

BUREAUX D'ÉTUDES TECHNIQUES, CABINETS D'INGÉNIEURS-
CONSEILS ET DES SOCIÉTÉS DE CONSEILS

Frais de santé

Contrat collectif à adhésion obligatoire

CONDITIONS GÉNÉRALES n° 9440/1

« Salarié & enfants à charge »

SOMMAIRE

ARTICLE 1 - LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA VIE DE VOTRE CONTRAT	5
ARTICLE 2 - VOS OBLIGATIONS D'INFORMATION	6
ARTICLE 3 - L'AFFILIATION DES ASSURÉS	7
ARTICLE 4 - LA DURÉE DES GARANTIES	7
ARTICLE 5 - LES COTISATIONS	9
ARTICLE 6 - LES PRESTATIONS	10
ARTICLE 7 - LES GÉNÉRALITÉS DE VOTRE CONTRAT	15

PRÉAMBULE

Dans ce contrat, les termes suivants sont utilisés :

Le souscripteur est l'entreprise souscrivant le contrat. Il sera désigné par vous.

L'organisme assureur est l'opérateur qui garantit les risques souscrits. Il sera désigné par nous.

Les catégories de personnel renvoient aux catégories de personnel pour lesquelles vous avez conclu ce contrat frais de santé. Elles sont définies aux Conditions particulières.

Les assurés sont les **salariés et anciens salariés** bénéficiaires du contrat, c'est-à-dire appartenant à l'une des catégories de personnel prévue aux Conditions particulières.

Par portabilité de la couverture d'assurance nous entendons, le maintien de la garantie frais de santé accordé à vos anciens salariés demandeurs d'emploi et bénéficiaires de ce dispositif en vertu de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

ARTICLE 1 - LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA VIE DE VOTRE CONTRAT

1.1. Objet de votre contrat

Le contrat que vous souscrivez dans le cadre des présentes Conditions générales est un **contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire**. Ce contrat est souscrit auprès de l'opérateur suivant : Malakoff Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale.

Il s'agit d'un contrat dédié aux entreprises relevant de la Branche professionnelle suivante :

« Bureaux d'Études Techniques, cabinets d'ingénieurs-conseils et sociétés de conseils. » (IDCC 1486)

Le contrat organise la couverture obligatoire des salariés appartenant à la catégorie de personnel assurée et de leurs enfants à charge, en contrepartie d'une **cotisation uniforme quelle que soit la situation de famille**.

Il a pour objet de fixer les conditions dans lesquelles nous accordons aux assurés le remboursement dans la limite des frais réellement engagés de tout ou partie des frais de santé, en cas d'accident, de maladie ou de maternité.

À titre informatif, il est précisé que les salariés disposent de la faculté d'étendre leur niveau de garantie frais de santé au bénéfice de leur conjoint, dans le cadre d'un contrat collectif facultatif (distinct du présent contrat) ; la cotisation correspondante est intégralement à la charge des salariés exerçant cette faculté.

Votre contrat répond aux critères qualifiant les contrats de « solidaires et responsables » par référence aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale, dont les principes sont énoncés à l'article 6.4.

Il est en outre conforme aux exigences posées par l'article L.911-7 du Code de la sécurité sociale relatif au « panier de soins minimum ».

Votre contrat se compose de deux parties indissociables :

- **les Conditions générales** définissant les obligations de chacun ;
- **les Conditions particulières** qui comportent notamment, en fonction des indications portées sur la proposition de contrat que vous avez préalablement remplie :
 - la date d'effet de votre contrat,
 - la définition de la (ou des) catégorie(s) de personnel assurée(s),
 - la nature et le montant des prestations,
 - les taux ou montants de cotisation.

Il peut être complété d'avenants susceptibles de venir en modifier ultérieurement les stipulations.

Les contrats ainsi souscrits par les entreprises de votre Branche professionnelle auprès de l'un des organismes assureurs recommandés sont réunis en un ensemble homogène de mutualisation ; il est établi un compte d'exploitation technique commun. Le financement de la surcomplémentaire « option 3 » n'entre pas dans le périmètre de la mutualisation précitée.

Toute évolution des conditions d'assurance s'applique à l'ensemble des contrats ainsi mutualisés.

Votre contrat ouvre droit aux garanties d'assistance, assurées par AUXIA Assistance, sous réserve de respecter les dispositions prévues aux conditions générales d'assistance. Le coût de la garantie assistance est inclus dans le montant de la cotisation du présent contrat. Son montant annuel est inférieur à dix euros par assuré.

