l'action du Membre Participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le Membre Participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun que sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait prévue à l'article 2240 du Code civil,
- la demande en justice, même en référé prévue de l'article 2241 à 2243 de ce même code,
- un acte d'exécution forcée prévu de l'article 2244 à 2246 de ce même code.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter :

- de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Institution au Membre Participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation
- et de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par le Membre Participant, le Bénéficiaire, ou l'ayant droit en ce qui concerne le règlement de la Prestation.

Le recommandé électronique avec accusé de réception peut également être envoyé au même titre que la lettre recommandée avec accusé de réception en vue d'interrompre la prescription.

La date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi du recommandé électronique fait foi de la date d'envoi.

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, les délais visés ci-dessus ne courent qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

## **Article 19 – SOUSCRIPTION AU CONTRAT A DISTANCE**

### 19.1 Coût lié à l'utilisation de la technique de communication à distance

La souscription du contrat par le biais d'une ou plusieurs techniques de communication à distance est soumise aux conditions tarifaires en vigueur applicables à la technique de communication utilisée par le Membre Participant, dont le coût est supporté par ses soins.

### 19.2 Loi applicable

La loi française est la loi sur laquelle se fonde l'Institution pour établir les relations précontractuelles avec le Membre Participant, ainsi que celle applicable au contrat notamment pour son interprétation ou son exécution. Compétence exclusive est attribuée aux tribunaux civils français.

### 19.3 Langue utilisée

L'Institution et le Membre Participant conviennent de l'utilisation de la langue française pendant toute la durée de l'adhésion du Membre Participant au contrat.

### 19.4 Fonds paritaire de garantie

Le Membre Participant est informé de l'existence du fonds paritaire de garantie des Membres Participants contre la défaillance des Institutions de prévoyance et unions des Institution de Prévoyance, fonds visé aux articles L.931-35 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

## **Article 20 – DEMANDES D'INFORMATION – RECLAMATION - MEDIATION**

En cas de difficultés dans l'application du contrat, le Membre Participant et/ou les bénéficiaires peuvent contacter dans un premier temps leur conseiller ou contact habituel.

Si la demande ne trouve pas satisfaction, la réclamation peut être adressée comme suit à : [reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com](mailto:reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com) ou à l'adresse du Service Réclamations Particuliers Assurance- 78288 Guyancourt Cedex.

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, Membre Participant et/ou les bénéficiaires peuvent, s'adresser au médiateur de la Protection Sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance - CTIP), à l'adresse suivante :

M. le médiateur de la protection sociale CTIP, 10 rue Cambacérès, 75008 Paris ou par voie électronique : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/> dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'Institution et sans préjudice du droit d'agir en justice

## **Article 21 – CONTROLE DE L'INSTITUTION**

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS Cedex 9.

## **Article 22 – DISPOSITIONS DIVERSES**

### 22.1 Valeur contractuelle

Ont valeur contractuelle :

- les présentes Conditions Générales,
- le bulletin d'adhésion dûment complété et signé par le Membre Participant,
- le certificat d'adhésion,
- les avenants et lettres-avenants.

En cas de contradiction entre les dispositions du bulletin d'adhésion et celles du certificat d'adhésion, ce sont celles du certificat d'adhésion qui l'emportent.

Les titres des articles des Conditions Générales n'ont qu'une valeur classificatoire.

Le contrat exprime l'intégralité de l'accord conclu entre les parties. Il prévaut sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les parties se rapportant à l'objet du contrat.

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions du contrat serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité réputée non écrite sans que cela ne remette en cause la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du contrat.

## 22.2 Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), le Membre Participant et les bénéficiaires sont informés par Malakoff Humanis Prévoyance, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

Malakoff Humanis a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à [dpo@malakoffhumanis.com](mailto:dpo@malakoffhumanis.com) ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel du Membre Participant et des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Malakoff Humanis ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- la gestion des avis de l'assuré et des bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par le Membre Participant et les bénéficiaires ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification du Membre Participant et des bénéficiaires ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ;
- la proposition du Membre Participant et aux bénéficiaires de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination du Membre Participant et des bénéficiaires.

