

CONTRAT D'ADHESION

MALAKOFF HUMANIS SANTÉ AGRICOLE



TSA 47371
34186 MONTPELLIER Cedex 4
Tel : 09 77 40 06 80

ACCORD NATIONAL DU 10 JUIN 2008 SUR UNE
PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE EN
AGRICULTURE ET LA CREATION D'UN REGIME
DE PREVOYANCE

Adhésion

Modification d'adhésion

Cadre réservé à Malakoff Humanis Prévoyance

N° Entreprise : _____

N° de contrat : CRI2017001S/00

Code distributeur : _____

Taux de distribution : _____

Date d'effet de l'adhésion : 01/___/_____

CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE

DIRECT

Raison sociale : _____
Adresse du siège social : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Adresse de correspondance (si différente) : _____
Téléphone : ___/___/___/___ Fax : ___/___/___/___ Adresse email : _____
Date de création : ___/___/___ Forme juridique : _____
Code NAF : _____ N° IDCC : _____ N° SIREN : _____
Nature de l'activité : _____
Effectif concerné à la date de l'adhésion : _____

➤ ADHESION

L'entreprise ⁽¹⁾, ci-dessus nommée, représentée par _____
agissant en qualité de _____ muni de tous les pouvoirs nécessaires ⁽²⁾ déclare **adhérer
au contrat collectif obligatoire** ci-dessus référencé assuré par Malakoff Humanis Prévoyance, au profit de l'ensemble de son
personnel non affilié à l'AGIRC relevant du champ d'application de l'Accord du 10 juin 2008 sur une protection sociale
complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, en vue d'appliquer les dispositions du régime Frais de
santé instauré par l'Accord précité.

Les cotisations sont celles de l'année en cours et sont susceptibles d'évolution au 1^{er} janvier de l'année suivante, selon les
dispositions mentionnées aux Conditions Générales régissant le contrat.

⁽¹⁾ Exploitation et entreprises agricoles ayant une activité définie aux subdivisions de l'article L.722-1 du code rural et de la pêche maritime, à l'exception des centres équestres entraîneurs de chevaux de courses, champs de course et des parcs zoologiques, des entreprises du paysage, de l'Office national des forêts et des établissements de conchyliculture.

⁽²⁾ L'adhésion constituant un engagement contractuel de l'entreprise, le présent contrat d'adhésion doit être signé par un représentant légal de celle-ci ou, à défaut, par une personne dûment habilitée à prendre cet engagement. Afin d'enregistrer l'adhésion, l'entreprise doit joindre au présent document un Kbis de moins de 3 mois ou le récépissé de déclaration à la Préfecture pour une association. Lorsque le signataire n'est pas le représentant légal mentionné sur le Kbis ou n'est pas le président de l'association, il doit fournir une copie de sa pièce d'identité (CNI, passeport, carte de séjour) en cours de validité ainsi que le pouvoir l'ayant dûment habilité à cet effet.

TOURNEZ SVP ➤

➤ ENGAGEMENT

Le contrat prend effet à la date indiquée au présent contrat d'adhésion par Malakoff Humanis Prévoyance et au plus tôt au 1^{er} jour du mois civil qui suit l'envoi du présent contrat d'adhésion (cachet de la poste faisant foi) dûment complété. En tout état de cause, l'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance. Un double vous sera retourné après acceptation de l'Institution.

La rémunération perçue par le personnel de Malakoff Humanis Prévoyance au titre de la distribution du contrat a la nature d'un salaire.

L'entreprise certifie avoir été sollicitée par son conseiller pour déterminer ses besoins et exigences en matière de couverture santé et prévoyance et avoir bénéficié d'un conseil adapté à sa situation préalablement à la souscription du présent contrat d'adhésion.

L'entreprise reconnaît avoir préalablement à la signature du présent contrat d'adhésion, reçu et pris connaissance du Document d'Information Produit ainsi que du Document d'Information Produit Assistance.

L'entreprise reconnaît avoir préalablement reçu le contrat d'adhésion (où figurent en annexe les cotisations), les Conditions Générales (où figurent en annexe les garanties) référencées « CG/HSA/FS-07.2017 » ainsi que la notice d'information référencée « NI/HSA/FS-07.2017 » et les Conditions générales valant notice d'information dénommées « ASSISTANCE SANTE A DOMICILE », référencées « Convention n°753734 », téléchargeables à l'adresse suivante : <http://univers.malakoffmederic.com/assistance-teleconsultation.html>.

Après avoir pris connaissance de l'ensemble de ces documents, elle en accepte les termes.

Fait à _____ le ____/____/____

L'ENTREPRISE
(signature et cachet)

MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE
Le Directeur
(signature et cachet)

L'interlocuteur commercial de l'entreprise : _____

Les informations collectées sont toutes nécessaires à « Malakoff Humanis Prévoyance », ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement, pour la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance.

En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également d'un droit de vous opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Vous disposez enfin de la possibilité de vous 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 directement sur notre site via nos formulaires, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.

Vous disposez également du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

Malakoff Humanis Prévoyance – Institution de Prévoyance régie par les dispositions du Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité Sociale, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°775 691 181 – Siège social : 21 rue Laffitte 75009 PARIS – Soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09

Les garanties assistance sont portées par AUXIA Assistance – Société anonyme au capital entièrement libéré de 1 780 000 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de PARIS sous le n°351 733 761 – Siège social : 21 rue Laffitte 75009 PARIS

MALAKOFF HUMANIS SANTE AGRICOLE

GARANTIES FRAIS DE SANTE

ANNEXE : COTISATIONS

CONTRAT STANDARD : CRI2017001S/00

Taux de cotisations au 1^{er} janvier 2020 :

Les cotisations sont celles de l'année en cours et sont susceptibles d'évolution au 1^{er} janvier de l'année suivante, selon les dispositions mentionnées aux Conditions Générales régissant le contrat.

COTISATION MENSUELLE TTC EN EUROS		
	Régime Général	Régime Alsace Moselle
Participant seul	32,40 €	19,44 €

CONTRAT D'ADHESION



MALAKOFF HUMANIS SANTÉ AGRICOLE

ACCORD NATIONAL DU 10 JUIN 2008 SUR UNE
PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE EN
AGRICULTURE ET LA CRÉATION D'UN RÉGIME
DE PRÉVOYANCE

TSA 47371
34186 MONTPELLIER Cedex 4
Tel : 09 77 40 06 80

Adhésion

Modification d'adhésion

Cadre réservé à Malakoff Humanis Prévoyance

N° Entreprise : _____
N° de contrats : _____
- contrat socle collectif obligatoire : CRI2017001S/02
- contrat surcomplémentaire collectif obligatoire ou facultatif :
CRI2017001S/04
Code distributeur : _____
Taux de distribution : _____
Date d'effet de l'adhésion : 01/____/____

**CONTRAT SOCLE COLLECTIF
FACULTATIF**
et
**CONTRAT SURCOMPLÉMENTAIRE
COLLECTIF
DIRECT**

Raison sociale : _____
Adresse du siège social : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Adresse de correspondance (si différente) : _____
Téléphone : ____/____/____/____ Fax : ____/____/____/____ Adresse email : _____
Date de création : ____/____/____ Forme juridique : _____
Code NAF : _____ N° IDCC : _____ N° SIREN : _____
Nature de l'activité : _____
Effectif concerné à la date de l'adhésion : _____

➤ ADHESION

L'entreprise ⁽¹⁾, ci-dessus nommée, représentée par _____
agissant en qualité de _____ muni de tous les pouvoirs nécessaires ⁽²⁾ déclare **adhérer**
au contrat socle collectif facultatif ⁽³⁾ référencé CRI2017001S/02 et assuré par Malakoff Humanis Prévoyance, au profit des
ayants droit de ses salariés affiliés eux-mêmes au **contrat socle collectif obligatoire** référencé CRI2017001S/00.

⁽¹⁾ Exploitation et entreprises agricoles ayant une activité définie aux subdivisions de l'article L.722-1 du code rural et de la pêche maritime, à l'exception des centres équestres entraîneurs de chevaux de courses, champs de course et des parcs zoologiques, des entreprises du paysage, de l'Office national des forêts et des établissements de conchyliculture.

⁽²⁾ L'adhésion constituant un engagement contractuel de l'entreprise, le présent contrat d'adhésion doit être signé par un représentant légal de celle-ci ou, à défaut, par une personne dûment habilitée à prendre cet engagement. Afin d'enregistrer l'adhésion, l'entreprise doit joindre au présent document un Kbis de moins de 3 mois ou le récépissé de déclaration à la Préfecture pour une association. Lorsque le signataire n'est pas le représentant légal mentionné sur le Kbis ou n'est pas le président de l'association, il doit fournir une copie de sa pièce d'identité (CNI, passeport, carte de séjour) en cours de validité ainsi que le pouvoir l'ayant dûment habilité à cet effet.

⁽³⁾ Le contrat socle collectif facultatif et le contrat surcomplémentaire collectif ne peuvent être souscrits seuls. Ils viennent obligatoirement en complément du contrat socle collectif obligatoire assuré par Malakoff Humanis Prévoyance. La résiliation du contrat socle collectif obligatoire entraînera la résiliation du contrat socle collectif facultatif et/ou du contrat surcomplémentaire collectif à la même date d'effet.

TOURNEZ SVP ➤

➤ **ENGAGEMENT**

Le contrat prend effet à la date indiquée au présent contrat d'adhésion par Malakoff Humanis Prévoyance et au plus tôt au 1^{er} jour du mois civil qui suit l'envoi du présent contrat d'adhésion (cachet de la poste faisant foi) dûment complété. En tout état de cause, l'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance. Un double vous sera retourné après acceptation de l'Institution.

La rémunération perçue par le personnel de Malakoff Humanis Prévoyance au titre de la distribution du contrat a la nature d'un salaire.

L'entreprise certifie avoir été sollicitée par son conseiller pour déterminer ses besoins et exigences en matière de couverture santé et prévoyance et avoir bénéficié d'un conseil adapté à sa situation préalablement à la souscription du présent contrat d'adhésion.

L'entreprise reconnaît avoir préalablement à la signature du présent contrat d'adhésion, reçu et pris connaissance du Document d'Information Produit.

L'entreprise reconnaît avoir préalablement reçu le contrat d'adhésion (où figurent en annexe les cotisations), les Conditions Générales (où figurent en annexe les garanties) référencées « CG/HP/HSAFAC/FS-07.2017 » ainsi que la notice d'information référencée « NI/HP/HSAFAC/FS-07.2017 » et les Conditions générales valant notice d'information dénommées « ASSISTANCE SANTE A DOMICILE », référencées « Convention n°753734 », téléchargeables à l'adresse suivante : <http://univers.malakoffmederic.com/assistance-teleconsultation.html>.

Après avoir pris connaissance de l'ensemble de ces documents, elle en accepte les termes

Fait à _____ le ____/____/____

L'ENTREPRISE
(signature et cachet)

MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE
Le Directeur
(signature et cachet)

L'interlocuteur commercial de l'entreprise : _____

Les informations collectées sont toutes nécessaires à « Malakoff Humanis Prévoyance », ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement, pour la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance.

En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également d'un droit de vous opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Vous disposez enfin de la possibilité de vous 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 directement sur notre site via nos formulaires, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.

Vous disposez également du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

Malakoff Humanis Prévoyance – Institution de Prévoyance régie par les dispositions du Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité Sociale, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°775 691 181 – Siège social : 21 rue Laffitte 75009 PARIS – Soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09

Les garanties assistance sont portées par AUXIA Assistance – Société anonyme au capital entièrement libéré de 1 780 000 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de PARIS sous le n°351 733 761 – Siège social : 21 rue Laffitte 75009 PARIS

➤ **ADHESION**

L'entreprise ⁽¹⁾, ci-dessus nommée, représentée par _____
agissant en qualité de _____ muni de tous les pouvoirs nécessaires ⁽²⁾ déclare **adhérer**
au contrat surcomplémentaire collectif ⁽³⁾ référencé CRI2017001S/04 et assuré par Malakoff Humanis Prévoyance comme
suit (cochez en fonction de votre souhait) :

Type d'adhésion	<input type="checkbox"/> Adhésion collective obligatoire du salarié <i>Appel des cotisations collectif (auprès de l'entreprise)</i>	<input type="checkbox"/> Adhésion collective facultative du salarié <i>Appel de cotisation individuel (auprès du salarié)</i>
Garanties retenues	<input type="checkbox"/> Option 1 ou <input type="checkbox"/> Option 2 ou <input type="checkbox"/> Option 3	<input type="checkbox"/> Option 1 et/ou <input type="checkbox"/> Option 2 et/ou <input type="checkbox"/> Option 3

➤ **ENGAGEMENT**

Le contrat prend effet à la date indiquée au présent contrat d'adhésion par Malakoff Humanis Prévoyance et au plus tôt au 1^{er} jour du mois civil qui suit l'envoi du présent contrat d'adhésion (cachet de la poste faisant foi) dûment complété. En tout état de cause, l'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance. Un double vous sera retourné après acceptation de l'Institution.

La rémunération perçue par le personnel de Malakoff Humanis Prévoyance au titre de la distribution du contrat a la nature d'un salaire.

L'entreprise certifie avoir été sollicitée par son conseiller pour déterminer ses besoins et exigences en matière de couverture santé et prévoyance et avoir bénéficié d'un conseil adapté à sa situation préalablement à la souscription du présent contrat d'adhésion.

L'entreprise reconnaît avoir préalablement à la signature du présent contrat d'adhésion, reçu et pris connaissance du Document d'Information Produit.

L'entreprise reconnaît avoir préalablement reçu le contrat d'adhésion (où figurent en annexe les cotisations), les Conditions Générales (où figurent en annexe les garanties) référencées « CG/HP/HSASurcomp/FS-07.2017 » ainsi que la notice d'information référencée « NI/HP/HSASurcomp/FS-07.2017 ».

Après avoir pris connaissance de l'ensemble de ces documents, elle en accepte les termes

Fait à _____ le ____/____/____

L'ENTREPRISE
(signature et cachet)

MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE
Le Directeur
(signature et cachet)

L'interlocuteur commercial de l'entreprise : _____

MALAKOFF HUMANIS SANTE AGRICOLE

GARANTIES FRAIS DE SANTE

ANNEXE : COTISATIONS

CONTRAT STANDARD : CRI2017001S/02

Ayants droit des salariés affiliés eux-mêmes au contrat socle collectif obligatoire référencé CRI2017001S/00.

Taux de cotisations au 1^{er} janvier 2020 :

Les cotisations sont celles de l'année en cours et sont susceptibles d'évolution au 1^{er} janvier de l'année suivante, selon les dispositions mentionnées aux Conditions Générales régissant le contrat.

Ces cotisations sont à la charge exclusive du salarié.

COTISATION MENSUELLE TTC EN EUROS		
	Régime Général	Régime Alsace Moselle
Conjoint et assimilé	32,40 €	19,44 €
Par enfant à charge *	20,26 €	12,16 €
Par ascendant à charge	32,40 €	19,44 €

* Gratuité à compter du 3^e enfant

MALAKOFF HUMANIS SANTE AGRICOLE

GARANTIES FRAIS DE SANTE

ANNEXE : COTISATIONS

CONTRAT STANDARD : CRI2017001S/04

Salariés affiliés au contrat socle collectif obligatoire référencé CRI2017001S/00 et ayants droit affiliés au contrat socle collectif facultatif référencé CRI2017001S/02.

Les cotisations sont complémentaires à celles du contrat socle collectif obligatoire et à celles du contrat socle collectif facultatif du régime frais de santé.

Taux de cotisations au 1^{er} janvier 2020 :

Les cotisations sont celles de l'année en cours et sont susceptibles d'évolution au 1^{er} janvier de l'année suivante, selon les dispositions mentionnées aux Conditions Générales régissant le contrat.

Ces cotisations sont à la charge exclusive du salarié.

Lorsque l'adhésion au contrat surcomplémentaire collectif facultatif est facultative

OPTION 1	
COTISATION MENSUELLE TTC EN EUROS	
	Régime Général / Régime Alsace Moselle
Participant	+ 17,50 €
Conjoint et assimilé	+ 17,50 €
Par enfant à charge *	+ 10,10 €
Par ascendant à charge	+ 17,50 €

* Gratuité à compter du 3^e enfant

OPTION 2	
COTISATION MENSUELLE TTC EN EUROS	
	Régime Général / Régime Alsace Moselle
Participant	+ 34, 20€
Conjoint et assimilé	+ 34, 20€
Par enfant à charge *	+ 19,80 €
Par ascendant à charge	+ 34, 20€

* Gratuité à compter du 3^e enfant

OPTION 3	
COTISATION MENSUELLE TTC EN EUROS	
	Régime Général / Régime Alsace Moselle
Participant	+ 38,30 €
Conjoint et assimilé	+ 38,30 €
Par enfant à charge *	+ 22,18 €
Par ascendant à charge	+ 38,30 €

* Gratuité à compter du 3^e enfant

Lorsque l'adhésion au contrat surcomplémentaire collectif facultatif est obligatoire

OPTION 1	
COTISATION MENSUELLE TTC EN EUROS	
	Régime Général / Régime Alsace Moselle
Participant	+ 15,22
Conjoint et assimilé	+ 15,22
Par enfant à charge *	+ 8,78 €
Par ascendant à charge	+ 15,22

* Gratuité à compter du 3^e enfant

OPTION 2	
COTISATION MENSUELLE TTC EN EUROS	
	Régime Général / Régime Alsace Moselle
Participant	+ 29,74 €
Conjoint et assimilé	+ 29,74 €
Par enfant à charge *	+ 17,22 €
Par ascendant à charge	+ 29,74 €

* Gratuité à compter du 3^e enfant

OPTION 3	
COTISATION MENSUELLE TTC EN EUROS	
	Régime Général / Régime Alsace Moselle
Participant	+ 33,31 €
Conjoint et assimilé	+ 33,31 €
Par enfant à charge *	+ 19,29 €
Par ascendant à charge	+ 33,31 €

* Gratuité à compter du 3^e enfant

HUMANIS SANTÉ AGRICOLE

**ACCORD NATIONAL DU 10 JUIN 2008 SUR UNE PROTECTION SOCIALE
COMPLÉMENTAIRE EN AGRICULTURE
ET LA CRÉATION D'UN RÉGIME DE PRÉVOYANCE**

**AU PROFIT DES SALARIÉS AGRICOLES RELEVANT DU CHAMP
D'APPLICATION DE L'ACCORD PRÉCITÉ, NON AFFILIÉS A L'AGIRC**

CONDITIONS GÉNÉRALES

RÉGIME FRAIS DE SANTE

SOMMAIRE

TITRE I DISPOSITIONS RELATIVES A LA VIE DU CONTRAT	4
ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT.....	4
ARTICLE 2 – CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE.....	4
2.1 Optique.....	5
2.2 Dentaire.....	6
2.3 Aide auditive.....	6
ARTICLE 3 – DURÉE – PRISE D’EFFET – RENOUELEMENT DU CONTRAT.....	6
ARTICLE 4 – RÉVISION DU CONTRAT - MODIFICATION DE LA LÉGISLATION OU DE LA RÉGLEMENTATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.....	7
ARTICLE 5 – OBLIGATIONS DE L’ADHERENT.....	7
ARTICLE 6 – BÉNÉFICIAIRES.....	8
ARTICLE 7 – INFORMATION DES PARTICIPANTS.....	8
TITRE II DEFINITION DES GARANTIES	9
ARTICLE 8 – GARANTIES FRAIS DE SANTÉ.....	9
8.1 Objet et conditions des garanties.....	9
8.2 Frais médicaux engagés à l’étranger.....	13
8.3 Modalités de versement des prestations.....	13
8.4 Tiers payant généralisé.....	15
8.5 Assistance et téléconsultation.....	15
8.6 Contrôle et justificatifs.....	15
TITRE III DISPOSITIONS GÉNÉRALES	16
ARTICLE 9 – ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES – SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN....	16
9.1 Prise d’effet des garanties	16
9.2 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail	16
9.3 Maintien des garanties santé au titre de l’article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale : la « Portabilité des droits »	16
9.4 Maintien des garanties santé au titre de l’article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989	18
ARTICLE 10 – CONDITIONS DE CESSATION DES GARANTIES.....	18
ARTICLE 11 – COTISATIONS.....	18
11.1 Assiette des cotisations	18
11.2 Révision des cotisations et/ou des garanties par l’INSTITUTION	18
ARTICLE 12 – PAIEMENT DES COTISATIONS.....	19
12.1 Appel des cotisations	19
12.2 Défaut de paiement des cotisations	20
ARTICLE 13 – PRINCIPE DE SOLIDARITE.....	20
13.1 Mise en œuvre du principe de solidarité	20
13.2 Dispositifs de prévention et d’action sociale	20
ARTICLE 14 – PRESCRIPTION.....	21
ARTICLE 15 – RECOURS SUBROGATOIRE.....	21
ARTICLE 16 – DISPOSITIONS DIVERSES.....	22
16.1 Confidentialité	22
16.2 Protection des données à caractère personnel	22

16.3 Cession du contrat	23
ARTICLE 17 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE – RÉCLAMATIONS – MEDIATION.....	24
17.1 Contrôle de l'Institution.....	24
17.2 Réclamations – Médiation.....	24
L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE.....	25

TITRE I

DISPOSITIONS RELATIVES A LA VIE DU CONTRAT

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

Les partenaires sociaux ont signé un Accord national en date du 10 juin 2008 (ci-après dénommé « l'Accord ») modifié par avenant n°4 du 15 septembre 2015 sur la protection sociale en agriculture et la création d'un régime de prévoyance au profit des salariés agricoles relevant du champ d'application dudit Accord, non affiliés à l'AGIRC (complété par un avenant n°5 signé le 28 septembre 2016 et un avenant n°6 signé le 17 avril 2018).