L'organisme chargé du contrôle d'AUXIA Assistance est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 place de Budapest, CS92459, 75436 Paris Cedex 9.

1.2. Degré élevé de solidarité

Outre la mise en place d'une couverture collective et obligatoire « frais de santé », votre Convention collective institue un fonds de solidarité des organismes assureurs recommandés permettant notamment la mise en œuvre de garanties collectives présentant un haut degré de solidarité et comprenant, à ce titre, des prestations à caractère non directement contributif, et ce, dans le respect des dispositions du décret n° 2014-1498 du 11 décembre 2014.

Dans le cadre de ses missions, le Comité paritaire de surveillance déterminera les orientations des actions de prévention ainsi que les modalités d'attribution des prestations d'action sociale mises en œuvre par le fonds de solidarité, ceci dans la limite des fonds alloués à leur financement.

Le financement des prestations servies par le fonds de solidarité est fixé, conformément aux dispositions de votre Convention collective, à 2 % de la cotisation hors taxes encaissée au titre du socle de base du régime conventionnel obligatoire.

Nous vous informerons des décisions prises par les partenaires sociaux.

1.3. Prise d'effet et renouvellement de votre contrat

Votre contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions particulières, qui doivent nous être retournées signées. Il expire au 31 décembre de l'année en cours et se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année.

1.4. Résiliation annuelle de votre contrat

Vous pouvez résilier votre contrat à l'échéance annuelle du 31 décembre ; à cette fin une lettre recommandée avec avis de réception doit nous être envoyée avant la fin de l'année, soit au plus tard le 31 octobre (cachet de la poste faisant foi).

Nous nous engageons à ne pas résilier le contrat à l'échéance annuelle tant que nous avons la qualité d'organisme assureur recommandé au sens de l'article L.912-1 du Code de la sécurité sociale. En cas de cessation de la recommandation, votre contrat perdure et vos salariés continuent d'être couverts, tant qu'il n'est pas résilié à votre demande ou à la nôtre ; une lettre recommandée avec avis de réception doit alors être adressée à l'autre partie, au moins deux mois avant l'échéance annuelle du 31 décembre, soit au plus tard le 31 octobre.

1.5. Révision de votre contrat

Votre contrat peut être modifié y compris en cours d'année. Les nouvelles conditions prennent alors effet à la date d'effet de l'avenant.

En cas d'instauration ou de modification par les pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toute nature, assises sur les cotisations et/ou en cas de modification de la législation ou de la réglementation impactant les garanties, les garanties et les taux de cotisation de votre contrat peuvent être révisés.

À compter de la date d'envoi de la notification, vous avez deux mois pour refuser les nouvelles conditions, en nous adressant une lettre recommandée avec avis de réception. Votre refus entraîne la résiliation de votre contrat à effet le premier jour du mois civil qui suit la réception de votre courrier.

En cas d'absence de refus de votre part dans les conditions de forme susvisées et passé ce délai de deux mois, vous êtes réputé avoir accepté les nouvelles conditions.

1.6. Votre situation juridique ou économique

Vous devez nous informer de toute transformation intervenant dans votre situation juridique ou économique, lorsque celle-ci a pour conséquence que vous cessiez de relever de la Convention collective des Bureaux d'Études Techniques, cabinets d'ingénieurs-conseils et sociétés de conseils. En pareil cas, le contrat sera résilié au plus tard à l'expiration de la période de survie de douze mois prévue à l'article L.2261-14 du Code du travail.

1.7. Clause attributive de compétence

Si vous êtes une société commerciale, tout différend sera de la compétence des tribunaux de notre siège social.

ARTICLE 2 - VOS OBLIGATIONS D'INFORMATION

2.1. Vos obligations déclaratives

Vous vous engagez à affilier tous vos salariés présents et futurs appartenant à la catégorie de personnel assurée et à nous adresser les bulletins individuels d'affiliation complétés et signés par les assurés, dans les trente jours suivant leur entrée dans la catégorie de personnel assurée (sous réserve des dispenses d'affiliation prévues par l'acte juridique ayant instauré le régime frais de santé).

Vous devez également, dans un délai de trente jours nous informer des modifications de situation professionnelle de vos salariés, notamment la cessation du contrat de travail ouvrant droit :

- à la poursuite des garanties au titre de la portabilité (article 4.4),
- au maintien individuel des garanties hors dispositif de portabilité (article 4.5).

2.2. Vos obligations déclaratives en fin d'exercice

Vous nous faites parvenir à la fin de chaque exercice civil, au plus tard au 31 janvier suivant, la liste de vos salariés. Celle-ci doit préciser pour chaque assuré : nom, prénom, date de naissance, numéro d'immatriculation à la Sécurité sociale, date d'entrée et de sortie dans l'exercice.