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données personnelles du Membre Participant et des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, en sa qualité d'organisme d'assurance, Malakoff Humanis utilise le NIR (dénommé couramment « numéro de sécurité sociale ») du Membre Participant et des bénéficiaires pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique du Membre Participant et des bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel du Membre Participant et des bénéficiaires sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de Malakoff Humanis dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé du v et des bénéficiaires sont destinées au Service médical de Malakoff Humanis et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

Malakoff Humanis s'engage à ce que les données à caractère personnel du Membre Participant et des bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la du Membre Participant et des bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Si des données à caractère personnel du Membre Participant et des bénéficiaires venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, Malakoff Humanis s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec le Membre Participant et les bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de Malakoff Humanis et des prescriptions légales applicables.

Malakoff Humanis et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données du Membre Participant et des bénéficiaires et (2) à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. Le Membre Participant et les bénéficiaires disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. Le Membre Participant et les bénéficiaires disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés par email à [dpo@malakoffhumanis.com](mailto:dpo@malakoffhumanis.com) ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

En cas de réclamation relative à la protection des données, le Membre Participant et les bénéficiaires disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

Le Membre Participant et les bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr)



#### **MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE**

Institution de prévoyance régie par le livre IX  
du Code de la sécurité sociale  
Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris  
N° SIREN 775 691 181

# SURCOMPLEMENTAIRE A LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES GARDIENS, CONCIERGES ET EMPLOYES D'IMMEUBLE

## Justificatifs

Tableau récapitulatif des pièces à joindre aux demandes de prestations
---

	<b>Bénéficiaire NOEMIE</b>
<b>Hospitalisation chirurgicale ou médicale</b> Etablissement conventionné ou non conventionné	Sans demande de prise en charge : facture originale acquittée de l'établissement hospitalier (forfait hospitalier, chambre particulière, lit d'accompagnant...)
<b>Soins courants</b> (consultation, visite, pharmacie, soins dentaires, pratique médicale courante,..)	Aucun document
<b>Médecine alternative</b>	Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...)
<b>Optique</b>	Facture détaillée et acquittée des frais d'optique. En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, la prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent et : <ul style="list-style-type: none"> <li>- soit une nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction,</li> <li>- soit la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant les nouvelles corrections.</li> </ul> Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité sociale
- Traitements chirurgicaux des troubles visuels	Note d'honoraires originale du praticien détaillant le nombre d'œil opéré
<b>Prothèses dentaires – Orthodontie</b> - Prises en charge ou non prises en charge par la Sécurité Sociale	Imprimé type de l'Institution et/ou facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la Nomenclature de la Sécurité Sociale. *
<b>Maternité</b>	Photocopie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance ou acte d'enfant sans vie
<b>Adoption</b>	Photocopie du certificat définitif d'adoption
<b>Cure thermale</b>	Facture acquittée du séjour
	<b>Non Bénéficiaire Noémie</b>
<b>Pour les soins pris en charge par la Sécurité Sociale</b>	Décompte original de la Sécurité Sociale Justificatifs ci-dessus

	<b>Non Bénéficiaire Noémie</b>
<b>Pour les soins pris en charge par la Sécurité Sociale</b>	Décompte original de la Sécurité Sociale Justificatifs ci-dessus
<b>Pharmacie prescrite et non remboursée par la Sécurité sociale</b>	Ordonnance et facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et précisant le nom du produit

\* Le Membre participant peut transmettre à l'Institution, pour avis préalable sur le montant de sa prestation, un devis détaillé du praticien indiquant la codification des actes.

Pour tout acte ou frais non pris en charge par la Sécurité Sociale : facture originale acquittée.

En cas de tiers payant avec la Sécurité Sociale mais sans tiers payant avec l'Institution : Facture acquittée du Ticket Modérateur.