Le contrat collectif à adhésion obligatoire (dénommé ci-après « le contrat »), conclu par l'entreprise entrant dans le champ d'application de l'accord précité, est constitué des présentes Conditions Générales ainsi que du Contrat d'Adhésion.

Il est souscrit par la personne morale désignée au Contrat d'Adhésion, et ci-après dénommée « l'Adhérent », auprès de « 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 numéro 775 691 181, dont le siège social est à PARIS (75009), 21 rue Laffitte, dénommée ci-après « l'Institution ».

La garantie a pour objet le remboursement des frais de santé.

Les présentes Conditions générales ont pour objet de définir les conditions d'adhésion des entreprises ainsi que des modalités d'affiliation de la catégorie assurée au contrat.

Le présent contrat est régi par les dispositions du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 2 – 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 aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 872-2 du Code de la Sécurité sociale.

A 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 D160-9 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. 321-1 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 publique (accès au dossier Médical Personnel).**
- **Les dépassements autorisés d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque le Salarié et ses ayants droit consultent sans prescription du médecin traitant.**

- **Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.**

Les garanties et les cotisations telles qu'elles sont définies aux présentes Conditions Générales ont été établies sur la base des dispositions légales et réglementaires relatives aux contrats « responsables » en vigueur au jour de la signature du présent contrat. En cas de contradiction entre ces règles et celles prévues par le présent contrat, les règles du contrat responsable prévaudront.

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

Les garanties du contrat respectent les *minima* et les *maxima* de garanties prévues à l'article R. 872-2 du Code de la Sécurité sociale. Le contrat prend alors obligatoirement en charge les prestations prévues dans le cadre du 100% Santé en optique, dentaire et pour les aides auditives, dans le respect du calendrier prévu par les textes et dans les conditions précisées ci-dessous.

2.1 Optique

L'équipement optique est composé de deux verres et d'une monture.

Deux classes d'équipement optique sont définies :

- l'équipement optique de « classe A » sans reste à charge pour le Participant : cet équipement est remboursé aux 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 de ces forfaits pour chaque composante de l'équipement (verres ou monture).

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

Les verres simples, complexes ou très complexes sont définis au tableau des garanties.

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^{er} 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 (verres et 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 équipements d'optique sont pris en charge à raison d'un équipement tous les deux ans, par bénéficiaire. Ce délai de renouvellement est réduit à un an en cas d'évolution de la vue.

La justification de cette évolution de la vue, dans les conditions visées par la réglementation, 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.

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.

Aucun délai de renouvellement **des verres** n'est exigé, 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 définies par l'arrêté du 3 décembre 2018 paru au Journal Officiel du 13 décembre 2018.

2.2 Dentaire

A compter du 1er janvier 2020 pour une partie des actes du panier « 100 % santé » puis au 1er 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 aux 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 les 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.

2.3 Aide auditive

A compter du 1er 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 est remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de garanties. Si les garanties sont dites « responsables », elles 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 tels que les tickets modérateurs des consommables, des piles ou des accessoires.

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 1er janvier 2017. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

ARTICLE 3 – DURÉE – PRISE D'EFFET – RENOUELEMENT DU CONTRAT

Le contrat prend effet à la date indiquée par l'Institution au contrat d'adhésion, dûment complété et signé par l'entreprise et retourné contresigné par l'Institution. Il est souscrit pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours. En tout état de cause, l'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications règlementaires incombant aux entreprises d'assurance.

Le contrat est renouvelé par tacite reconduction à chaque échéance annuelle, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties effectuée par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique et moyennant le respect d'un préavis de deux mois.

La résiliation du contrat par l'Adhérent doit être adressée à l'Institution par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, le cachet de la poste ou la date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi recommandé électronique, faisant foi. Elle ne prend effet qu'au 31 décembre de la même année.

La résiliation 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 celle-ci.

L'Institution peut également résilier le contrat en adressant un courrier recommandé à l'Adhérent au moins 2 mois avant l'échéance annuelle, soit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, le cachet de la poste faisant foi.

Cependant, en cas de changement d'activité plaçant l'Adhérent en dehors du champ d'application de l'Accord, l'Adhérent doit notifier ce changement à l'Institution par lettre recommandée avec avis de réception qui aura valeur de lettre de résiliation.

ARTICLE 4 – RÉVISION DU CONTRAT - MODIFICATION DE LA LÉGISLATION OU DE LA RÉGLEMENTATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Les parties excluent l'application de l'article 1195 du code civil.

Les cotisations et les garanties sont révisables dans les conditions prévues par l'article 11.2 des présentes Conditions générales.

En cas de changement de la législation ou de la réglementation de la Sécurité sociale, les garanties et les taux de cotisation peuvent être révisés. Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions, le montant des prestations et leurs modalités de calcul demeurent inchangés.

ARTICLE 5 – OBLIGATIONS DE L'ADHERENT

L'Adhérent s'engage à :

1. Veiller au paramétrage exhaustif de sa Déclaration Sociale Nominative (DSN) selon la fiche de paramétrage fournie par l'Institution pour son ou ses contrats de prévoyance complémentaire, si l'Adhérent entre dans le périmètre de la DSN. La Déclaration Sociale Nominative vise à remplacer l'ensemble des déclarations périodiques ou événementielles adressées par les employeurs entrant dans son périmètre d'application, à des administrations et des organismes de protection sociale. Elle repose sur la transmission unique, mensuelle et dématérialisée des données issues de la paie et de signalements d'événements.
2. Affilier l'ensemble de ses salariés agricoles, non affiliés à l'AGIRC, employés par une entreprise relevant du champ d'application de l'Accord, sous réserve des cas de dispenses d'affiliation mentionnés à l'article 4.3 « Cas de dispenses d'adhésion du dispositif frais de santé » de l'avenant 4 du 15 septembre 2015 sur la protection sociale en agriculture et la création d'un régime de prévoyance au profit des salariés agricoles relevant du champ d'application dudit Accord, non affiliés à l'AGIRC.
3. Déclarer à l'Institution tout salarié qui, au cours de l'adhésion, quitte l'entreprise (démission, licenciement, rupture conventionnelle ou départ à la retraite) ou sort du champ d'application de l'Accord, notamment suite à une évolution dans une autre catégorie, si l'Adhérent n'entre pas dans le périmètre de la DSN. L'Adhérent précise la date et le motif du départ ou de l'évolution. La déclaration doit être faite dans les 30 jours du départ de l'entreprise ou du changement de catégorie.
4. Déclarer à l'Institution tout salarié dont le contrat de travail est suspendu et qui ne pourrait bénéficier du maintien de son affiliation en application de l'article 9.2 des présentes conditions générales tant que ces informations ne sont pas transmises par l'Adhérent ni traitées par l'Institution par les flux DSN.
5. Transmettre à l'Institution un état récapitulatif complet du personnel concerné, en distinguant les Participants en activité sur l'exercice (CDI, CDD y compris saisonniers) de ceux en arrêt de travail ou en congé maternité tant que ces informations ne sont pas transmises par l'Adhérent ni traitées par l'Institution par les flux DSN. Cet état comprendra notamment, pour chacun des Participants, le salaire annuel brut et la situation de famille.
6. Communiquer annuellement à l'Institution, au plus tard le 31 janvier de l'année N+1, un état nominatif annuel des salaires par voie dématérialisée, tant que ces informations ne sont pas transmises par l'Adhérent ni traitées par l'Institution par les flux DSN.

Pour le présent contrat, chaque salarié ainsi affilié est appelé « Participant ».

ARTICLE 6 – BÉNÉFICIAIRES

Le Participant bénéficie seul des garanties.

ARTICLE 7 – INFORMATION DES PARTICIPANTS

L'Institution réalise une notice d'information adressée aux Adhérents, à charge pour ces derniers de la remettre à chacun des Participants concernés lors de la mise en place du contrat et lors de toute nouvelle adhésion.

Cette notice définit :

- les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur ;
- les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque ;
- le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances, des exclusions et des limitations de garanties, ainsi que les délais de prescription ;
- les obligations pesant sur les Adhérents et les Participants, telles qu'elles sont prévues par l'Accord.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Participants, l'Adhérent est tenu d'informer chaque Participant en lui remettant une notice établie à cet effet par l'Institution.

La preuve de la remise de la notice au Participant et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'Adhérent.

TITRE II DEFINITION DES GARANTIES

ARTICLE 8 – GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

8.1 Objet et conditions des garanties

Toutes les garanties Frais de Santé sont exprimées :

- en pourcentage de la Base de Remboursement (BR) du régime de base dont relève le Participant ou du Ticket Modérateur ;
- ou forfaitairement ;
- ou en combinant les expressions de garanties « BR + forfait ».

Les remboursements mentionnés ci-après incluent les prestations en nature de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) ou de la Sécurité sociale, dits régimes de base.

L’Institution n’intervient pas sur les actes et frais n’ayant pas fait l’objet d’une prise en charge du régime de base dont relève le bénéficiaire, sauf cas particuliers prévus par le régime, mentionnés dans les présentes Conditions Générales.

Le paiement des prestations est dû au Participant le premier jour de son affiliation pour tous les soins engagés pendant la période de couverture, quelle que soit la date de la maladie ou de l’accident ayant provoqué ces soins.

La prestation versée par l’Institution ne peut en aucun cas dépasser la totalité des frais laissés à la charge du Participant, après remboursement du régime de base de la Sécurité sociale ou de la MSA ou de tout autre organisme complémentaire.

Lorsque les professionnels de santé sont non conventionnés avec l’assurance maladie obligatoire, la base de remboursement retenue pour le calcul de la prise en charge complémentaire est celle du tarif d’autorité.

HUMANIS SANTE AGRICOLE

Salariés Non affiliés à l'AGIRC

Régime Général et régime Alsace-Moselle à adhésion obligatoire

Conformément au cahier des charges du contrat responsable, les Honoraires, les Frais de séjour, les Soins courants, la Pharmacie remboursée à 65% en régime général (90% en Alsace-Moselle), le Transport, l'Appareillage, les équipements Optique et Lentilles remboursées SS ou MSA, les Soins dentaires et Inlays-onlays ainsi que les Actes de prévention sont pris en charge par l'Institution avec un minimum de 100% de la BR - MR ; les Prothèses dentaires SS ou MSA et l'Orthodontie SS ou MSA sont, quant à elles, prises en charge par l'Institution avec un minimum de 125% de la BR - MR.

REGIME SOCLE	
Les garanties s'entendent SOUS DEDUCTION des prestations de la Sécurité sociale ou de la MSA (sauf garanties exprimées en forfait).	
Ces garanties s'entendent dans la double limite, d'une part des frais réels - MR, et d'autre part dans la limite de :	
HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MEDICALE, y compris maternité (secteurs conventionné et non conventionné (1))	
Hospitalisation chirurgicale et médicale	
Frais de séjour et Fournitures diverses	100 % BR
Honoraires	
Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	255 % BR
Non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % DE
Chambre particulière en hospitalisation, y compris forfait ambulatoire	25 euros par jour
Chambre particulière en maternité	25 euros par jour
Frais d'accompagnement (enfant - de 16 ans)	15 euros par jour
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	100% DE
Hospitalisation à domicile	
Honoraires des médecins libéraux	
Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	255 % BR
Non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200 % BR
Autres frais	100 % BR
Allocation maternité (prime de naissance)	1/3 PMSS par bénéficiaire
SOINS COURANTS (auprès d'un praticien conventionné et non conventionné (1))	
Honoraires médicaux	
Généralistes ou spécialistes	
Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200 % BR
Non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	180 % BR
Actes techniques médicaux	
Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
Non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
Actes d'imagerie médicale	
Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
Non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
Honoraires paramédicaux, frais de déplacement	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	100% DE
Matériel médical (appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique)	100 % BR

Frais de transport sanitaire remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA (ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (2))	100 % BR
Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale ou la MSA	
Honoraires et soins remboursés par la Sécurité sociale ou la MSA	70 % BR
Transport et hébergement remboursés par la Sécurité sociale ou la MSA	Non couvert
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale ou la MSA	
Médicaments remboursés à 65%	100 % BR
Médicaments remboursés à 30%	100 % BR
Médicaments remboursés à 15%	100 % BR
Médicaments prescrits mais non remboursés par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire	30 euros
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire	Non couvert
Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac (y compris le remboursement de la Sécurité sociale ou MSA éventuel) - par an et par bénéficiaire	150 euros
Médecine additionnelle et de prévention - sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel	
Acupuncteur, Chiropracteur, Ostéopathe - par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 4 séances par an	30 euros
AIDES AUDITIVES	
Aides auditives (+ piles et entretien) de classe I ou II - remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA - jusqu'au 31/12/2020	390 % BR
Aides auditives par oreille - renouvellement par appareil tous les 4 ans (hors accessoires) - à compter du 01/01/2021	
Equipement 100% santé** (Classe I***)	Sans reste à payer (3)
Equipement autre que 100% santé** (Classe II***) - Limité RO + RC à 1 700 € TTC par aide auditive (hors accessoires)	
Bénéficiaire jusqu'à 20 ans révolus ou atteint de cécité****	122 % BR
Bénéficiaire à compter du 21ème anniversaire	390 % BR
Accessoires et fournitures	100 % BR
DENTAIRE	
Soins et prothèses 100% santé** à compter du 01/01/2020 pour les couronnes et les bridges et dès le 01/01/2021 pour les autres prothèses du panier dentaire	Sans reste à payer (4)
Soins	
Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale ou la MSA : soins dentaires, actes de prophylaxie bucco-dentaire, actes d'endodontie, parodontologie	100 % BR
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale ou la MSA	Non couvert
Inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale ou la MSA (4)	125 % BR
Prothèses dentaires autres que Soins et prothèses 100% santé remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA (4)	
Inlays-cores	210 % BR
Couronnes, bridges et inter de bridges, couronnes sur implant, prothèses dentaires amovibles, prothèses dentaires transitoires, réparations sur prothèses	210 % BR + 300 euros par an et par bénéficiaire
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité Sociale ou la MSA	
Couronnes et bridges	Non couvert
Réparations sur prothèses (sauf les réparations à caractère esthétique), Implants (implant + pilier implantaire)	Non couvert
Orthodontie	
Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale ou la MSA	160 % BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale ou la MSA	Non couvert

OPTIQUE	
Equipement 100% Santé** (Classe A) (5) Equipement autre que 100% Santé** (Classe B) (5) A compter du 16ème anniversaire Par verre simple (6) Par verre complexe (7) Par verre très complexe (8) Par monture de lunettes Jusqu'à 15 ans révolus Par verre simple (6) Par verre complexe (7) Par verre très complexe (8) Par monture de lunettes Prestation d'adaptation des verres par l'opticien Lentilles Lentilles remboursées par la Sécurité Sociale ou la MSA (y compris jetables) Lentilles non remboursées par la Sécurité Sociale ou la MSA (y compris jetables) - par an et par bénéficiaire Chirurgie optique réfractive (toute chirurgie des yeux) - par œil	Sans reste à payer (3) 110 euros 180 euros 200 euros 50 euros 150 euros 240 euros 100 % BR 100 euros 100 % BR 100 % BR plus un forfait de 100 euros 100 euros Non couvert
PREVENTION	
Actes de prévention (9)	Pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat (10)

* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et 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. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

** Tels que définis règlementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies règlementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

*** Voir la liste règlementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales du contrat.

**** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction.

(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

(2) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

(3) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente

(4) Dans la limite, le cas échéant, des honoraires limites de facturation

(5) Renouvellement par équipement (monture + 2 verres) par période dans les limites RO+RC prévues à l'article R871-2 du Code de la Sécurité Sociale. Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions Générales.

(6) Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries, verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries, verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

(7) Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries, verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries, verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie, verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries, verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries, verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries, verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

(8) Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries, verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries, verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie, verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

(9) Les actes de prévention sont listés par l'arrêté pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code.

(10) A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.

DE : Dépense effective. Montant total des dépenses engagées.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale ou de la MSA

MR : Montant Remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA

MSA : Mutualité Sociale Agricole

SS : Sécurité Sociale

Le montant des prestations servies ne peut excéder les frais réellement engagés, sous déduction des remboursements versés par la SS ou la MSA et tout autre organisme complémentaire.

8.2 Frais médicaux engagés à l'étranger

L'Institution intervient dès lors que les frais engagés hors de France sont pris en charge par la Sécurité sociale française.

8.3 Modalités de versement des prestations

Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs visés ci-dessous doivent être produites à l'Institution dans un délai maximum de deux ans suivant la survenance des soins ou du décès par le Participant. A défaut, le Participant se voit opposer la prescription visée à l'article 14 des présentes Conditions Générales.

Le Participant et l'Adhérent sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du ou des contrat(s), de fournir à l'Institution les déclarations et pièces justificatives listées ci-après.

L'Institution se réserve le droit de demander au Participant 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 au Participant d'informer l'Institution de toute modification de ses coordonnées bancaires.

Tout document relatif à l'état de santé du Bénéficiaire est protégé par le secret médical et pourra être adressé sous pli au Médecin Conseil de l'Institution.