Vous tenez vos états de personnel à notre disposition pour consultation éventuelle.

2.3. Notice d'information à destination des assurés

Nous vous remettons un exemplaire de la notice d'information que nous avons établie. Il est de votre responsabilité de la remettre aux assurés.

Cette notice définit les garanties souscrites, leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir pour obtenir un remboursement.

La preuve de la remise de la notice d'information ou de toutes modifications des droits et obligations vous incombe.

ARTICLE 3 - L’AFFILIATION DES ASSURÉS

3.1 Demande d’affiliation

Pour bénéficier des garanties, les assurés doivent compléter et signer un bulletin individuel d’affiliation. Ils vous remettent leur bulletin accompagné des pièces nécessaires à l’affiliation. Vous vous engagez à nous les faire parvenir dans les meilleurs délais.

Ces documents doivent nous être retournés dans les trente jours qui suivent leur entrée dans la catégorie de personnel assurée.

3.2. Définition des enfants à charge

Les enfants à charge au sens du présent contrat sont définis comme suit :

- **les enfants âgés de moins de 18 ans**, qui sont à charge de l’assuré ou de son conjoint, au sens de la sécurité sociale (l’attestation carte Vitale faisant foi).

Cette limite d’âge est prorogée jusqu’à la veille du 26^e anniversaire pour les enfants :

- placés en apprentissage,
- ou qui poursuivent leurs études ;
- **les enfants, sans limitation d’âge**, reconnus handicapés par la Commission des Droits et de l’Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

3.3. Définition du conjoint

Pour l’application de l’alinéa ci-dessus, on entend par conjoint :

- le conjoint : l’époux (se) du salarié, non divorcé(e) ou non-séparé(e) de corps judiciairement à la date de l’événement donnant lieu à prestation,
- le partenaire lié par un PACS : la personne ayant conclu avec le salarié un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7-1 du Code civil,
- le concubin : la personne avec laquelle le salarié vit en couple au sens de l’article 515-8 du Code civil, depuis au moins deux ans ou sans condition de durée lorsqu’au moins un enfant est né de cette union et sous réserve que les concubins soient tous les deux libres de tout engagement (ni mariés ni liés par un PACS), et que le concubinage fasse l’objet d’une déclaration sur l’honneur signée par les deux concubins.

3.4. Structure d’affiliation

Quelle que soit la situation de famille du salarié, la structure de cotisation unique prévue au contrat est la suivante : « SALARIÉ + ENFANTS À CHARGE ».

ARTICLE 4 - LA DURÉE DES GARANTIES

4.1. Prise d’effet des garanties

1. Pour les assurés

Sous réserve que la demande d’affiliation nous parvienne dans les trente jours, les garanties prennent effet :

- à la date d’effet de votre contrat pour vos salariés appartenant à la catégorie de personnel assurée à cette date,
- à la date d’entrée dans la catégorie de personnel assurée (embauche ou promotion) postérieurement à la souscription,
- au premier jour du mois civil qui suit la réception de la demande d’affiliation, pour vos salariés qui bénéficiaient d’une dispense d’affiliation.

2. Pour les enfants à charge

Pour les enfants à charge, les garanties prennent effet, sous réserve que la demande d’affiliation nous parvienne dans les trente jours :

- à la même date que les garanties de l’assuré,
- ultérieurement, à la date à laquelle ils répondent à la définition d’enfant à charge (cf. article 3.2).

Au-delà du délai de trente jours, les garanties prennent effet au premier jour du mois civil suivant la demande.

3. Pour vos anciens salariés bénéficiant du maintien des garanties au titre de la portabilité à la date d’effet de votre contrat

Vos anciens salariés (et le cas échéant leurs enfants à charge) dont les droits à maintien de garanties au titre de la portabilité ont été ouverts auprès de votre précédent organisme assureur, bénéficient des garanties du contrat s’ils continuent à remplir les conditions définies à l’article 4.4, pour la période de droits restant à courir, sauf dans le cas où l’assureur précédent maintient la couverture jusqu’à expiration des droits au dispositif.

4.2. Cessation des garanties

1. Pour les assurés

Les garanties cessent :

- à la date d'effet de la résiliation de votre contrat,
- à la date de suspension du contrat de travail de l'assuré, sauf dispositions de l'article 4.3,
- à la date à laquelle il cesse d'appartenir à la catégorie de personnel assurée, sauf en cas de maintien des garanties dans le cadre de la portabilité,
- à la date à laquelle l'ancien salarié cesse de remplir les conditions lui permettant de bénéficier du maintien de la portabilité, dans la limite fixée par celle-ci,
- à la date d'effet de la retraite de la Sécurité sociale de l'assuré (sauf dans le cas de cumul emploi-retraite).