Les justificatifs à fournir par le Participant pour ses demandes de remboursement, selon les garanties effectivement souscrites sont les suivants :

	Bénéficiaire NOEMIE
Hospitalisation Etablissement conventionné ou non conventionné	Sans demande de prise en charge : facture originale acquittée de l'établissement hospitalier (forfait hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement...)
Hospitalisation à domicile (HAD)	Facture forfaitaire acquittée indiquant le prix de journée Prescription médicale, dossier médical et validation du médecin coordinateur de la structure HAD
Soins de ville	Aucun document
Médecine douce	Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...)
Optique	Facture détaillée et acquittée En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue : <ul style="list-style-type: none"> - Soit nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction, - Soit prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction, - Et prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent. 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
Prothèses dentaires – Orthodontie - Parodontologie - 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. *
Maternité	Photocopie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance ou acte d'enfant sans vie
Adoption	Photocopie du certificat définitif d'adoption
Cure thermale	Facture acquittée du séjour
	Non Bénéficiaire Noémie
Pour les soins pris en charge par la Sécurité sociale	Décompte original de la Sécurité sociale Justificatifs ci-dessus

* Le 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, il devra fournir la facture originale acquittée.

En cas de tiers payant avec la Sécurité sociale mais sans tiers payant avec l'Institution, il devra fournir la facture acquittée du Ticket Modérateur.

Les prestations sont versées soit directement au Participant, soit aux professionnels de santé par tiers-payant.

8.4 Tiers payant généralisé

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 Participant 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 Participant doit donc régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du professionnel de santé.

Le Participant qui n'utilise pas sa carte de tiers-payant ou se voit refuser ce service par le professionnel de santé doit demander une facture auprès du professionnel de santé afin d'être remboursé par l'Institution.

8.5 Assistance et téléconsultation

Le Participant bénéficie de garanties d'assistance et de téléconsultation, assurées auprès d'AUXIA Assistance*. Elles sont détaillées au sein des Conditions Générales valant notice d'information applicables jointes, dénommées « ASSISTANCE SANTE A DOMICILE » et référencées « Convention n°753734 » et téléchargeables à l'adresse suivante : <http://univers.malakoffmederic.com/assitance-teleconsultation.html>.

** AUXIA Assistance, entreprise régie par le Code des assurances, SA au capital entièrement libéré de 1 780 000 euros, RCS de Paris 351 733 761 - Siège social : 21, rue Laffitte 75009 Paris*

8.6 Contrôle et justificatifs

Afin d'assurer la protection de ses données personnelles de santé, le Participant 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 Participant qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre du contrat.

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 Participant.

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 Participant. 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 III DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 9 – ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES – SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN

9.1 Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet immédiatement à compter de la date d'effet d'affiliation du Participant au contrat.

Ainsi, les garanties prennent effet, sous réserve des dispenses d'affiliation :

- à la date d'effet du contrat pour tous les salariés présents à cette date ;
- ultérieurement, au 1^{er} jour du mois qui suit la réception du bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle pour les salariés ayant demandé à bénéficier d'une dispense d'affiliation et qui viennent à cesser de justifier de la situation ou qui reviennent sur leur décision.

9.2 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

9.2.1 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail non indemnisée

En cas de suspension du contrat de travail pour l'un des cas prévus par les dispositions légales (notamment congé sans solde, congé sabbatique, congé parental d'éducation à plein temps, congé pour création d'entreprise, congé de solidarité internationale, congé de solidarité familiale, congé de formation, congé d'enseignement ou de recherche) ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, le participant bénéficie du maintien des garanties complémentaires Frais de Santé **pendant les trois premiers mois de la suspension et ce sans versement de cotisation.**

À l'issue de cette période, le Participant peut, pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'Institution, à titre individuel et facultatif, à continuer à bénéficier de la garantie complémentaire santé, sous réserve du paiement par ce dernier de l'intégralité de la cotisation.

L'Adhérent doit informer l'Institution de la suspension du contrat et de la durée de la suspension au début de celle-ci.

9.2.2 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée

Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du contrat obligatoire est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient d'un maintien total ou partiel de salaire ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par celui-ci ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence.

Si la suspension est inférieure à un mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire Frais de Santé est due intégralement.

9.3 Maintien des garanties santé au titre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale : la « Portabilité des droits »

Sous réserve pour l'Adhérent d'être soumis aux dispositions de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, les garanties prévues au présent contrat sont maintenues au profit du Participant dont le contrat de travail est rompu dans les conditions suivantes.

Toute modification de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale emporte de plein droit la modification du présent article au jour de son entrée en vigueur.

9.3.1 Conditions au maintien de l'affiliation

Sous réserve pour le participant d'être éligible au dispositif de l'article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale, l'affiliation au contrat et par conséquent les garanties dont profitait effectivement le participant au jour de la

cessation de son contrat de travail sont maintenues à condition que la cessation résulte d'un motif autre qu'un licenciement pour faute lourde et qu'elle ouvre droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Si l'Adhérent n'entre pas dans le périmètre de la DSN, il devra retourner à l'Institution le formulaire type « Déclaration de portabilité » dûment complété et signé pour permettre le maintien de la couverture.

Il incombe à l'Adhérent d'informer le Participant du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

L'Institution n'est tenue du maintien des garanties qu'autant que :

- conformément au 5° de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, le Participant satisfait aux obligations déclaratives rappelées ci-après ;
- conformément au 6° de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, l'Adhérent a informé l'Institution de la rupture du contrat de travail du Participant.

9.3.2 Effet et durée du maintien de l'affiliation

L'affiliation du participant au contrat est maintenue à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois.**

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties qui ne sera pas prolongée d'autant.

En tout état de cause, l'affiliation au contrat du participant cesse de plein droit :

- à la date à laquelle il cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès) ;
- en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après ;
- en cas de résiliation du contrat d'adhésion de l'entreprise au contrat.

La suspension des garanties résultant, notamment, du défaut de paiement des cotisations, produit ses effets à l'égard du Participant dont l'affiliation est maintenue en application du présent article.

9.3.3 Obligations déclaratives

Conformément aux dispositions du 5° de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, le Participant s'engage à fournir à l'Institution :

- à l'ouverture de la période de maintien des garanties, le justificatif initial de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage ;
- mensuellement, l'attestation de paiement des allocations chômage.

9.3.4 Garanties

Le Participant bénéficie des garanties prévues au contrat au titre desquelles il était affilié au jour de la cessation de son contrat de travail, sans possibilité de les modifier.

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat ainsi que la résiliation de celui-ci intervenant durant la période de portabilité sont opposables au Participant.

L'Adhérent s'engage à informer le participant de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat, notamment en lui remettant l'addenda modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information établie par l'Institution.

9.3.5 Financement

Ce maintien est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif de maintien des garanties sont **couverts sans paiement de cotisations** après la cessation de leur contrat de travail.

9.4 Maintien des garanties santé au titre de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989

Sous condition d'avoir bénéficié effectivement du dispositif Frais de Santé de l'Accord, peuvent continuer à bénéficier de garanties santé à titre individuel, sans condition de période probatoire, ni d'examens ou questionnaires médicaux, moyennant le paiement de cotisations spécifiques :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six (6) mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six (6) mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties à titre gratuit (maintien prévu à l'article 9.3 des présentes Conditions générales) ;
- les ayants droit garantis du chef du Participant décédé bénéficiaires du contrat socle collectif facultatif, pendant une durée de douze (12) mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six (6) mois suivant le décès.

L'Institution adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire.

ARTICLE 10 – CONDITIONS DE CESSATION DES GARANTIES

Pour le Participant, les garanties cessent :

- à la date de résiliation du contrat ;
- à la date à laquelle le Participant n'appartient plus à la catégorie de personnel garantie ;
- en cas de cessation du contrat de travail, à l'expiration du mois au cours duquel prend fin ce dernier, sous réserve de l'application des dispositions de l'article 9.3 des présentes Conditions Générales ;
- à la date d'effet de la liquidation de la retraite du régime de base du Participant ;
- à la date du décès du Participant.

La carte de tiers-payant du Participant en cours de validité doit être restituée à l'Adhérent ou à l'Institution suivant le départ de l'entreprise ou la cessation des garanties.

En cas de radiation du Participant, ce dernier peut souscrire un contrat individuel sans formalité médicale dans les conditions exposées à l'article 9.4 des présentes conditions générales.

ARTICLE 11 – COTISATIONS

11.1 Assiette des cotisations

Excepté dans les cas d'adhésion à titre facultatif ou de souscription à titre individuel dans les conditions prévues aux articles 9.2 et 9.4 des présentes conditions générales pour lesquels la cotisation est intégralement à la charge du Participant, le financement du contrat est assuré conjointement par le Participant et l'Adhérent. La part de cotisation du Participant est directement précomptée sur son bulletin de paie par l'Adhérent. L'Adhérent a la seule responsabilité du versement total des cotisations. Les cotisations sont dues dès le 1^{er} jour de l'affiliation. Elles sont exprimées en euros.

11.2 Révision des cotisations et/ou des garanties 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 figurant ci-après aux articles 11.2.1 à 11.2.3.

11.2.1 Révision annuelle des cotisations

Les cotisations sont réexaminées par l'INSTITUTION et peuvent être modifiées en fonction des résultats du contrat ou des évolutions législatives et réglementaires à la fin de chaque exercice.

La révision des cotisations doit être notifiée à l'ADHERENT, par lettre recommandée avec avis de réception, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. Elle prend effet le 1^{er} janvier de l'année suivante.

En cas de désaccord, l'ADHERENT doit en aviser l'INSTITUTION au plus tard le 30 novembre de l'année en cours. Ce refus entraîne la résiliation au 31 décembre de la même année.

A défaut de désaccord exprimé au 30 novembre, l'ADHERENT est réputé avoir accepté la révision des cotisations.

11.2.2 Révision en cours d'exécution

Les cotisations et/ou les garanties peuvent également être modifiées à tout moment par l'INSTITUTION en fonction notamment de l'évolution de la réglementation et notamment celle relative à la Sécurité sociale, suite par exemple à des mesures de désengagement ou à des modifications des Bases de remboursement, à la fiscalité ou aux évolutions afférentes aux conditions d'exonération des charges sociales ou autres prélèvements obligatoires du financement des garanties.

La révision des cotisations et/ou des garanties doit alors être notifiée à l'ADHERENT, par lettre recommandée avec avis de réception, au plus tard deux mois avant la date de prise d'effet dudit changement.

En cas de désaccord, l'ADHERENT doit en aviser l'INSTITUTION un mois avant la date de prise d'effet. Le contrat est résilié à compter du dernier jour précédent la prise d'effet de la modification proposée

A défaut de désaccord exprimé, l'ADHERENT est réputé avoir accepté ladite modification.

11.2.3 Modification du périmètre

L'ADHERENT s'engage à informer l'INSTITUTION de toutes modifications relatives au périmètre démographique des salariés et anciens salariés ayant servi à l'appréciation du risque par l'INSTITUTION.

L'INSTITUTION pourra, en fonction de ce nouveau périmètre, procéder à la révision des cotisations ou à la modification des prestations proportionnellement à ce qu'aurait dû être le montant des cotisations par rapport au nouveau périmètre.

La modification sera notifiée à l'ADHERENT, par lettre recommandée avec avis de réception, au plus tard deux mois avant la prise d'effet dudit changement. En cas de désaccord, l'ADHERENT doit en aviser l'INSTITUTION un mois avant la prise d'effet. Le contrat est alors résilié au dernier jour précédent la prise d'effet de la modification.

A défaut de désaccord exprimé, l'ADHERENT est réputé avoir accepté ladite modification.

ARTICLE 12 – PAIEMENT DES COTISATIONS

12.1 Appel des cotisations

Les cotisations sont mensuelles et payables trimestriellement à terme échu par l'Adhérent. Elles sont dues pour la totalité du mois au cours duquel les garanties sont accordées. Les bordereaux sont adressés à l'Adhérent avant la fin du 1^{er} mois du trimestre suivant celui au titre duquel les cotisations sont dues et la date limite d'exigibilité est fixée à la fin du mois suivant.

Chaque règlement doit être accompagné de la déclaration indiquant :

- l'effectif des Participants,
- les éléments correspondant à la base de calcul des cotisations pour cette même période.

L'Adhérent est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations, y compris les parts salariales précomptées sur le salaire des Participants.

12.2 Défaut de paiement des cotisations

12.2.1 Lorsque l'appel des cotisations est effectué auprès de l'Adhérent

A défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, les garanties peuvent être suspendues trente jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par l'Institution, par lettre recommandée avec avis de réception, à l'Adhérent.

A défaut de paiement des cotisations dues après l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le cachet de la poste faisant foi, l'Institution pourra résilier le contrat sans préjudice de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues y compris les majorations de retard.

L'Institution se réserve le droit d'informer directement les Participants de la défaillance de l'Adhérent.

Le contrat de l'Adhérent non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'Institution les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

12.2.2 Lorsque l'appel des cotisations est effectué auprès du Participant

Les cotisations concernant le maintien des garanties aux **salariés dont le contrat de travail est suspendu sans rémunération ou indemnisation de l'employeur** sont recouvrées auprès du Participant sur son compte bancaire selon la périodicité indiquée sur le Bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle.

A défaut de paiement de la cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date de son échéance, le maintien des garanties pourra être résilié dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations dues doivent être payées.

La résiliation du maintien des garanties du contrat par l'Institution ne la prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues, y compris les majorations de retard.

La couverture du maintien facultatif non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'Institution les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

ARTICLE 13 – PRINCIPE DE SOLIDARITE

13.1 Mise en œuvre du principe de solidarité

L'Institution assure que la couverture mise en place met en œuvre des mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale, notamment celles définies à l'article 13.2 des présentes Conditions générales. En tout état de cause, au moins 1% de la cotisation de la couverture Frais de Santé est affectée au financement de ces mesures.

L'Institution rappelle que les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale ci-après ne sauraient être un droit acquis à une prestation. Le bénéfice des mesures instituées en application du présent article est conditionné à l'éligibilité de la demande constituée par le salarié le cas échéant, auprès de l'Institution.

13.2 Dispositifs de prévention et d'action sociale

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale mettant en œuvre le principe de solidarité comprennent notamment :

- Une action collective de prévention sur les troubles musculo squelettiques visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des participants ;
- Une action collective de prévention sur les risques auditifs, le stress ou plus globalement les risques d'accident du travail ou maladie professionnelle dans les professions agricoles ;
- Une action collective de prévention, pour les participants seniors et les nouveaux retraités, traitant de la transition vie professionnelle / retraite, du vieillissement et de leur santé (par le biais notamment de sujets relatifs à la nutrition, le sommeil ou la maladie d'Alzheimer) ;

- Un dispositif d'aide financière octroyée aux salariés actifs ou retraités de la production agricole notamment en cas d'handicap, de chômage, de perte d'autonomie, de problème de santé ou de veuvage ;
- Un dispositif d'aide financière permettant de favoriser la mobilité des apprentis lors de leur formation en entreprise ou sur l'exploitation agricole en prenant en charge, via une prime de 150 à 500 €, une partie des coûts de leurs déplacements ou leur hébergement ;
- Le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail.

ARTICLE 14 – PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- **en cas de réticence, omission, déclaration fautive 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 de l'Adhérent ou du Participant 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 l'Adhérent ou le Participant concerné 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 ou d'un envoi recommandé électronique avec avis de réception par l'Institution à l'Adhérent lorsque celui-ci assure le précompte de la cotisation ou au Participant lorsque l'Adhérent n'assure pas ce précompte, en vue d'obtenir le paiement de cotisations,**
- **de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec avis de réception par le Participant ou ses ayants droit à l'Institution en vue d'obtenir le règlement d'une prestation.**

Lorsque le Participant est incapable majeur, les délais visés aux alinéas ci-dessus ne courent qu'à compter du jour où l'intéressé recouvre sa capacité.

ARTICLE 15 – RECOURS SUBROGATOIRE

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

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

Lorsque, du fait de la victime, 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.

ARTICLE 16 – DISPOSITIONS DIVERSES

16.1 Confidentialité

Chacune des parties s'engage envers l'autre à préserver, pendant la durée du contrat et après son extinction pour une durée de cinq années, la stricte confidentialité de toutes les informations techniques ou financières qu'elles auront pu se communiquer ou dont elles auront pu avoir connaissance à l'occasion de l'exécution du contrat.

En particulier, l'Institution s'engage envers l'Adhérent à conserver la stricte confidentialité des informations concernant l'organisation de ses ressources humaines.

16.2 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 Participant est informé par l'Institution, 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 ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel du Participant 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 du Participant 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 Participant ;
- 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 Participant ;
- 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 au Participant 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 Participant.

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données personnelles du Participant 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 Participant 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 Participant 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 Participant 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 Participant 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 Participant ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé du Participant 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 Participant 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 Participant 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 Participant 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 Participant dispose d'un droit de demander l'accès à ses données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de ses données, post-mortem. Le Participant dispose également d'un droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont il fait l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Il dispose 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 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 Participant dispose 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 Participant dispose 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.

16.3 Cession du contrat

Le contrat est conclu entre l'Institution en considération de la personne de l'Adhérent. En conséquence, l'Adhérent ne pourra céder à un tiers ce contrat sans l'accord de l'Institution qui sera matérialisé par la signature d'un avenant tripartite de cession.

ARTICLE 17 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE – RÉCLAMATIONS – MEDIATION

17.1 Contrôle de l'Institution

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – 4 place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09.

17.2 Réclamations – Médiation

L'Institution met à la disposition de l'Adhérent et des participants la possibilité de contacter le service « Satisfaction Clients » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application des contrats, à l'adresse suivante :

MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE
Service Satisfaction Clients
303 rue Gabriel Debacq
45777 SARAN Cedex

Tèl. (appel non surtaxé) : numéro mentionné sur les correspondances adressées par votre centre de gestion

À compter de la réception de la réclamation, l'Institution apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de dix jours ouvrés.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, l'Institution adresse au demandeur un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, **sans que ce délai ne puisse au total excéder deux mois.**

Si un désaccord persistait après réponse donnée par l'Institution, et après épuisement des voies de recours internes, l'Adhérent ou le Participant ou, avec l'accord de celui-ci, l'Institution, peuvent saisir le Médiateur de la protection sociale (CTIP), sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent :

Médiateur de la protection sociale
10 rue Cambacérès – 75008 PARIS
<https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

L'avis du médiateur est remis aux parties dans un délai de 90 jours à compter de la date de réception du dossier complet. Ce délai peut être prolongé par le Médiateur en cas de litige complexe, conformément à la charte de médiation du CTIP disponible sur le site internet susvisé.

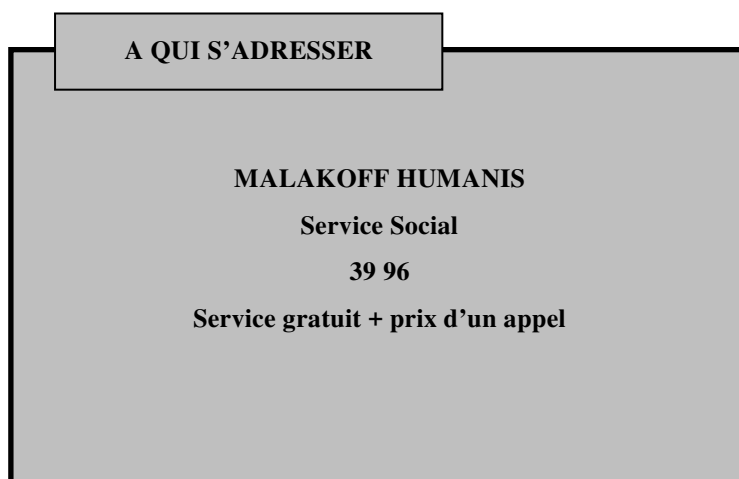
L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE

Nos équipes, composées de professionnels de l'Action sociale, sont à votre disposition en cas de difficultés consécutives à un problème de santé, de handicap ou d'invalidité.

Au-delà de l'écoute et du soutien, elles peuvent selon les situations :

- orienter vers des organismes compétents pour apporter leur concours à l'obtention de droits ou à la résolution de difficultés ;
- conseiller sur les démarches à entreprendre ;
- étudier la possibilité d'une aide financière, en fonction de votre situation économique et sociale.

Ces aides ne sont pas systématiques. Elles ne peuvent en aucun cas être assimilées à un complément des garanties contractuelles.



MALAKOFF HUMANIS SANTE AGRICOLE

**ACCORD NATIONAL DU 10 JUIN 2008 SUR UNE PROTECTION
SOCIALE COMPLÉMENTAIRE EN AGRICULTURE
ET LA CRÉATION D'UN RÉGIME DE PRÉVOYANCE**

CONDITIONS GENERALES CG/HP/HSAFAC/FS-07.2017

CONTRAT « **SOCLE** » COLLECTIF FACULTATIF

GARANTIES FRAIS DE SANTE
MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE

SOMMAIRE

TITRE I DISPOSITIONS RELATIVES A LA VIE DU CONTRAT	4
ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT.....	4
ARTICLE 2 – CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE.....	4
2.1 Optique.....	5
2.2 Dentaire.....	6
2.3 Aide auditive.....	6
ARTICLE 3 – DURÉE – PRISE D’EFFET – RENOUELEMENT DU CONTRAT.....	7
ARTICLE 4 – RÉVISION DU CONTRAT - MODIFICATION DE LA LÉGISLATION OU DE LA RÉGLEMENTATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.....	7
ARTICLE 5 – OBLIGATIONS DE L’ADHERENT.....	7
ARTICLE 6 – BÉNÉFICIAIRES.....	8
6.1 Bénéficiaires du contrat socle collectif facultatif.....	8
6.2 Définition des ayants droit.....	8
ARTICLE 7 – INFORMATION DES ADHÉRENTS ET DES PARTICIPANTS.....	9
TITRE II DEFINITION DES GARANTIES	10
ARTICLE 8 – GARANTIES FRAIS DE SANTÉ.....	10
8.1 Objet et conditions des garanties	10
8.2 Frais médicaux engagés à l’étranger	14
8.3 Modalités de versement des prestations	14
8.4 Tiers payant généralisé	16
8.5 Assistance et téléconsultation	16
8.6 Contrôle et justificatifs	16
TITRE III DISPOSITIONS GÉNÉRALES	17
ARTICLE 9 – CONDITIONS ET ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES – SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN.....	17
9.1 Conditions et prise d’effet des garanties	17
9.2 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail	17
9.3 Maintien des garanties santé au titre de l’article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale : la « Portabilité des droits »	17
9.4 Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail	18
ARTICLE 10 – CONDITIONS DE CESSATION DES GARANTIES.....	19
ARTICLE 11 – COTISATIONS.....	19
11.1 Assiette des cotisations	19
11.2 Révision des cotisations et/ou des garanties par l’INSTITUTION	19
ARTICLE 12 – PAIEMENT DES COTISATIONS.....	20
12.1 Appel des cotisations	20
12.2 Défaut de paiement des cotisations par le Participant	20
ARTICLE 13 – PRESCRIPTION.....	20
ARTICLE 14 – RECOURS SUBROGATOIRE.....	21
ARTICLE 15 – DISPOSITIONS DIVERSES.....	21
15.1 Confidentialité	21
15.2 Protection des données à caractère personnel	21

15.3 Cession du contrat	23
ARTICLE 16 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE – RÉCLAMATIONS – MEDIATION.....	23
16.1 Contrôle de l'INSTITUTION	23
16.2 Réclamations – Médiation.....	23
L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE.....	25

TITRE I

DISPOSITIONS RELATIVES A LA VIE DU CONTRAT

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat socle collectif facultatif est constitué des présentes Conditions Générales ainsi que du Contrat d'Adhésion.

Il est souscrit par la personne morale désignée au Contrat d'Adhésion, et ci-après dénommée « **l'ADHERENT** », auprès de « **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 numéro 775 691 181, dont le siège social est à PARIS (75009) – 21 rue Laffitte, dénommée ci-après « **l'INSTITUTION** ».

Les Conditions Générales et le Contrat d'Adhésion associé ont pour objet d'instituer une opération d'assurance à adhésion facultative dénommée ci-après « contrat socle collectif facultatif », à laquelle les membres du personnel bénéficiant du contrat socle collectif obligatoire peuvent affilier leurs ayants droit.

La souscription, la mise en œuvre et la disparition de ce contrat est exclusivement régie par les dispositions des articles L. 932-14 et suivants du Code de la Sécurité sociale et de l'article 3 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 ainsi que par les différentes dispositions légales ou réglementaires applicables aux opérations d'assurance régies par ce dernier article.

La garantie a pour objet le remboursement des frais de santé.

Les présentes Conditions générales ont pour objet de définir les conditions d'adhésion des entreprises ainsi que des modalités d'affiliation de la catégorie assurée au contrat.

Les garanties souscrites par l'ADHERENT sont précisées au Contrat d'Adhésion.

Le présent contrat est régi par les dispositions du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 2 – 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 aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 872-2 du Code de la Sécurité sociale et les textes d'application de celui-ci.

A 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 D160-9 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. 321-1 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 publique (accès au dossier Médical Personnel).**
- **Les dépassements autorisés d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque le Salarié et ses ayants droit 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**

Les garanties et les cotisations telles qu'elles sont définies aux présentes Conditions Générales ont été établies sur la base des dispositions légales et réglementaires relatives aux contrats « responsables » en vigueur au jour de la signature du présent contrat. En cas de contradiction entre ces règles et celles prévues par le présent contrat, les règles du contrat responsable prévaudront.

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

Les garanties du contrat respectent les *minima* et les *maxima* de garanties prévues à l'article R. 872-2 du Code de la Sécurité sociale. Le contrat prend alors obligatoirement en charge les prestations prévues dans le cadre du 100% Santé en optique, dentaire et pour les aides auditives, dans le respect du calendrier prévu par les textes et dans les conditions précisées ci-dessous.

2.1 Optique

L'équipement optique est composé de deux verres et d'une monture.

Deux classes d'équipement optique sont définies :

- l'équipement optique de « classe A » sans reste à charge pour le Participant : cet équipement est remboursé aux 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 de ces forfaits pour chaque composante de l'équipement (verres ou monture).

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

Les verres simples, complexes ou très complexes sont définis au tableau des garanties.

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^{er} 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 (verres et 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 périodes de renouvellement sont définies comme suit :

- pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus, ces équipements d'optique sont pris en charge à raison d'un équipement tous les deux ans, par bénéficiaire ;

- pour les enfants de moins de 16 ans, le renouvellement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement 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 après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

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.

La justification de cette évolution de la vue, dans les conditions visées par la réglementation, 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.

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.

Aucun délai de renouvellement **des verres** n'est exigé dans les cas suivants :

- pour les enfants de moins de 16 ans, lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires 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 définies par l'arrêté du 3 décembre 2018 paru au Journal Officiel du 13 décembre 2018.

2.2 Dentaire

A compter du 1er janvier 2020 pour une partie des actes du panier « 100 % santé » puis au 1er 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 les 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.

2.3 Aide auditive

A compter du 1er janvier 2021, deux classes d'équipement auditif sont définies :

- l'équipement auditif de « classe I » sans reste à charge : cet équipement est remboursé à 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 est remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de garanties. Si les garanties sont dites « responsables », elles 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 tels que les tickets modérateurs des consommables, des piles ou des accessoires.

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 1er janvier 2017. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

ARTICLE 3 – DURÉE – PRISE D'EFFET – RENOUELEMENT DU CONTRAT

Seuls peuvent souscrire au contrat socle collectif facultatif les ADHERENTS ayant souscrit au contrat socle collectif obligatoire.

La souscription dudit contrat peut intervenir en même temps que la souscription du contrat socle collectif obligatoire précité. Elle peut également être réalisée postérieurement à celle-ci, en cours d'exécution du contrat socle collectif obligatoire.

La souscription au contrat socle collectif facultatif nécessite l'expression d'un consentement exprès, distincte de l'expression du consentement à la souscription du contrat socle collectif obligatoire de l'ADHERENT à l'INSTITUTION. Les deux contrats se réalisent au moyen de contrats d'adhésion différents.

Le présent contrat prend effet à la date indiquée au contrat d'adhésion, dument complété et signé par l'entreprise et retourné contresigné par l'INSTITUTION. Il est souscrit pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours. En tout état de cause, l'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications règlementaires incombant aux entreprises d'assurance.

Le présent contrat est renouvelé par tacite reconduction à chaque échéance annuelle, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties effectuée par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique et moyennant le respect d'un préavis de deux mois.

La résiliation du contrat par l'ADHERENT doit être adressée à l'INSTITUTION par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, le cachet de la poste ou la date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi recommandé électronique, faisant foi. Elle ne prend effet qu'au 31 décembre de la même année.

La résiliation 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 celle-ci.

L'INSTITUTION peut également résilier le contrat en adressant un courrier recommandé à l'ADHERENT au moins 2 mois avant l'échéance annuelle, soit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, le cachet de la poste faisant foi.

La dénonciation du contrat socle collectif obligatoire emporte nécessairement la dénonciation du présent contrat.

ARTICLE 4 – RÉVISION DU CONTRAT - MODIFICATION DE LA LÉGISLATION OU DE LA RÉGLEMENTATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Les parties excluent l'application de l'article 1195 du code civil.

Elles conviennent d'appliquer exclusivement les dispositions figurant ci-après.

En cas de changement de la législation ou de la réglementation de la Sécurité sociale, les garanties et les taux de cotisation peuvent être révisés. Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions, le montant des prestations et leurs modalités de calcul demeurent inchangés.

La révision des cotisations et/ou des garanties fait l'objet d'un avenant signé entre l'ADHERENT et l'INSTITUTION.

ARTICLE 5 – OBLIGATIONS DE L'ADHERENT

L'ADHERENT s'engage à :

1. Veiller au paramétrage exhaustif de sa Déclaration Sociale Nominative (DSN) selon la fiche de paramétrage fournie par l'INSTITUTION pour son ou ses contrats de prévoyance complémentaire, si

l'ADHERENT entre dans le périmètre de la DSN. La Déclaration Sociale Nominative vise à remplacer l'ensemble des déclarations périodiques ou événementielles adressées par les employeurs entrant dans son périmètre d'application, à des administrations et des organismes de protection sociale. Elle repose sur la transmission unique, mensuelle et dématérialisée des données issues de la paie et de signalements d'événements.

2. Communiquer à l'INSTITUTION la ou les catégories de personnes physiques dont il souhaite assurer la couverture au titre du contrat.

3. Communiquer à l'INSTITUTION, sur support papier ou dématérialisé le Bulletin d'Affiliation et d'Adhésion Individuelle visé à l'article 9.1 des présentes Conditions générales dûment renseigné par chaque Participant qui souhaite adhérer individuellement au contrat socle collectif facultatif si les données nécessaires à l'affiliation et à l'enregistrement des garanties ne sont pas transmises par la DSN. Cette communication doit intervenir dans un délai de trente jours suivant sa signature par le PARTICIPANT. L'ADHERENT peut communiquer à l'INSTITUTION, en lieu et place des Bulletins d'Affiliation d'Adhésion Individuelle susvisés, sur tout support de son choix, dématérialisé ou non, une liste de toutes les personnes physiques travaillant pour le compte de l'ADHERENT entrant dans la Catégorie définie au contrat d'adhésion, et comprenant notamment leurs nom, prénom, date de naissance et numéro de Sécurité sociale.

4. Déclarer à l'INSTITUTION toute personne physique travaillant pour l'ADHERENT qui, au cours du contrat, entre dans la ou les catégories définies au Contrat d'Adhésion et qui souhaite adhérer à titre individuel au contrat.

5. Déclarer à l'INSTITUTION tout Participant qui, au cours du contrat, quitte l'entreprise, ou sort de la ou les catégories de salariés définies au(x) Contrat(s) d'Adhésion notamment suite à une évolution dans une autre catégorie de salariés si l'ADHERENT n'entre pas dans le périmètre de la DSN. L'ADHERENT précise la date et le motif du départ ou de l'évolution. La déclaration doit être effectuée dans les 30 jours du départ de l'entreprise ou du changement de catégorie

6. Communiquer annuellement à l'INSTITUTION, au plus tard le 31 janvier de l'année N + 1, un état nominatif annuel des salaires par voie dématérialisée tant que ces informations ne sont pas transmises par l'ADHERENT ni traitées par l'INSTITUTION par les flux DSN.

ARTICLE 6 – BÉNÉFICIAIRES

6.1 Bénéficiaires du contrat socle collectif facultatif

Sont couverts, au choix du salarié, les ayants droit de ces derniers, affiliés eux-mêmes au contrat socle collectif obligatoire. Pour le présent contrat, le salarié est également appelé « Participant ».

Le choix pour le Participant de couvrir ses ayants droit et leur nombre influe sur la cotisation qu'il aura à sa charge exclusive.

6.2 Définition des ayants droit

Est considéré comme conjoint :

- **Le conjoint** : personne liée au salarié par les liens du mariage (article 143 du Code civil), non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée exerçant ou non une activité professionnelle ;
- **Le cocontractant d'un PACS** : personne ayant conclu avec le salarié un Pacte Civil de Solidarité (PACS) dans les conditions fixées aux articles 515-1 à 515-7 du Code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- **Le concubin** : personne vivant avec le salarié en concubinage au sens de l'article 515-8 du Code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins deux ans à la date de l'évènement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un PACS.

La preuve du lien se fait par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire, accompagnée impérativement de la justification du domicile commun

respectant les conditions ci-dessus.

Sont considérés comme à charge du Participant :

- **Les enfants à charge** du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin, s'ils sont effectivement à la charge du salarié, c'est-à-dire si celui-ci pourvoir à leurs besoins et assure leur entretien et satisfaisant à l'une des conditions suivantes :
 - être âgés de moins de 18 ans, non-salariés et avoir la qualité d'ayant droit au sens de la Sécurité sociale du Participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin ;
 - être âgés de moins de 21 ans, non-salariés et bénéficiant d'une immatriculation en propre en tant qu'assuré du régime de Sécurité sociale et reconnu à charge par l'administration fiscale du salarié,
 - être âgés de moins de 26 ans et :
 - poursuivant leurs études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé et qu'à ce titre ils puissent en justifier lors de leur adhésion puis annuellement par un certificat de scolarité et s'ils fournissent l'attestation jointe à la carte Vitale ou la carte d'assuré au régime de base obligatoire d'assurance maladie
 - ou être bénéficiaire d'une Couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale,
 - être âgés de moins de 26 ans et sous contrat d'alternance ou aidé aux conditions prévues par le Code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité,
 - quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'Allocation pour Adulte Handicapé,. Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;
 - les enfants du salarié nés « viables » moins de 300 jours après son décès.
- **Les ascendants à charge** du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin.

ARTICLE 7 – INFORMATION DES ADHÉRENTS ET DES PARTICIPANTS

L'INSTITUTION réalise une notice d'information adressée aux ADHERENTS, à charge pour ces derniers de la remettre à chacun des Participants concernés lors de la mise en place du contrat et lors de toute nouvelle souscription au contrat.

Cette notice définit :

- les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur ;
- les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque ;
- le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances, des exclusions et des limitations de garanties, ainsi que les délais de prescription ;
- les obligations pesant sur les ADHERENTS et les Participants.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Participants, l'ADHERENT est tenu d'informer chaque Participant en lui remettant une notice établie à cet effet par l'Institution.

La preuve de la remise de la notice au Participant et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'ADHERENTS.

TITRE II DEFINITION DES GARANTIES

ARTICLE 8 – GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

8.1 Objet et conditions des garanties

Toutes les garanties Frais de Santé sont exprimées :

- en pourcentage de la Base de Remboursement (BR) du régime de base dont relève l'ayant droit ou du Ticket Modérateur forfaitairement
- ou forfaitairement
- ou en combinant les expressions de garanties « BR + forfait ».

Les remboursements mentionnés ci-après incluent les prestations en nature de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) ou de la Sécurité sociale, dits régimes de base.

L'Institution n'intervient pas sur les actes et frais n'ayant pas fait l'objet d'une prise en charge du régime de base dont relève le bénéficiaire, sauf cas particuliers prévus par le régime, mentionnés dans les présentes Conditions Générales.

Le paiement des prestations est dû au bénéficiaire le premier jour de son affiliation pour tous les soins engagés pendant la période de couverture, quelle que soit la date de la maladie ou de l'accident ayant provoqué ces soins.

La prestation versée par l'Institution ne peut en aucun cas dépasser la totalité des frais laissés à la charge du Participant, après remboursement du régime de base de la Sécurité Sociale ou de la MSA ou de tout autre organisme complémentaire.

Lorsque les professionnels de santé sont non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire, la base de remboursement retenue pour le calcul de la prise en charge complémentaire est celle du tarif d'autorité.

MALAKOFF HUMANIS SANTE AGRICOLE

Salariés Non affiliés à l'AGIRC

Régime Général et régime Alsace-Moselle à adhésion obligatoire

Conformément au cahier des charges du contrat responsable, les Honoraires, les Frais de séjour, les Soins courants, la Pharmacie remboursée à 65% en régime général (90% en Alsace-Moselle), le Transport, l'Appareillage, les équipements Optique et Lentilles remboursées SS ou MSA, les Soins dentaires et Inlays-onlays ainsi que les Actes de prévention sont pris en charge par l'Institution avec un minimum de 100% de la BR - MR ; les Prothèses dentaires SS ou MSA et l'Orthodontie SS ou MSA sont, quant à elles, prises en charge par l'Institution avec un minimum de 125% de la BR - MR.

REGIME SOCLE

Les garanties s'entendent SOUS DEDUCTION des prestations de la Sécurité sociale ou de la MSA (sauf garanties exprimées en forfait).

Ces garanties s'entendent dans la double limite, d'une part des frais réels - MR, et d'autre part dans la limite de :

HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MEDICALE, y compris maternité (secteurs conventionné et non conventionné (1))

Hospitalisation chirurgicale et médicale	
Frais de séjour et Fournitures diverses	100 % BR
Honoraires	
Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	255 % BR
Non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % DE
Chambre particulière en hospitalisation, y compris forfait ambulatoire	25 euros par jour
Chambre particulière en maternité	25 euros par jour
Frais d'accompagnement (enfant - de 16 ans)	15 euros par jour
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	100% DE
Hospitalisation à domicile	
Honoraires des médecins libéraux	
Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	255 % BR
Non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200 % BR
Autres frais	100 % BR
Allocation maternité (prime de naissance)	1/3 PMSS par bénéficiaire

SOINS COURANTS (auprès d'un praticien conventionné et non conventionné (1))

Honoraires médicaux	
Généralistes ou spécialistes	
Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200 % BR
Non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	180 % BR
Actes techniques médicaux	
Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
Non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
Actes d'imagerie médicale	
Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
Non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
Honoraires paramédicaux, frais de déplacement	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	100% DE
Matériel médical (appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique)	100 % BR

Frais de transport sanitaire remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA (ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (2))	100 % BR
Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale ou la MSA	
Honoraires et soins remboursés par la Sécurité sociale ou la MSA	70 % BR
Transport et hébergement remboursés par la Sécurité sociale ou la MSA	Non couvert
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale ou la MSA	
Médicaments remboursés à 65%	100 % BR
Médicaments remboursés à 30%	100 % BR
Médicaments remboursés à 15%	100 % BR
Médicaments prescrits mais non remboursés par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire	30 euros
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire	Non couvert
Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac (y compris le remboursement de la Sécurité sociale ou MSA éventuel) - par an et par bénéficiaire	150 euros
Médecine additionnelle et de prévention - sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel	
Acupuncteur, Chiropracteur, Ostéopathe - par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 4 séances par an	30 euros
AIDES AUDITIVES	
Aides auditives (+ piles et entretien) de classe I ou II - remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA - jusqu'au 31/12/2020	390 % BR
Aides auditives par oreille - renouvellement par appareil tous les 4 ans (hors accessoires) - à compter du 01/01/2021	
Equipement 100% santé** (Classe I***)	Sans reste à payer (3)
Equipement autre que 100% santé** (Classe II***) - Limité RO + RC à 1 700 € TTC par aide auditive (hors accessoires)	
Bénéficiaire jusqu'à 20 ans révolus ou atteint de cécité****	122 % BR
Bénéficiaire à compter du 21ème anniversaire	390 % BR
Accessoires et fournitures	100 % BR
DENTAIRE	
Soins et prothèses 100% santé** à compter du 01/01/2020 pour les couronnes et les bridges et dès le 01/01/2021 pour les autres prothèses du panier dentaire	Sans reste à payer (4)
Soins	
Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale ou la MSA : soins dentaires, actes de prophylaxie bucco-dentaire, actes d'endodontie, parodontologie	100 % BR
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale ou la MSA	Non couvert
Inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale ou la MSA (4)	125 % BR
Prothèses dentaires autres que Soins et prothèses 100% santé remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA (4)	
Inlays-cores	210 % BR
Couronnes, bridges et inter de bridges, couronnes sur implant, prothèses dentaires amovibles, prothèses dentaires transitoires, réparations sur prothèses	210 % BR + 300 euros par an et par bénéficiaire
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité Sociale ou la MSA	
Couronnes et bridges	Non couvert
Réparations sur prothèses (sauf les réparations à caractère esthétique), Implants (implant + pilier implantaire)	Non couvert
Orthodontie	
Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale ou la MSA	160 % BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale ou la MSA	Non couvert

OPTIQUE	
<p>Equipement 100% Santé** (Classe A) (5)</p> <p>Equipement autre que 100% Santé** (Classe B) (5)</p> <p style="padding-left: 20px;">A compter du 16ème anniversaire</p> <p style="padding-left: 40px;">Par verre simple (6)</p> <p style="padding-left: 40px;">Par verre complexe (7)</p> <p style="padding-left: 40px;">Par verre très complexe (8)</p> <p style="padding-left: 40px;">Par monture de lunettes</p> <p style="padding-left: 20px;">Jusqu'à 15 ans révolus</p> <p style="padding-left: 40px;">Par verre simple (6)</p> <p style="padding-left: 40px;">Par verre complexe (7)</p> <p style="padding-left: 40px;">Par verre très complexe (8)</p> <p style="padding-left: 40px;">Par monture de lunettes</p> <p>Prestation d'adaptation des verres par l'opticien</p> <p>Lentilles</p> <p style="padding-left: 20px;">Lentilles remboursées par la Sécurité Sociale ou la MSA (y compris jetables)</p> <p style="padding-left: 20px;">Lentilles non remboursées par la Sécurité Sociale ou la MSA (y compris jetables) - par an et par bénéficiaire</p> <p>Chirurgie optique réfractive (toute chirurgie des yeux) - par œil</p>	<p>Sans reste à payer (3)</p> <p>110 euros</p> <p>180 euros</p> <p>200 euros</p> <p>50 euros</p> <p>150 euros</p> <p>240 euros</p> <p>100 % BR</p> <p>100 euros</p> <p>100 % BR</p> <p>100 % BR plus un forfait de 100 euros</p> <p>100 euros</p> <p>Non couvert</p>
PREVENTION	
Actes de prévention (9)	Pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat (10)

* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et 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. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

** Tels que définis règlementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies règlementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

*** Voir la liste règlementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales du contrat.

**** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction.

(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

(2) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

(3) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente

(4) Dans la limite, le cas échéant, des honoraires limites de facturation

(5) Renouvellement par équipement (monture + 2 verres) par période dans les limites RO+RC prévues à l'article R871-2 du Code de la Sécurité Sociale. Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions Générales.

(6) Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries, verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries, verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

(7) Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries, verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries, verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie, verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries, verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries, verre multifocal ou progressif sphéro-

cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries, verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

(8) Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries, verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries, verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie, verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

(9) Les actes de prévention sont listés par l'arrêté pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code.

(10) A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.

DE : Dépense effective. Montant total des dépenses engagées.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale ou de la MSA

MR : Montant Remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA

MSA : Mutualité Sociale Agricole

SS : Sécurité Sociale

Le montant des prestations servies ne peut excéder les frais réellement engagés, sous déduction des remboursements versés par la SS ou la MSA et tout autre organisme complémentaire.

8.2 Frais médicaux engagés à l'étranger

L'Institution intervient dès lors que les frais engagés hors de France sont pris en charge par la Sécurité Sociale française.

8.3 Modalités de versement des prestations

Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs visés ci-dessous doivent être produites à l'Institution dans un délai maximum de deux ans suivant la survenance des soins ou du décès du bénéficiaire. A défaut, il se voit opposer la prescription visée à l'article 13 des présentes Conditions Générales.

Le bénéficiaire et l'Adhérent sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du ou des contrat(s), de fournir à l'Institution les déclarations et pièces justificatives listées ci-après.

L'Institution se réserve le droit de demander au 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 au bénéficiaire d'informer l'Institution de toute modification de ses coordonnées bancaires.

Tout document relatif à l'état de santé du Bénéficiaire est protégé par le secret médical et pourra être adressé sous pli au Médecin Conseil de l'Institution.

Les justificatifs à fournir par le bénéficiaire pour ses demandes de remboursement, selon les garanties effectivement souscrites sont les suivants :

	Bénéficiaire NOEMIE
Hospitalisation Etablissement conventionné ou non conventionné	Sans demande de prise en charge : facture originale acquittée de l'établissement hospitalier (forfait hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement...)
Hospitalisation à domicile (HAD)	Facture forfaitaire acquittée indiquant le prix de journée Prescription médicale, dossier médical et validation du médecin coordinateur de la structure HAD
Soins de ville	Aucun document
Médecine douce	Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...)
Optique	Facture détaillée et acquittée En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue : <ul style="list-style-type: none"> - Soit nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction, - Soit prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction, - Et prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent. 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
Prothèses dentaires – Orthodontie - Parodontologie - prises en charge ou non prises en charge par la Sécurité sociale	Imprimé type de la MUTUELLE et/ou facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la Nomenclature de la Sécurité sociale. *
Maternité	Photocopie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance ou acte d'enfant sans vie
Adoption	Photocopie du certificat définitif d'adoption
Cure thermale	Facture acquittée du séjour
	Non Bénéficiaire Noémie
Pour les soins pris en charge par la Sécurité sociale	Décompte original de la Sécurité sociale Justificatifs ci-dessus

* Le bénéficiaire 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, il devra fournir la facture originale acquittée.

En cas de tiers payant avec la Sécurité sociale mais sans tiers payant avec l'Institution, il devra fournir la facture acquittée du Ticket Modérateur.

Les prestations sont versées soit directement au bénéficiaire, soit aux professionnels de santé par tiers-payant.

8.4 Tiers payant généralisé

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 Participant et ses ayants droit 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 Participant et ses ayants droit doivent donc régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du professionnel de santé.

Le Participant et ses ayants droit 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.

8.5 Assistance et téléconsultation

L'assuré bénéficie de garanties d'assistance et de téléconsultation, assurées auprès d'AUXIA Assistance*. Elles sont détaillées au sein des Conditions Générales valant notice d'information applicables jointes, dénommées « ASSISTANCE SANTE A DOMICILE » et référencées « Convention n°753734 » et téléchargeables à l'adresse suivante : <http://univers.malakoffmederic.com/assistance-teleconsultation.html>.

** AUXIA Assistance, entreprise régie par le Code des assurances, SA au capital entièrement libéré de 1 780 000 euros, RCS de Paris 351 733 761 - Siège social : 21, rue Laffitte 75009 Paris*

8.6 Contrôle et justificatifs

Afin d'assurer la protection de ses données personnelles de santé, le bénéficiaire de la prestation 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.

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. 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 III DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 9 – CONDITIONS ET ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES – SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN

9.1 Conditions et prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet au 1^{er} jour du mois civil suivant la réception du bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle par l'Institution.

L'adhésion est ouverte sans examen médical préalable aux ayants droit des salariés affiliés eux-mêmes soit au contrat socle collectif obligatoire, soit à ce contrat socle collectif obligatoire pour les dispositions de maintien facultatif des garanties, sous réserve qu'ils adressent à l'INSTITUTION le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle dûment complété et signé.

9.2 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

9.2.1 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail non indemnisée

Les garanties mises en place dans le cadre du contrat obligatoire sont suspendues en cas de suspension du contrat de travail du Participant non indemnisée. Le Participant peut, pendant la période de suspension, demander à l'INSTITUTION, à titre individuel et facultatif, à continuer à faire bénéficier ses ayants droit de la garantie complémentaire santé, sous réserve du paiement par ce dernier de l'intégralité de leur cotisation.

L'ADHERENT doit informer l'INSTITUTION de la suspension du contrat et de la durée de la suspension au début de celle-ci.

9.2.2 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée

Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du contrat obligatoire est maintenu au profit des ayants droit des Participants dont le contrat de travail est suspendu pour la période et au titre de laquelle ils bénéficient d'un maintien total ou partiel de salaire ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par celui-ci ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence.

Si la suspension est inférieure à un mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire Frais de Santé est due intégralement.

9.3 Maintien des garanties santé au titre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale : la « Portabilité des droits »

Sous réserve pour l'ADHERENT d'être soumis aux dispositions de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, les garanties prévues au présent contrat sont maintenues au profit des ayants droit du Participant dont le contrat de travail est rompu dans les conditions suivantes.

Toute modification de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale emporte de plein droit la modification du présent article au jour de son entrée en vigueur.

9.3.1 Conditions au maintien de l'affiliation

Sous réserve pour le Participant d'être éligible au dispositif de l'article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale, l'affiliation au présent contrat et par conséquent les garanties dont profitaient effectivement les ayants droit au jour de la cessation du contrat de travail du Participant sont maintenues à condition que la cessation résulte d'un motif autre qu'un licenciement pour faute lourde et qu'elle ouvre droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Si l'ADHERENT n'entre pas dans le périmètre de la DSN, il devra retourner à l'INSTITUTION le formulaire type « Déclaration de portabilité » dûment complété et signé pour permettre le maintien de la couverture.

Il incombe à l'ADHERENT d'informer le Participant du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

L'INSTITUTION n'est tenue du maintien des garanties qu'autant que :

- conformément au 5° de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, le Participant satisfait aux obligations déclaratives rappelées ci-après ;
- conformément au 6° de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, l'ADHERENT a informé l'INSTITUTION de la rupture du contrat de travail du Participant.

9.3.2 Effet et durée du maintien de l'affiliation

L'affiliation du Participant au présent contrat est maintenue à compter de la date de cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois**.

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties qui ne sera pas prolongée d'autant.

En tout état de cause, l'affiliation au présent contrat des ayants droit du Participant cesse de plein droit :

- à la date à laquelle le Participant cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi ou de décès) ;
- en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après ;
- en cas de résiliation du contrat d'adhésion de l'entreprise au contrat socle collectif obligatoire.

La suspension des garanties résultant notamment du défaut de paiement des cotisations, produit ses effets à l'égard du PARTICIPANT dont l'affiliation est maintenue en application du présent article.

9.3.3 Obligations déclaratives du Participant

Conformément aux dispositions du 5° de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, le Participant s'engage à fournir à l'INSTITUTION :

- à l'ouverture de la période de maintien des garanties, le justificatif initial de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage,
- mensuellement, l'attestation de paiement des allocations Chômage.

9.3.4 Garanties

Les ayants droit du Participant bénéficient des garanties prévues au présent contrat au titre desquelles ils étaient affiliés au jour de la cessation du contrat de travail du Participant, sans possibilité de les modifier.

En tout état de cause, les évolutions des garanties du présent contrat ainsi que la résiliation de celui-ci intervenant durant la période de portabilité sont opposables au Participant.

L'ADHERENT s'engage à informer le Participant de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat socle collectif obligatoire, notamment en lui remettant l'addenda modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information établie par l'INSTITUTION.

9.3.5 Financement

Ce maintien est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité. Ainsi, les ayants droit des anciens salariés bénéficiaires du dispositif de maintien des garanties sont couverts **sans paiement de cotisations** après la cessation de leur contrat de travail.

9.4 Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail

Sous réserve d'en faire la demande à l'INSTITUTION, les ayants droit peuvent continuer à bénéficier de garanties Frais de Santé à titre individuel, y compris au terme du maintien prévu à l'article 9.3 des présentes Conditions générales, moyennant le paiement des cotisations spécifiques, dans les cas suivants :

- cessation de l'adhésion du Participant au contrat socle collectif facultatif
- résiliation ou non renouvellement du contrat socle collectif facultatif.

ARTICLE 10 – CONDITIONS DE CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent :

- à la date à laquelle le Participant n'appartient plus à la catégorie de personnel garantie ;
- en cas de cessation du contrat de travail du Participant, à l'expiration du mois au cours duquel prend fin ce dernier, sous réserve de l'application des dispositions de l'article 9.3 des présentes conditions générales ;
- à la date d'effet de la liquidation de la retraite du régime de base du Participant ;
- au 31 décembre de l'exercice au cours duquel la radiation est demandée, sous réserve que la demande de radiation parvienne à l'INSTITUTION au plus tard le 31 octobre ; en cas de non-paiement des cotisations dans les 10 jours de leur échéance, après envoi par l'INSTITUTION d'une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception et, le cas échéant, mise en œuvre d'une procédure de recouvrement desdites cotisations non suivie d'effet.
- à la date de résiliation du contrat socle collectif obligatoire ;
- à la date de décès du Participant ;
- à la date à laquelle les ayants droit ne remplissent plus les conditions prévues à l'article 6.2 des présentes Conditions Générales pour être ayant droit ;
- et en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat socle collectif facultatif.

Les ayants droit, une fois radiés, ne pourront plus bénéficier de la garantie au titre des présentes Conditions Générales. Toute nouvelle adhésion n'est possible qu'à l'issue d'un délai de deux années civiles entre la résiliation et la nouvelle adhésion.

ARTICLE 11 – COTISATIONS

11.1 Assiette des cotisations

Les cotisations sont à la charge exclusive du Participant.

Elles sont exprimées en euros.

11.2 Révision des cotisations et/ou des garanties 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 figurant ci-après aux articles 11.2.1 à 11.2.3.

11.2.1 Révision annuelle des cotisations

Les cotisations sont réexaminées par l'INSTITUTION et peuvent être modifiées en fonction des résultats du contrat ou des évolutions législatives et réglementaires à la fin de chaque exercice.

La révision des cotisations doit être notifiée à l'ADHERENT, par lettre recommandée avec avis de réception, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. Elle prend effet le 1^{er} janvier de l'année suivante.

En cas de désaccord, l'ADHERENT doit en aviser l'INSTITUTION au plus tard le 30 novembre de l'année en cours. Ce refus entraîne la résiliation au 31 décembre de la même année.

A défaut de désaccord exprimé au 30 novembre, l'ADHERENT est réputé avoir accepté la révision des cotisations.

11.2.2 Révision en cours d'exécution

Les cotisations et/ou les garanties peuvent également être modifiées à tout moment par l'INSTITUTION en fonction notamment de l'évolution de la réglementation et notamment celle relative à la Sécurité sociale, suite par

exemple à des mesures de désengagement ou à des modifications des Bases de remboursement, à la fiscalité ou aux évolutions afférentes aux conditions d'exonération des charges sociales ou autres prélèvements obligatoires du financement des garanties.

La révision des cotisations et/ou des garanties doit alors être notifiée à l'ADHERENT, par lettre recommandée avec avis de réception, au plus tard deux mois avant la date de prise d'effet dudit changement.

En cas de désaccord, l'ADHERENT doit en aviser l'INSTITUTION un mois avant la date de prise d'effet. Le contrat est résilié à compter du dernier jour précédent la prise d'effet de la modification proposée

A défaut de désaccord exprimé, l'ADHERENT est réputé avoir accepté ladite modification.

11.2.3 Modification du périmètre

L'ADHERENT s'engage à informer l'INSTITUTION de toutes modifications relatives au périmètre démographique des assurés ayant servi à l'appréciation du risque par l'INSTITUTION.

L'INSTITUTION pourra, en fonction de ce nouveau périmètre, procéder à la révision des cotisations ou à la modification des prestations proportionnellement à ce qu'aurait dû être le montant des cotisations par rapport au nouveau périmètre.

La modification sera notifiée à l'ADHERENT, par lettre recommandée avec avis de réception, au plus tard deux mois avant la prise d'effet dudit changement. En cas de désaccord, l'ADHERENT doit en aviser l'INSTITUTION un mois avant la prise d'effet. Le contrat est alors résilié au dernier jour précédent la prise d'effet de la modification.

A défaut de désaccord exprimé, l'ADHERENT est réputé avoir accepté ladite modification.

ARTICLE 12 – PAIEMENT DES COTISATIONS

12.1 Appel des cotisations

Les cotisations sont recouvrées auprès du Participant sur son compte bancaire selon la périodicité indiquée sur le Bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle.

Elles sont dues pour la totalité du mois au cours duquel les garanties sont accordées.

12.2 Défaut de paiement des cotisations par le Participant

A défaut de paiement de la cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date de son échéance, l'adhésion des ayants droit pourra être résiliée dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure par l'INSTITUTION. Celle-ci ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations dues doivent être payées.

La résiliation de l'adhésion individuelle des ayants droit par l'INSTITUTION ne la prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues, y compris les majorations de retard.

L'adhésion individuelle des ayants droit non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'INSTITUTION les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

ARTICLE 13 – PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du contrat sont prescrites 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 de l'ADHERENT ou des bénéficiaires 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 l'ADHERENT ou les bénéficiaires concernés 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 ou d'un envoi recommandé électronique avec avis de réception par l'INSTITUTION au Participant en vue d'obtenir le paiement de cotisations,
- de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec avis de réception par le Participant ou ses ayants droit à l'INSTITUTION en vue d'obtenir le règlement d'une prestation.

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

ARTICLE 14 – RECOURS SUBROGATOIRE

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

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

Lorsque, du fait de la victime, 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.

ARTICLE 15 – DISPOSITIONS DIVERSES

15.1 Confidentialité

Chacune des parties s'engage envers l'autre à préserver, pendant la durée du contrat et après son extinction pour une durée de cinq années, la stricte confidentialité de toutes les informations techniques ou financières qu'elles auront pu se communiquer ou dont elles auront pu avoir connaissance à l'occasion de l'exécution du contrat.

En particulier, l'Institution s'engage envers l'Adhérent à conserver la stricte confidentialité des informations concernant l'organisation de ses ressources humaines.

15.2 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 Participant est informé par l'INSTITUTION, 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 ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel du Participant 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 du Participant 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 Participant ;
- 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 Participant ;
- 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 au Participant 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 Participant.

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données personnelles du Participant 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 Participant 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 Participant 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 Participant 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 Participant 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 Participant ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé du Participant 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 Participant 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 Participant 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 Participant 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 Participant dispose d'un droit de demander l'accès à ses données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de ses données, post-mortem. Le Participant dispose également d'un droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont il fait l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Il dispose 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 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 Participant dispose 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 Participant dispose 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.

15.3 Cession du contrat

Le contrat est conclu entre l'Institution en considération de la personne de l'ADHERENT. En conséquence, l'ADHERENT ne pourra céder à un tiers ce contrat sans l'accord de l'Institution qui sera matérialisé par la signature d'un avenant tripartite de cession.

ARTICLE 16 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE – RÉCLAMATIONS – MEDIATION

16.1 Contrôle de l'INSTITUTION

L'INSTITUTION est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – 4 place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09.

16.2 Réclamations – Médiation

L'INSTITUTION met à la disposition de l'ADHERENT et des participants la possibilité de contacter le service « Satisfaction Clients » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application des contrats, à l'adresse suivante :

MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE
Service Satisfaction Clients
303 rue Gabriel Debacq
45777 SARAN Cedex

Tèl. (appel non surtaxé) : numéro mentionné sur les correspondances adressées par votre centre de gestion

À compter de la réception de la réclamation, l'INSTITUTION apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de dix jours ouvrés.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, l'INSTITUTION adresse au demandeur un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, **sans que ce délai ne puisse au total excéder deux mois.**

Si un désaccord persistait après réponse donnée par l'INSTITUTION, et après épuisement des voies de recours internes, l'ADHERENT, le Participant ou les ayants droit, ou, avec l'accord de ceux-ci, l'INSTITUTION, peuvent saisir le Médiateur de la protection sociale (CTIP), sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent :

Médiateur de la protection sociale

10 rue Cambacérès – 75008 PARIS

<https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

L'avis du médiateur est remis aux parties dans un délai de 90 jours à compter de la date de réception du dossier complet. Ce délai peut être prolongé par le Médiateur en cas de litige complexe, conformément à la charte de médiation du CTIP disponible sur le site internet susvisé.

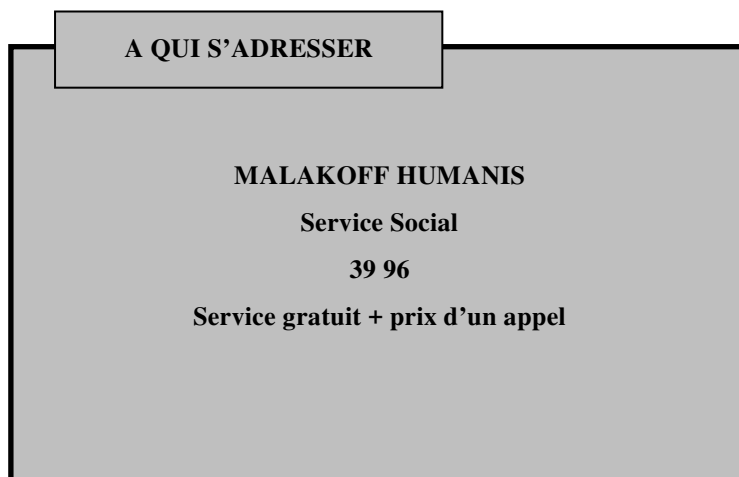
L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE

Nos équipes, composées de professionnels de l'Action sociale, sont à votre disposition en cas de difficultés consécutives à un problème de santé, de handicap ou d'invalidité.

Au-delà de l'écoute et du soutien, elles peuvent selon les situations :

- orienter vers des organismes compétents pour apporter leur concours à l'obtention de droits ou à la résolution de difficultés ;
- conseiller sur les démarches à entreprendre ;
- étudier la possibilité d'une aide financière, en fonction de votre situation économique et sociale.

Ces aides ne sont pas systématiques. Elles ne peuvent en aucun cas être assimilées à un complément des garanties contractuelles.



MALAKOFF HUMANIS SANTE AGRICOLE

ACCORD NATIONAL DU 10 JUIN 2008 SUR UNE PROTECTION
SOCIALE COMPLÉMENTAIRE EN AGRICULTURE
ET LA CRÉATION D'UN RÉGIME DE PRÉVOYANCE

CONDITIONS GENERALES CG/HP/HSASurcomp/FS-07.2017

CONTRAT « **SURCOMPLEMENTAIRE** » COLLECTIF

GARANTIES FRAIS DE SANTE
MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE

SOMMAIRE

TITRE I DISPOSITIONS RELATIVES A LA VIE DU CONTRAT	4
ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT.....	4
ARTICLE 2 – CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE.....	4
2.1 Optique.....	5
2.2 Dentaire.....	6
2.3 Aide auditive.....	6
ARTICLE 3 – DURÉE – PRISE D’EFFET – RENOUELEMENT DU CONTRAT.....	7
ARTICLE 4 – RÉVISION DU CONTRAT - MODIFICATION DE LA LÉGISLATION OU DE LA RÉGLEMENTATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.....	7
ARTICLE 5 – OBLIGATIONS DE L’ADHERENT.....	8
5.1 Dans le cadre d’une adhésion obligatoire au contrat surcomplémentaire collectif.....	8
5.2 Dans le cadre d’une adhésion facultative au contrat surcomplémentaire collectif.....	9
ARTICLE 6 – BÉNÉFICIAIRES.....	9
6.1 Bénéficiaires du contrat surcomplémentaire collectif.....	9
6.2 Définition des ayants droit.....	10
ARTICLE 7 – INFORMATION DES ADHÉRENTS ET DES PARTICIPANTS.....	11
TITRE II DEFINITION DES GARANTIES	12
ARTICLE 8 – GARANTIES FRAIS DE SANTÉ.....	12
8.1 Objet et conditions des garanties.....	12
8.2 Frais médicaux engagés à l’étranger.....	18
8.3 Modalités de versement des prestations.....	18
8.5 Contrôle et justificatifs.....	19
TITRE III DISPOSITIONS GÉNÉRALES	21
ARTICLE 9 – CONDITIONS ET ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES – SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN.....	21
9.1 Prise d’effet des garanties.....	21
9.2 Conditions de l’adhésion aux garanties dans le cadre d’une adhésion facultative au contrat surcomplémentaire collectif.....	21
9.3 Changement d’option dans le cadre d’une adhésion facultative au contrat surcomplémentaire collectif.....	22
9.4 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail.....	22
9.5 Maintien des garanties santé au titre de l’article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale : la « Portabilité des droits ».....	22
9.6 Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail.....	23
ARTICLE 10 – CONDITIONS DE CESSATION DES GARANTIES.....	24
10.1 Dans le cadre d’une adhésion obligatoire au contrat surcomplémentaire collectif.....	24
10.2 Dans le cadre d’une adhésion facultative au contrat surcomplémentaire collectif.....	24
ARTICLE 11 – COTISATIONS.....	25
11.1 Assiette des cotisations.....	25
11.2 Révision des cotisations et/ou des garanties par l’INSTITUTION.....	25
ARTICLE 12 – PAIEMENT DES COTISATIONS.....	26
12.1 Dans le cadre d’une adhésion obligatoire au contrat surcomplémentaire collectif.....	26
12.2 Dans le cadre d’une adhésion facultative au contrat surcomplémentaire collectif et pour l’extension facultative des ayants droit du Participant.....	26
ARTICLE 13 – PRESCRIPTION.....	27

ARTICLE 14 – RECOURS SUBROGATOIRE.....	27
ARTICLE 15 – DISPOSITIONS DIVERSES.....	27
15.1 Confidentialité.....	27
15.2 Protection des données à caractère personnel	28
15.3 Cession du contrat	29
ARTICLE 16 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE – RÉCLAMATIONS – MEDIATION.....	29
16.1 Contrôle de l'INSTITUTION	29
16.2 Réclamations – Médiation.....	30
L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE.....	31

TITRE I

DISPOSITIONS RELATIVES A LA VIE DU CONTRAT

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

Le contrat surcomplémentaire collectif est constitué des présentes Conditions Générales ainsi que du Contrat d'Adhésion.

Il est souscrit par la personne morale désignée au Contrat d'Adhésion, et ci-après dénommée « **l'ADHERENT** », auprès de « **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 numéro 775 691 181, dont le siège social est à PARIS (75009) – 21 rue Laffitte, dénommée ci-après « **l'INSTITUTION** ».

Les Conditions Générales et le Contrat d'Adhésion associés ont pour objet d'instituer une opération d'assurance à adhésion obligatoire ou facultative, au choix de l'ADHERENT, dénommée ci-après « contrat surcomplémentaire collectif », offrant collectivement, et sous réserve de l'accord de l'ADHERENT, des renforts complémentaires :

- Aux Participants bénéficiant du contrat socle collectif obligatoire,
- Aux Participants bénéficiant du contrat socle collectif obligatoire pour les dispositions de maintien facultatif des garanties,
- Aux ayants droit bénéficiant du contrat socle collectif facultatif,

La souscription, la mise en œuvre et la disparition de ce contrat est exclusivement régie par les dispositions des articles L. 932-14 et suivants du Code de la Sécurité sociale et de l'article 3 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 ainsi que par les différentes dispositions légales ou réglementaires applicables aux opérations d'assurance régies par ce dernier article.

La garantie a pour objet le remboursement des frais de santé.

Les présentes Conditions générales ont pour objet de définir les conditions d'adhésion des entreprises ainsi que des modalités d'affiliation de la catégorie assurée au contrat.

Les garanties souscrites par l'ADHERENT sont précisées au Contrat d'Adhésion.

Le présent contrat est régi par les dispositions du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 2 – 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 aux L. 871-1, R. 871-1 et R. 872-2 du Code de la Sécurité sociale et les textes d'application de celui-ci.

A 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 D160-9 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. 321-1 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 publique (accès au dossier Médical Personnel).
- Les dépassements autorisés d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque le Salarié et ses ayants droit 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

Les garanties et les cotisations telles qu'elles sont définies aux présentes Conditions Générales ont été établies sur la base des dispositions légales et réglementaires relatives aux contrats « responsables » en vigueur au jour de la signature du présent contrat. En cas de contradiction entre ces règles et celles prévues par les présents contrats, les règles du contrat responsable prévaudront.

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

Les garanties du contrat respectent les *minima* et les *maxima* de garanties prévues à l'article R. 872-2 du Code de la Sécurité sociale. Le contrat prend alors obligatoirement en charge les prestations prévues dans le cadre du 100% Santé en optique, dentaire et pour les aides auditives, dans le respect du calendrier prévu par les textes et dans les conditions précisées ci-dessous.

2.1 Optique

L'équipement optique est composé de deux verres et d'une monture.

Deux classes d'équipement optique sont définies :

- l'équipement optique de « classe A » sans reste à charge pour le Participant : cet équipement est remboursé aux 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 de ces forfaits pour chaque composante de l'équipement (verres ou monture).

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

Les verres simples, complexes ou très complexes sont définis au tableau des garanties.

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^{er} 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 (verres et 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 périodes de renouvellement sont définies comme suit :

- pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus, ces équipements d'optique sont pris en charge à raison d'un équipement tous les deux ans, par bénéficiaire ;
- pour les enfants de moins de 16 ans, le renouvellement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement 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 après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

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.

La justification de cette évolution de la vue, dans les conditions visées par la réglementation, 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.

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.

Aucun délai de renouvellement **des verres** n'est exigé dans les cas suivants :

- pour les enfants de moins de 16 ans, lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires 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 définies par l'arrêté du 3 décembre 2018 paru au Journal Officiel du 13 décembre 2018.

2.2 Dentaire

A compter du 1er janvier 2020 pour une partie des actes du panier « 100 % santé » puis au 1er 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 les 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.

2.3 Aide auditive

A compter du 1er janvier 2021, deux classes d'équipement auditif sont définies :

- l'équipement auditif de « classe I » sans reste à charge : cet équipement est remboursé à 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 est remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de garanties. Si les garanties sont dites « responsables », elles 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 tels que les tickets modérateurs des consommables, des piles ou des accessoires.

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 1er janvier 2017. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

ARTICLE 3 – DURÉE – PRISE D'EFFET – RENOUELEMENT DU CONTRAT

Seuls peuvent souscrire au contrat surcomplémentaire collectif les ADHERENTS ayant souscrit un contrat socle collectif obligatoire.

La souscription du présent contrat peut intervenir en même temps que la souscription du contrat socle collectif obligatoire précité. Elle peut également être réalisée postérieurement à celle-ci, en cours d'exécution du contrat socle collectif obligatoire.

La souscription au contrat surcomplémentaire collectif nécessite l'expression d'un consentement exprès, distincte de l'expression du consentement à la souscription du contrat socle collectif obligatoire de l'ADHERENT à l'INSTITUTION. Les deux contrats se réalisent au moyen de contrats d'adhésions différents.

Le présent contrat prend effet à la date indiquée au contrat d'adhésion, dûment complété et signé par l'entreprise et retourné contresigné par l'INSTITUTION. Il est souscrit pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours. En tout état de cause, l'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

Le présent contrat est renouvelé par tacite reconduction à chaque échéance annuelle, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties effectuée par lettre recommandée et moyennant le respect d'un préavis de deux mois.

La résiliation du contrat par l'ADHERENT doit être adressée à l'INSTITUTION par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, le cachet de la poste ou la date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi recommandé électronique, faisant foi. Elle ne prend effet qu'au 31 décembre de la même année.

La résiliation 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 celle-ci.

L'INSTITUTION peut également résilier le contrat en adressant un courrier recommandé à l'ADHERENT au moins 2 mois avant l'échéance annuelle, soit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, le cachet de la poste faisant foi.

La dénonciation du contrat socle collectif obligatoire emporte nécessairement la dénonciation du présent contrat.

ARTICLE 4 – RÉVISION DU CONTRAT - MODIFICATION DE LA LÉGISLATION OU DE LA RÉGLEMENTATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Les parties excluent l'application de l'article 1195 du code civil.

Elles conviennent d'appliquer exclusivement les dispositions figurant ci-après.

En cas de changement de la législation ou de la réglementation de la Sécurité sociale, les garanties et les taux de cotisation peuvent être révisés. Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions, le montant des prestations et leurs modalités de calcul demeurent inchangés.

La révision des cotisations et/ou des garanties fait l'objet d'un avenant signé entre l'ADHERENT et l'INSTITUTION.

ARTICLE 5 – OBLIGATIONS DE L'ADHERENT

5.1 Dans le cadre d'une adhésion obligatoire au contrat surcomplémentaire collectif

L'ADHERENT s'engage à :

1. Affilier la ou les catégories de personnes physiques sous contrat de travail à la date d'effet du contrat d'adhésion au contrat surcomplémentaire collectif obligatoire, dont il souhaite assurer la couverture au titre du contrat, sous réserve des cas de dispenses d'affiliation.

Le choix et la définition de cette ou ces catégories incombent à l'ADHERENT. **L'INSTITUTION ne saurait être garante de la conformité de ce choix et de ces définitions aux dispositions de l'article R. 242-1-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.**

2. Répondre exactement aux questions de l'INSTITUTION relatives à la ou les catégories de personnes physiques que l'ADHERENT envisage de garantir au titre du contrat surcomplémentaire collectif obligatoire. Doivent être notamment fournies les caractéristiques sociodémographiques de la catégorie, une liste indiquant les nom, prénom, date de naissance, numéro de Sécurité sociale et domicile des Assurés dont les anciens salariés qui appartenaient à la catégorie assurée et qui bénéficient de la portabilité des droits au titre d'un contrat de travail antérieur. Cette liste doit également mentionner la date d'embauche au sein de l'Entreprise ou une photocopie de la DSN ou tout autre document nominatif pouvant attester du nombre exact des Participants.
3. Communiquer à l'INSTITUTION les cas de dispense d'affiliation visées par l'acte juridique prévu à l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité sociale instituant ou modifiant les garanties collectives.

Le choix et la définition des dispenses d'affiliation incombent à l'ADHERENT.

L'INSTITUTION ne saurait être garante de la conformité de ce choix et de ces définitions aux dispenses d'affiliation d'ordre public et aux dispositions de l'article R. 242-1-6 du Code de la Sécurité sociale.

4. Veiller au paramétrage exhaustif de sa DSN selon la fiche de paramétrage fournie par l'INSTITUTION pour son ou ses contrats de prévoyance complémentaire, si l'Entreprise entre dans le périmètre de la DSN. La Déclaration Sociale Nominative vise à remplacer l'ensemble des déclarations périodiques ou événementielles adressées par les employeurs entrant dans son périmètre d'application, à des administrations et des organismes de protection sociale. Elle repose sur la transmission unique, mensuelle et dématérialisée des données issues de la paie et de signalements d'événements.
5. Communiquer à l'INSTITUTION sur support papier ou dématérialisé le bulletin d'Affiliation et d'Adhésion individuelle visé à l'article 9.1 dûment renseigné par chaque Participant si les données nécessaires à l'affiliation et à l'enregistrement des garanties ne sont pas transmises par la DSN. Cette communication doit intervenir dans un délai de trente jours suivant :
 - soit la date d'effet du contrat d'adhésion au contrat surcomplémentaire collectif obligatoire,
 - soit la date de l'entrée du Participant dans la catégorie assurée.
6. Déclarer à l'INSTITUTION tout salarié qui, au cours du contrat d'adhésion entre dans la catégorie de salariés assurée si les données nécessaires à l'affiliation et à l'enregistrement des garanties ne sont pas transmises par la DSN.
7. Déclarer à l'INSTITUTION tout salarié qui, au cours du contrat d'adhésion, quitte l'employeur notamment suite à une démission, une rupture conventionnelle, un licenciement ou un départ en retraite ou qui sort de la catégorie de salariés assurée si l'ADHERENT n'entre pas dans le périmètre de la DSN, en précisant la date et le motif du départ. Cette déclaration doit être effectuée dans les 30 jours du départ de l'entreprise et au plus tard dans les trois mois suivant l'évènement.
8. Déclarer à l'INSTITUTION tout salarié dont le contrat de travail est suspendu et qui ne pourrait bénéficier du maintien de son affiliation en application de l'article 9.4 des présentes Conditions générales.
9. Déclarer trimestriellement, à l'INSTITUTION, par le biais des appels de cotisations, l'effectif des salariés affiliés au présent contrat, tant que cette information n'est pas transmise par l'ADHERENT ni traité par

l'INSTITUTION par les flux DSN.

10. Communiquer annuellement à l'INSTITUTION, au plus tard le 31 janvier de l'année N + 1, un état nominatif annuel des salaires par voie dématérialisée tant que ces informations ne sont pas transmises par l'Entreprise ni traitées par l'INSTITUTION par les flux DSN.

L'INSTITUTION se réserve la possibilité de réclamer des dommages-intérêts et/ou de prononcer la résiliation du contrat surcomplémentaire collectif souscrit à adhésion obligatoire en cas d'inexactitude ou de manquement par l'Entreprise ou par le Participant à l'une des obligations énoncées ci-dessus. A défaut de communication des documents demandés, la résiliation intervient à l'expiration d'un délai de 40 jours suivant l'envoi d'une mise en demeure par l'INSTITUTION.

5.2 Dans le cadre d'une adhésion facultative au contrat surcomplémentaire collectif

L'ADHERENT s'engage à :

1. Veiller au paramétrage exhaustif de sa Déclaration Sociale Nominative (DSN) selon la fiche de paramétrage fournie par l'INSTITUTION pour son ou ses contrats de prévoyance complémentaire, si l'ADHERENT entre dans le périmètre de la DSN. La Déclaration Sociale Nominative vise à remplacer l'ensemble des déclarations périodiques ou événementielles adressées par les employeurs entrant dans son périmètre d'application, à des administrations et des organismes de protection sociale. Elle repose sur la transmission unique, mensuelle et dématérialisée des données issues de la paie et de signalements d'événements.
2. Communiquer à l'INSTITUTION la ou les catégories de personnes physiques dont il souhaite assurer la couverture au titre du contrat.
3. Communiquer à l'INSTITUTION sur support papier ou dématérialisé le Bulletin d'Affiliation d'Adhésion Individuelle visé à l'article 9.1 des présentes Conditions générales dûment renseigné par chaque Participant qui souhaite adhérer individuellement au contrat surcomplémentaire collectif facultatif si les données nécessaires à l'affiliation et à l'enregistrement des garanties ne sont pas transmises par la DSN. Cette communication doit intervenir dans un délai de trente jours suivant sa signature par le Participant. L'ADHERENT peut communiquer à l'INSTITUTION, en lieu et place des Bulletins d'Affiliation d'Adhésion Individuelle susvisés, sur tout support de son choix, dématérialisé ou non, une liste de toutes les personnes physiques travaillant pour le compte de l'ADHERENT entrant dans la Catégorie définie au contrat d'adhésion, et comprenant notamment leurs nom, prénom, date de naissance et numéro de Sécurité sociale.
4. Déclarer à l'INSTITUTION toute personne physique travaillant pour l'ADHERENT qui, au cours du contrat, entre dans la ou les catégories définies au Contrat d'Adhésion et qui souhaite adhérer à titre individuel au contrat.
5. Déclarer à l'INSTITUTION tout Participant qui, au cours du contrat, quitte l'entreprise, ou sort de la ou les catégories de salariés définies au Contrat d'Adhésion notamment suite à une évolution dans une autre catégorie de salariés si l'ADHERENT n'entre pas dans le périmètre de la DSN. L'ADHERENT précise la date et le motif du départ ou de l'évolution. La déclaration doit être effectuée dans les 30 jours du départ de l'entreprise ou du changement de catégorie
6. Communiquer annuellement à l'INSTITUTION, au plus tard le 31 janvier de l'année N + 1, un état nominatif annuel des salaires par voie dématérialisée tant que ces informations ne sont pas transmises par l'ADHERENT ni traitées par l'INSTITUTION par les flux DSN.

Pour le présent contrat, chaque salarié ainsi affilié est appelé « Participant ».

ARTICLE 6 – BÉNÉFICIAIRES

6.1 Bénéficiaires du contrat surcomplémentaire collectif

Sont couverts de manière obligatoire ou facultative au choix de l'ADHERENT :

- Les ayants droit bénéficiant du contrat socle collectif facultatif,
- Les Participants bénéficiant du contrat socle collectif obligatoire,
- Les Participants dont le contrat de travail est suspendu sans rémunération ou indemnisation par

l'employeur et bénéficiaire du contrat socle collectif obligatoire pour les dispositions de maintien facultatif des garanties.

La couverture des ayants droit et leur nombre influe sur la cotisation que le Participant aura à sa charge exclusive.

En tout état de cause, les ayants droit affiliés au titre du contrat surcomplémentaire collectif facultatif sont identiques à ceux affiliés au titre du contrat socle collectif facultatif.

Le niveau choisi par le Participant (option 1 ou option 2 ou option 3) s'applique à l'ensemble de ses ayants-droit.

6.2 Définition des ayants droit

Est considéré comme conjoint :

- **Le conjoint** : personne liée au salarié par les liens du mariage (article 143 du Code civil), non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée exerçant ou non une activité professionnelle ;
- **Le cocontractant d'un PACS** : personne ayant conclu avec le salarié un Pacte Civil de Solidarité (PACS) dans les conditions fixées aux articles 515-1 à 515-7 du Code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- **Le concubin** : personne vivant avec le salarié en concubinage au sens de l'article 515-8 du Code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins deux ans à la date de l'évènement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un PACS.

La preuve du lien se fait par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire, accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus.

Sont considérés comme à charge du Participant :

- **Les enfants à charge** du Participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin, s'ils sont effectivement à la charge du Participant, c'est-à-dire si celui-ci pourvoir à leurs besoins et assure leur entretien et satisfaisant à l'une des conditions suivantes :
 - être âgés de moins de 18 ans, non-salariés et avoir la qualité d'ayant droit au sens de la Sécurité sociale du Participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin ;
 - être âgés de moins de 21 ans, non salariés et bénéficiant d'une immatriculation en propre en tant qu'assuré du régime de Sécurité sociale et reconnu à charge par l'administration fiscale du salarié,
 - être âgés de moins de 26 ans et :
 - poursuivant leurs études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé et qu'à ce titre ils puissent en justifier lors de leur adhésion puis annuellement par un certificat de scolarité et s'ils fournissent l'attestation jointe à la carte Vitale ou la carte d'assuré au régime de base obligatoire d'assurance maladie
 - ou être bénéficiaire d'une Couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale,
 - être âgés de moins de 26 ans et sous contrat d'apprentissage ou aidé aux conditions prévues par le Code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité,
 - quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'Allocation pour Adulte Handicapé. Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;
 - les enfants du salarié nés « viables » moins de 300 jours après son décès.

- **Les ascendants à charge du Participant**, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin.

ARTICLE 7 – INFORMATION DES ADHÉRENTS ET DES PARTICIPANTS

L'INSTITUTION réalise une notice d'information adressée aux ADHERENTS, à charge pour ces derniers de la remettre à chacun des Participants concernés lors de la mise en place du contrat et lors de toute nouvelle souscription au contrat.

Cette notice définit :

- les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur ;
- les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque ;
- le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances, des exclusions et des limitations de garanties, ainsi que les délais de prescription ;
- les obligations pesant sur les ADHERENTS et les Participants.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Participants, l'ADHERENT est tenu d'informer chaque Participant en lui remettant une notice établie à cet effet par l'Institution.

La preuve de la remise de la notice au Participant et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'ADHERENTS.

TITRE II DEFINITION DES GARANTIES

ARTICLE 8 – GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

8.1 Objet et conditions des garanties

Toutes les garanties Frais de Santé sont exprimées :

- en pourcentage de la Base de Remboursement (BR) du régime de base dont relève le participant ou du Ticket Modérateur
- ou forfaitairement
- ou en combinant les expressions de garanties « BR + forfait ».

Les remboursements mentionnés ci-après incluent les prestations en nature de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) ou de la Sécurité sociale, dits régimes de base.

L'Institution n'intervient pas sur les actes et frais n'ayant pas fait l'objet d'une prise en charge du régime de base dont relève le bénéficiaire, sauf cas particuliers prévus par le régime, mentionnés dans les présentes Conditions Générales.

Le paiement des prestations est dû au Participant le premier jour de son affiliation pour tous les soins engagés pendant la période de couverture, quelle que soit la date de la maladie ou de l'accident ayant provoqué ces soins.

La prestation versée par l'INSTITUTION ne peut en aucun cas dépasser la totalité des frais laissés à la charge du Participant, après remboursement du régime de base de la Sécurité Sociale ou de la MSA ou de tout autre organisme complémentaire.

Lorsque les professionnels de santé sont non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire, la base de remboursement retenue pour le calcul de la prise en charge complémentaire est celle du tarif d'autorité.

MALAKOFF HUMANIS SANTE AGRICOLE

Salariés Non affiliés à l'AGIRC

Régime Général et régime Alsace-Moselle à adhésion obligatoire

Conformément au cahier des charges du contrat responsable, les Honoraires, les Frais de séjour, les Soins courants, la Pharmacie remboursée à 65% en régime général (90% en Alsace-Moselle), le Transport, l'Appareillage, les équipements Optique et Lentilles remboursées SS ou MSA, les Soins dentaires et Inlays-onlays ainsi que les Actes de prévention sont pris en charge par l'INSTITUTION avec un minimum de 100% de la BR - MR ; les Prothèses dentaires SS ou MSA et l'Orthodontie SS ou MSA sont, quant à elles, prises en charge par l'INSTITUTION avec un minimum de 125% de la BR - MR.

Les garanties s'entendent SOUS DEDUCTION des prestations de la Sécurité sociale ou de la MSA (sauf garanties exprimées en forfait) et y compris les remboursements du contrat socle collectif obligatoire ou du contrat socle collectif facultatif

Ces garanties s'entendent dans la double limite, d'une part des frais réels - MR, et d'autre part dans la limite de :

	REGIME Surcomplémentaire 1	REGIME Surcomplémentaire 2	REGIME Surcomplémentaire 3
HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MEDICALE, y compris maternité (secteurs conventionné et non conventionné (1))			
Hospitalisation chirurgicale et médicale			
Frais de séjour et Fournitures diverses	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires			
Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	480 % BR	480 % BR	480 % BR
Non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % DE	100 % du forfait	100 % DE
Chambre particulière en hospitalisation, y compris forfait ambulatoire	78 euros par jour pendant 60 jours et 25 euros par jour les jours suivants	78 euros par jour pendant 60 jours et 25 euros par jour les jours suivants	78 euros par jour pendant 60 jours et 25 euros par jour les jours suivants 78 euros par jour pendant 45 jours en psychiatrie
Chambre particulière en maternité	52 euros par jour	52 euros par jour	80 euros par jour
Frais d'accompagnement (enfant - de 16 ans)	52 euros par jour pendant 30 jours et 15 euros par jour pour les jours suivants	52 euros par jour pendant 30 jours et 15 euros par jour pour les jours suivants	52 euros par jour pendant 30 jours et 30 euros par jour pour les jours suivants
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	100% DE	100% DE	100% DE
Hospitalisation à domicile			

Honoraires des médecins libéraux			
Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	480 % BR	480 % BR	480 % BR
Non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Autres frais	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Allocation maternité (prime de naissance)	1 500 euros par bénéficiaire	1 500 euros par bénéficiaire	1 500 euros par bénéficiaire

SOINS COURANTS (auprès d'un praticien conventionné et non conventionné (1))

Honoraires médicaux			
Généralistes ou spécialistes			
Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200 % BR	220 % BR	220 % BR
Non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	180 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux			
Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	220 % BR	220 % BR
Non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie médicale			
Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	210 % BR	210 % BR
Non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	190 % BR	190 % BR
Honoraires paramédicaux, frais de déplacement	100 % BR	200 % BR	200 % BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	180 % BR	180 % BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	100% DE	100% DE	100% DE
Matériel médical (appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique)	300 % BR	300 % BR	forfait annuel supplémentaire de 200€ pour un fauteuil roulant
Frais de transport sanitaire remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA (ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (2))	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale ou la MSA			
Honoraires et soins remboursés par la Sécurité sociale ou la MSA	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Transport et hébergement remboursés par la Sécurité sociale ou la MSA	Non couvert	Forfait annuel égal à 150 euros	Forfait annuel égal à 150 euros
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale ou la MSA			
Médicaments remboursés à 65%	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments remboursés à 30%	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments remboursés à 15%	100 % BR	100 % BR	100 % BR

Médicaments prescrits mais non remboursés par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire	30 euros	40 euros	40 euros
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire	40 euros	40 euros	40 euros
Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac (y compris le remboursement de la Sécurité sociale ou MSA éventuel) - par an et par bénéficiaire	180 euros	200 euros	200 euros
Médecine additionnelle et de prévention - sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel Acupuncteur, Chiropracteur, Ostéopathe - par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 4 séances par an	30 euros	30 euros	30 euros
AIDES AUDITIVES			
Aides auditives (+ piles et entretien) de classe I ou II - remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA - jusqu'au 31/12/2020	455 % BR plus un plafond annuel par bénéficiaire de 350 euros	455 % BR plus un plafond annuel par bénéficiaire de 350 euros	455 % BR plus un plafond annuel par bénéficiaire de 350 euros
Aides auditives par oreille - renouvellement par appareil tous les 4 ans (hors accessoires) - à compter du 01/01/2021			
Equipement 100% santé** (Classe I***)	Sans reste à payer (3)	Sans reste à payer (3)	Sans reste à payer (3)
Equipement autre que 100% santé** (Classe II***) - Limité RO + RC à 1 700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) Bénéficiaire jusqu'à 20 ans révolus ou atteint de cécité****	122 % BR	122 % BR	1700 euros par oreille
Bénéficiaire à compter du 21ème anniversaire	455 % BR plus un plafond annuel par bénéficiaire de 350 euros	455 % BR plus un plafond annuel par bénéficiaire de 350 euros	1700 euros par oreille
Accessoires et fournitures	100 % BR	100 % BR	100 % BR
DENTAIRE			
Soins et prothèses 100% santé** à compter du 01/01/2020 pour les couronnes et les bridges et dès le 01/01/2021 pour les autres prothèses du panier dentaire	Sans reste à payer (4)	Sans reste à payer (4)	Sans reste à payer (4)
Soins			
Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale ou la MSA : soins dentaires, actes de prophylaxie bucco-dentaire, actes d'endodontie, parodontologie	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale ou la MSA	100 euros	100 euros	100 euros
Inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale ou la MSA (4)	170 % BR	250 % BR	250 % BR
Prothèses dentaires autres que Soins et prothèses 100% santé remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA (4)			
Inlays-cores	280 % BR	350 % BR	690% BR + 400 euros par an et par bénéficiaire
Couronnes, bridges et inter de bridges, couronnes sur implant, prothèses dentaires amovibles, prothèses dentaires transitoires, réparations sur prothèses	280 % BR + 300 euros par an et par bénéficiaire	500 % BR + 350 euros par an et par bénéficiaire	690% BR + 400 euros par an et par bénéficiaire

Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité Sociale ou la MSA			
Couronnes et bridges	150 euros par an et par bénéficiaire	300 euros par an et par bénéficiaire	300 euros par an et par bénéficiaire
Réparations sur prothèses (sauf les réparations à caractère esthétique), Implants (implant + pilier implantaire)	Non couvert	Non couvert	Non couvert
Orthodontie			
Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale ou la MSA	250 % BR	300 % BR	300 % BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale ou la MSA	100 euros	200 euros	200 euros
OPTIQUE			
Equipement 100% Santé** (Classe A) (5)	Sans reste à payer (3)	Sans reste à payer (3)	Sans reste à payer (4)
Equipement autre que 100% Santé** (Classe B) (5)			
A compter du 16ème anniversaire			
Par verre simple (6)	160 euros	160 euros	160 euros
Par verre complexe (7)	220 euros	250 euros	300 euros
Par verre très complexe (8)	250 euros	280 euros	300 euros
Par monture de lunettes	80 euros	100 euros	100 euros
Jusqu'à 15 ans révolus			
Par verre simple (6)	175 euros	175 euros	175 euros
Par verre complexe (7)	290 euros	305 euros	305 euros
Par verre très complexe (8)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Par monture de lunettes	100 euros	100 euros	100 euros
Prestation d'adaptation des verres par l'opticien	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Lentilles			
Lentilles remboursées par la Sécurité Sociale ou la MSA (y compris jetables)	100 % BR plus un forfait de 150 euros	100 % BR plus un forfait de 300 euros	100 % BR plus un forfait de 300 euros
Lentilles non remboursées par la Sécurité Sociale ou la MSA (y compris jetables) - par an et par bénéficiaire	100 euros	200 euros	200 euros
Chirurgie optique réfractive (toute chirurgie des yeux) - par œil	Non couvert	300 euros	300 euros
PREVENTION			
Actes de prévention (9)	Pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat (10)	Pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat (10)	Pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat (10)

* **Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et 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. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

** Tels que définis règlementairement : **dispositif 100 % Santé** par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies règlementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

*** Voir la liste règlementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales du contrat.

**** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction.

(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

(2) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

(3) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente

(4) Dans la limite, le cas échéant, des honoraires limites de facturation

(5) Renouvellement par équipement (monture + 2 verres) par période dans les limites RO+RC prévues à l'article R871-2 du Code de la Sécurité Sociale. Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions Générales.

(6) Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries, verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries, verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

(7) Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries, verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries, verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie, verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries, verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries, verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries, verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

(8) Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries, verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries, verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie, verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

(9) Les actes de prévention sont listés par l'arrêté pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code.

(10) A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.

DE : Dépense effective. Montant total des dépenses engagées.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale ou de la MSA

MR : Montant Remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA

MSA : Mutualité Sociale Agricole

SS : Sécurité Sociale

Le montant des prestations servies ne peut excéder les frais réellement engagés, sous déduction des remboursements versés par la SS ou la MSA et tout autre organisme complémentaire.

8.2 Frais médicaux engagés à l'étranger

L'Institution intervient dès lors que les frais engagés hors de France sont pris en charge par la Sécurité sociale française.

8.3 Modalités de versement des prestations

Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs visés ci-dessous doivent être produites à l'INSTITUTION dans un délai maximum de deux ans suivant la survenance des soins ou du décès par le Participant. A défaut, le Participant se voit opposer la prescription visée à l'article 13 des présentes Conditions Générales.

Le Participant et l'ADHERENT sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du ou des contrat(s), de fournir à l'INSTITUTION les déclarations et pièces justificatives listées ci-après.

L'Institution se réserve le droit de demander au Participant 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 au Participant d'informer l'Institution de toute modification de ses coordonnées bancaires.

Tout document relatif à l'état de santé du Bénéficiaire est protégé par le secret médical et pourra être adressé sous pli au Médecin Conseil de l'INSTITUTION.

Les justificatifs à fournir par le Participant pour ses demandes de remboursement, selon les garanties effectivement souscrites sont les suivants :

	Bénéficiaire NOEMIE
Hospitalisation Etablissement conventionné ou non conventionné	Sans demande de prise en charge : facture originale acquittée de l'établissement hospitalier (forfait hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement...)
Hospitalisation à domicile (HAD)	Facture forfaitaire acquittée indiquant le prix de journée Prescription médicale, dossier médical et validation du médecin coordinateur de la structure HAD
Soins de ville	Aucun document
Médecine douce	Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...)
Optique	Facture détaillée et acquittée En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue : <ul style="list-style-type: none">- Soit nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction,- Soit prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction,- Et prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent. Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non

Traitements chirurgicaux des troubles visuels	prises en charge par la Sécurité sociale Note d'honoraires originale du praticien détaillant le nombre d'œil opéré
Prothèses dentaires – Orthodontie - Parodontologie - prises en charge ou non prises en charge par la Sécurité sociale	Imprimé type de la MUTUELLE et/ou facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la Nomenclature de la Sécurité sociale. *
Maternité	Photocopie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance ou acte d'enfant sans vie
Adoption	Photocopie du certificat définitif d'adoption
Cure thermale	Facture acquittée du séjour

	Non Bénéficiaire Noémie
Pour les soins pris en charge par la Sécurité sociale	Décompte original de la Sécurité sociale Justificatifs ci-dessus

* Le 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, il devra fournir la facture originale acquittée.

En cas de tiers payant avec la Sécurité sociale mais sans tiers payant avec l'Institution, il devra fournir la facture acquittée du Ticket Modérateur.

Les prestations sont versées soit directement au Participant (ou à ses bénéficiaires le cas échéant), soit aux professionnels de santé par tiers-payant.

8.4 Tiers payant généralisé

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 Participant et ses ayants droit 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 Participant et ses ayants droit doivent donc régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du professionnel de santé.

Le Participant et ses ayants droit 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.

8.5 Contrôle et justificatifs

Afin d'assurer la protection de ses données personnelles de santé, le bénéficiaire de la prestation 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.

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. 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 III DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 9 – CONDITIONS ET ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES – SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN

9.1 Prise d'effet des garanties

9.1.1 Dans le cadre d'une adhésion obligatoire au contrat surcomplémentaire collectif

Pour les Participants, les garanties du contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire prennent effet ;

- à la date d'effet de l'adhésion au contrat surcomplémentaire collectif obligatoire pour tous les Participants présents à cette date, et ultérieurement à la date d'embauche, sous réserve des dispenses d'affiliation,
- au premier jour du mois qui suit la demande d'affiliation pour les salariés ayant demandé à bénéficier d'une dispense d'affiliation et qui viennent à cesser de justifier de leur situation, ou qui décident ultérieurement de renoncer à cette dispense.

Pour les ayants droit, les garanties du contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire prennent effet :

- à la même date d'affiliation que le Participant au contrat surcomplémentaire collectif obligatoire,
- à défaut, à la date de l'évènement dans le cas d'une adhésion suite à un changement de situation de famille, dès lors qu'ils sont affiliés au contrat collectif socle facultatif. Le Participant dispose d'un délai de trois mois à compter de la date de l'évènement pour en informer l'INSTITUTION et transmettre le Bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle accompagné des pièces justificatives.

9.1.2 Dans le cadre d'une adhésion facultative au contrat surcomplémentaire collectif

Pour les Participants, les garanties prennent effet à la date d'effet de l'adhésion individuelle du Participant.

Pour les ayants droit, les garanties du contrat surcomplémentaire collectif à adhésion facultative prennent effet :

- à la date d'adhésion individuelle du Participant au contrat surcomplémentaire collectif facultatif,
- à défaut, à la date de l'évènement dans le cas d'une adhésion suite à un changement de situation de famille, dès lors qu'ils sont affiliés au contrat socle collectif facultatif, Le Participant dispose d'un délai de trois mois à compter de la date de l'évènement pour en informer l'INSTITUTION et transmettre le Bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle accompagné des pièces justificatives.

Dans le cadre d'une adhésion facultative au contrat surcomplémentaire collectif, le Participant peut, moyennant le paiement des cotisations intégralement à sa charge, améliorer les garanties du contrat socle collectif obligatoire et/ou du contrat socle collectif facultatif en choisissant les garanties optionnelles (option 1 ou option 2 ou option 3).

9.2 Conditions de l'adhésion aux garanties dans le cadre d'une adhésion facultative au contrat surcomplémentaire collectif

L'adhésion est ouverte, sous réserve des catégories définies par l'ADHERENT au sein du contrat d'adhésion, sans examen médical préalable, à tout Participant, bénéficiaire du contrat socle collectif obligatoire et/ou du contrat socle collectif facultatif souscrit au profit de ses ayants droit, sous réserve qu'il adresse à l'INSTITUTION le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle dûment complété et signé.

Le Participant peut adhérer au contrat surcomplémentaire collectif facultatif dans les deux mois suivants son adhésion :

- au contrat socle collectif obligatoire,
OU
- au contrat socle collectif obligatoire pour les dispositions de maintien facultatif des garanties,
OU
- au contrat socle collectif facultatif afin d'affilier ses ayants droit,

A défaut, le Participant pourra y adhérer au 1^{er} janvier de chaque année.

Cette adhésion prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception du bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle.

9.3 Changement d'option dans le cadre d'une adhésion facultative au contrat surcomplémentaire collectif

Le Participant peut changer d'option pour lui et le cas échéant, ses ayants droit :

- Chaque 1^{er} janvier, sous réserve que le Participant en fasse la demande auprès de l'INSTITUTION avant le 31 octobre de l'année précédente ; le 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 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.

9.4 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

9.4.1 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail non indemnisée

Les garanties mises en place dans le cadre du contrat obligatoire sont suspendues en cas de suspension du contrat de travail du Participant non indemnisée. Le Participant peut, pendant la période de suspension, demander à l'INSTITUTION, à titre individuel et facultatif, à continuer à bénéficier de la garantie complémentaire santé, sous réserve du paiement par ce dernier de l'intégralité de la cotisation.

L'ADHERENT doit informer l'INSTITUTION de la suspension du contrat et de la durée de la suspension au début de celle-ci.

9.4.2 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée

Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du contrat obligatoire est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient d'un maintien total ou partiel de salaire ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par celui-ci ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence.

Si la suspension est inférieure à un mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire Frais de Santé est due intégralement.

9.5 Maintien des garanties santé au titre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale : la « Portabilité des droits »

Sous réserve pour l'ADHERENT d'être soumis aux dispositions de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, les garanties prévues au présent contrat sont maintenues au profit des Participant dont le contrat de travail est rompu et, le cas échéant de ses ayants droit, dans les conditions suivantes.

Toute modification de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale emporte de plein droit la modification du présent article au jour de son entrée en vigueur.

9.5.1 Conditions au maintien de l'affiliation

Sous réserve pour le Participant d'être éligible au dispositif de l'article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale, l'affiliation au présent contrat et par conséquent les garanties dont profitaient effectivement le Participant et ses éventuels ayants droit au jour de la cessation du contrat de travail du Participant sont maintenues à condition que la cessation résulte d'un motif autre qu'un licenciement pour faute lourde et qu'elle ouvre droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Si l'ADHERENT n'entre pas dans le périmètre de la DSN, il devra retourner à l'INSTITUTION le formulaire type « Déclaration de portabilité » dûment complété et signé pour permettre le maintien de la couverture.

Il incombe à l'ADHERENT d'informer le Participant du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

L'INSTITUTION n'est tenue du maintien des garanties qu'autant que :

- conformément au 5° de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, le Participant satisfait aux obligations déclaratives rappelées ci-après ;
- conformément au 6° de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, l'ADHERENT a informé l'INSTITUTION de la rupture du contrat de travail du Participant.

9.5.2 Effet et durée du maintien de l'affiliation

L'affiliation du Participant au présent contrat est maintenue à compter de la date de cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois.**

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties qui ne sera pas prolongée d'autant.

En tout état de cause, l'affiliation au présent contrat du Participant cesse de plein droit :

- à la date à laquelle il cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès) ;
- en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après.
- en cas de résiliation du contrat d'adhésion de l'entreprise au contrat socle collectif obligatoire.

9.5.3 Obligations déclaratives du Participant

Conformément aux dispositions du 5° de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, le Participant s'engage à fournir à l'INSTITUTION :

- à l'ouverture de la période de maintien des garanties, le justificatif initial de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage,
- mensuellement, l'attestation de paiement des allocations Chômage.

La suspension des garanties résultant notamment du défaut de paiement des cotisations, produit ses effets à l'égard du PARTICIPANT dont l'affiliation est maintenue en application du présent article.

9.5.4 Garanties

Le Participant et ses ayants droits bénéficient des garanties prévues au présent contrat au titre desquelles ils étaient affiliés au jour de la cessation du contrat de travail du Participant, sans possibilité de les modifier.

En tout état de cause, les évolutions des garanties du présent contrat ainsi que la résiliation de celui-ci intervenant durant la période de portabilité sont opposables au Participant.

L'ADHERENT s'engage à informer le Participant de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat, notamment en lui remettant l'addenda modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information établie par l'INSTITUTION.

9.5.5 Financement

Ce maintien est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif de maintien des garanties sont couverts **sans paiement de cotisations** après la cessation de leur contrat de travail.

9.6 Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail

Sous réserve d'en faire la demande à l'INSTITUTION, les Participants peuvent continuer à bénéficier de garanties Frais de Santé à titre individuel, y compris au terme du maintien prévu à l'article 9.5 des présentes Conditions générales, moyennant le paiement des cotisations spécifiques, dans les cas suivants :

- cessation de l'adhésion du Participant au contrat socle collectif facultatif et/ou au contrat surcomplémentaire collectif ;
- résiliation ou non renouvellement du contrat socle collectif facultatif et/ou du contrat surcomplémentaire collectif.

ARTICLE 10 – CONDITIONS DE CESSATION DES GARANTIES

10.1 Dans le cadre d'une adhésion obligatoire au contrat surcomplémentaire collectif

Sous réserve de l'application de l'article 9.5 des présentes Conditions Générales, l'affiliation du Participant cesse de plein droit :

- soit à la date de résiliation ou de non renouvellement de l'adhésion de l'ADHERENT au contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire,
- soit à la date de sortie des effectifs,
- soit à la date de départ à la retraite, à l'exception des Participants reprenant, sans interruption de fait, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès de l'ADHERENT,
- soit à la date d'évolution dans une autre catégorie non couverte par le contrat d'adhésion de l'ADHERENT,
- et, en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire.

La cessation de l'affiliation entraîne la fin des garanties du contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire.

Le Participant qui bénéficiait du tiers payant s'engage, lors de son départ, à remettre à l'ADHERENT sa carte de tiers payant. L'ADHERENT doit la retourner à l'INSTITUTION.

L'INSTITUTION récupère auprès du Participant toutes prestations indûment réglées.

La radiation du Participant entraîne, à la même date, la radiation de l'ensemble de ses ayants droit.

10.2 Dans le cadre d'une adhésion facultative au contrat surcomplémentaire collectif

10.2.1 Pour le Participant

Les garanties cessent :

- à la date à laquelle le Participant n'appartient plus à la catégorie de personnel garantie ;
- en cas de cessation du contrat de travail, les garanties cessent à l'expiration du mois au cours duquel prend fin ce dernier, sous réserve de l'application des dispositions de l'article 9.5 des présentes Conditions Générales ;
- à la date d'effet de la liquidation de la retraite du régime de base du Participant ;*
- au 31 décembre de l'exercice au cours duquel la radiation est demandée, sous réserve que la demande de radiation parvienne à l'INSTITUTION au plus tard le 31 octobre. La renonciation est définitive pour le Participant et ses ayants droit. Toute nouvelle adhésion n'est possible qu'à l'issue d'un délai de deux années civiles entre la renonciation et la nouvelle adhésion ;
- en cas de non-paiement des cotisations dans les 10 jours de leur échéance, après envoi par l'INSTITUTION d'une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception et, le cas échéant, mise en œuvre d'une procédure de recouvrement desdites cotisations non suivie d'effet.
- à la date de résiliation du contrat socle collectif obligatoire ;
- à la date de décès du Participant
- et, en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

Le Participant qui bénéficiait du tiers payant s'engage, lors de son départ, à remettre à l'ADHERENT sa carte de tiers payant. L'ADHERENT doit la retourner à l'INSTITUTION.

L'INSTITUTION récupère auprès du Participant toutes prestations indûment réglées.

La radiation du Participant entraîne, à la même date, la radiation de ses ayants droit.

10.2.2 Pour les ayants droit

En dehors du cas de la radiation du Participant, les garanties cessent à l'égard de ses ayants droit :

- au 31 décembre de l'exercice au cours duquel la radiation est demandée, sous réserve que la demande de radiation parvienne à l'INSTITUTION au plus tard le 31 octobre ;
- à la date à laquelle les ayants droit ne remplissent plus les conditions prévues à l'article 6.2 des présentes Conditions Générales pour être ayant droit ;
- en cas de non-paiement des cotisations dans les 10 jours de leur échéance, après envoi par l'INSTITUTION d'une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception et, le cas échéant, mise en œuvre d'une procédure de recouvrement desdites cotisations non suivie d'effet ;
- à la date de résiliation du contrat socle collectif facultatif ;
- et en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

Les ayants droit, une fois radiés, ne pourront plus bénéficier de la garantie au titre des présentes Conditions Générales. Toute nouvelle adhésion n'est possible qu'à l'issue d'un délai de deux années civiles entre la résiliation et la nouvelle adhésion.

ARTICLE 11 – COTISATIONS

11.1 Assiette des cotisations

Les cotisations sont à la charge exclusive du Participant.

Elles sont exprimées en euros.

11.2 Révision des cotisations et/ou des garanties 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 figurant ci-après aux articles 11.2.1 à 11.2.3.

11.2.1 Révision annuelle des cotisations

Les cotisations sont réexaminées par l'INSTITUTION et peuvent être modifiées en fonction des résultats du contrat ou des évolutions législatives et réglementaires à la fin de chaque exercice.

La révision des cotisations doit être notifiée à l'ADHERENT, par lettre recommandée avec avis de réception, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. Elle prend effet le 1^{er} janvier de l'année suivante.

En cas de désaccord, l'ADHERENT doit en aviser l'INSTITUTION au plus tard le 30 novembre de l'année en cours. Ce refus entraîne la résiliation au 31 décembre de la même année.

A défaut de désaccord exprimé au 30 novembre, l'ADHERENT est réputé avoir accepté la révision des cotisations.

11.2.2 Révision en cours d'exécution

Les cotisations et/ou les garanties peuvent également être modifiées à tout moment par l'INSTITUTION en fonction notamment de l'évolution de la réglementation et notamment celle relative à la Sécurité sociale, suite par exemple à des mesures de désengagement ou à des modifications des Bases de remboursement, à la fiscalité ou aux évolutions afférentes aux conditions d'exonération des charges sociales ou autres prélèvements obligatoires du financement des garanties.

La révision des cotisations et/ou des garanties doit alors être notifiée à l'ADHERENT, par lettre recommandée avec avis de réception, au plus tard deux mois avant la date de prise d'effet dudit changement.

En cas de désaccord, l'ADHERENT doit en aviser l'INSTITUTION un mois avant la date de prise d'effet. Le contrat est résilié à compter du dernier jour précédent la prise d'effet de la modification proposée

A défaut de désaccord exprimé, l'ADHERENT est réputé avoir accepté ladite modification.

11.2.3 Modification du périmètre

L'ADHERENT s'engage à informer l'INSTITUTION de toutes modifications relatives au périmètre démographique des assurés ayant servi à l'appréciation du risque par l'INSTITUTION.

L'INSTITUTION pourra, en fonction de ce nouveau périmètre, procéder à la révision des cotisations ou à la modification des prestations proportionnellement à ce qu'aurait dû être le montant des cotisations par rapport au nouveau périmètre.

La modification sera notifiée à l'ADHERENT, par lettre recommandée avec avis de réception, au plus tard deux mois avant la prise d'effet dudit changement. En cas de désaccord, l'ADHERENT doit en aviser l'INSTITUTION un mois avant la prise d'effet. Le contrat est alors résilié au dernier jour précédent la prise d'effet de la modification.

A défaut de désaccord exprimé, l'ADHERENT est réputé avoir accepté ladite modification.

ARTICLE 12 – PAIEMENT DES COTISATIONS

12.1 Dans le cadre d'une adhésion obligatoire au contrat surcomplémentaire collectif

L'appel des cotisations est effectué auprès de l'ADHERENT. Elles sont recouvrées trimestriellement à terme échu auprès de ce dernier.

A défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, les garanties peuvent être suspendues trente jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par l'Institution, par lettre recommandée avec avis de réception, à l'ADHERENT. A défaut de paiement des cotisations dues après l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le cachet de la poste faisant foi, l'INSTITUTION pourra résilier l'adhésion sans préjudice de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues y compris les majorations de retard.

L'Institution se réserve le droit d'informer directement les Participants de la défaillance de l'ADHERENT.

12.2 Dans le cadre d'une adhésion facultative au contrat surcomplémentaire collectif et pour l'extension facultative des ayants droit du Participant

L'appel des cotisations du contrat est effectué auprès du Participant. Les cotisations seront recouvrées selon la périodicité indiquée sur le Bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle.

A défaut de paiement de la cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date de son échéance, l'adhésion individuelle du Participant au contrat surcomplémentaire collectif et le cas échéant de l'extension des garanties à ses ayants droit pourront être résiliées dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations dues doivent être payées.

La résiliation de l'adhésion au contrat surcomplémentaire collectif et le cas échéant de l'extension des garanties aux ayants droit par l'INSTITUTION ne la prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues y compris les majorations de retards.

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, l'Adhérent ou le Participant se voit appliquer des majorations de retard fixées au taux annuel de 2,6% et courant, à compter de l'échéance.

En outre, l'Institution se réserve le droit de résilier le contrat, dans les conditions légales et réglementaires et conformément aux dispositions ci-dessous.

Les adhésions non résiliées reprennent effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'Institution les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

ARTICLE 13 – PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive 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 de l'ADHERENT ou des bénéficiaires 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 l'ADHERENT ou les bénéficiaires concernés ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit 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 ou d'un envoi recommandé électronique avec avis de réception par l'INSTITUTION au Participant en vue d'obtenir le paiement de cotisations,
- de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec avis de réception par le Participant ou ses ayants droit à l'INSTITUTION en vue d'obtenir le règlement d'une prestation.

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

ARTICLE 14 – 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 en application 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 15 – DISPOSITIONS DIVERSES

15.1 Confidentialité

Chacune des parties s'engage envers l'autre à préserver, pendant la durée du contrat et après son extinction pour une durée de cinq années, la stricte confidentialité de toutes les informations techniques ou financières qu'elles auront pu se communiquer ou dont elles auront pu avoir connaissance à l'occasion de l'exécution du contrat.

En particulier, l'Institution s'engage envers l'Adhérent à conserver la stricte confidentialité des informations concernant l'organisation de ses ressources humaines.

15.2 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 Participant est informé par l'INSTITUTION, 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 ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel du Participant 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 du Participant 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 Participant ;
- 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 Participant ;
- 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 au Participant 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 Participant.

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données personnelles du Participant 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 Participant 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 Participant 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 Participant 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 Participant 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 Participant ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé du Participant 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 Participant 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 Participant 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 Participant 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 Participant dispose d'un droit de demander l'accès à ses données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de ses données, post-mortem. Le Participant dispose également d'un droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont il fait l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Il dispose 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 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 Participant dispose 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 Participant dispose 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.

15.3 Cession du contrat

Le contrat est conclu entre l'Institution en considération de la personne de l'ADHERENT. En conséquence, l'ADHERENT ne pourra céder à un tiers ce contrat sans l'accord de l'Institution qui sera matérialisé par la signature d'un avenant tripartite de cession.

ARTICLE 16 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE – RÉCLAMATIONS – MEDIATION

16.1 Contrôle de l'INSTITUTION

L'INSTITUTION est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 4 place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09.

16.2 Réclamations – Médiation

L'INSTITUTION met à la disposition de l'ADHERENT et des participants la possibilité de contacter le service « Satisfaction Clients » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application des contrats, à l'adresse suivante :

MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE
Service Satisfaction Clients
303 rue Gabriel Debacq
45777 SARAN Cedex

Tèl. (appel non surtaxé) : numéro mentionné sur les correspondances adressées par votre centre de gestion

À compter de la réception de la réclamation, l'INSTITUTION apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de dix jours ouvrés.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, l'INSTITUTION adresse au demandeur un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, **sans que ce délai ne puisse au total excéder deux mois.**

Si un désaccord persistait après réponse donnée par l'INSTITUTION, et après épuisement des voies de recours internes, l'ADHERENT, le Participant ou les ayants droit, ou, avec l'accord de ceux-ci, l'INSTITUTION, peuvent saisir le Médiateur de la protection sociale (CTIP), sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent :

Médiateur de la protection sociale
10 rue Cambacérès – 75008 PARIS

<https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

L'avis du médiateur est remis aux parties dans un délai de 90 jours à compter de la date de réception du dossier complet. Ce délai peut être prolongé par le Médiateur en cas de litige complexe, conformément à la charte de médiation du CTIP disponible sur le site internet susvisé.

L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE

Nos équipes, composées de professionnels de l'Action sociale, sont à votre disposition en cas de difficultés consécutives à un problème de santé, de handicap ou d'invalidité.

Au-delà de l'écoute et du soutien, elles peuvent selon les situations :

- orienter vers des organismes compétents pour apporter leur concours à l'obtention de droits ou à la résolution de difficultés ;
- conseiller sur les démarches à entreprendre ;
- étudier la possibilité d'une aide financière, en fonction de votre situation économique et sociale.

Ces aides ne sont pas systématiques. Elles ne peuvent en aucun cas être assimilées à un complément des garanties contractuelles.