En l'absence de déclaration de la radiation d'un assuré de votre part, nous pourrions réclamer le remboursement des sommes indûment versées.

Pendant les périodes de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à maintien de garanties, l'assuré peut demander le maintien de sa couverture frais de santé, pour lui-même et le cas échéant ses enfants à charge qui en bénéficiaient ; la cotisation correspondante est identique à celle des salariés en activité (parts salariale et patronale cumulées) et est payable directement par l'assuré. Pour être recevable, la demande doit être adressée au plus tard dans les 30 jours qui suivent la date de la suspension du contrat de travail. Les modalités pratiques sont exposées dans la notice d'information.

2. Pour les enfants à charge

Les garanties cessent à la même date que celles de l'assuré. En outre, les garanties cessent à la date à laquelle les enfants ne répondent plus aux conditions prévues pour être considérés comme à charge au sens du contrat.

4.3. Maintien des garanties en cas de contrat de travail suspendu

Les garanties et leurs évolutions continuent à s'appliquer aux assurés dont le contrat de travail est suspendu, pendant les périodes suivantes :

- période de suspension inférieure à un mois civil entier (la cotisation est due par mois civil entier),
- maintien total ou partiel de salaire par l'entreprise,
- arrêt de travail donnant lieu à indemnités journalières de sécurité sociale et/ou complémentaires, ou à une rente d'invalidité au titre du régime de prévoyance.

Les garanties sont maintenues tant qu'ils font partie de vos effectifs. Les cotisations sont intégralement dues dans les conditions prévues à l'article 5.

4.4. Vos anciens salariés bénéficiant du maintien des garanties dans le cadre de la portabilité

En cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, l'assuré bénéficie du maintien de ses garanties, conformément aux dispositions de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

Ce maintien est également accordé aux enfants à charge qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de la cessation du contrat de travail.

Vous êtes tenu :

- d'informer vos salariés de leur droit à bénéficier du maintien des garanties dans leur certificat de travail,
- de nous informer des cessations de contrat de travail ouvrant droit au maintien, dans un délai de trente jours.

Le maintien des garanties prend effet à compter de la date de cessation du contrat de travail.

La durée du maintien des garanties est égale à celle de l'indemnisation chômage, dans la limite de la durée de son dernier contrat de travail ou de la durée totale de ses contrats successifs chez le souscripteur, appréciée en mois et arrondie au nombre supérieur, dans la limite de douze mois.

En cas de modification du contrat d'assurance, les modifications de garanties sont appliquées à l'ancien salarié et ses enfants à charge.

Le maintien des garanties cesse à :

- la date de cessation du versement des allocations par le régime d'assurance chômage ;
- l'issue de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié a droit et ce, dans la limite de douze mois ;
- la date d'effet de la résiliation du présent contrat.

Toute suspension des allocations chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de maintien des garanties.

4.5. Maintien individuel des garanties à vos anciens salariés hors portabilité

Les anciens salariés bénéficiant de prestations d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, ou d'un revenu de remplacement s'ils sont privés d'emploi, ainsi que les ayants droit garantis du chef de salariés décédés, peuvent demander à bénéficier, dans le respect des engagements visés à l'article 2 de l'annexe 3 à l'accord frais de santé :

- du maintien des garanties frais de santé définies au présent contrat (Loi Evin),
- ou
- de garanties frais de santé adaptées à leur nouvelle situation (offre Malakoff Humanis).

Les assurés ou les ayants droit doivent nous faire part de leur choix par écrit.

1. Quel que soit le choix retenu :

- aucune formalité médicale ou période probatoire ne sera requise,
- la demande de souscription doit être faite, selon le cas, **dans les six mois suivant la cessation du contrat de travail ou le décès du salarié.**

Dans le cas particulier de la portabilité, le délai de six mois court à compter du terme de la période de maintien des garanties.

Vous devez nous informer du décès d'un assuré ou de la cessation du contrat de travail des salariés, éligibles au maintien individuel des garanties, dans un délai de trente jours afin de nous permettre d'adresser la proposition de couverture aux anciens salariés ou aux ayants droit selon le cas.

La demande de souscription prend effet au plus tard au lendemain de la demande.

2. Le maintien des garanties du présent contrat (loi Evin)

Dans le cadre du maintien des garanties du présent contrat :

- le maintien des garanties aux assurés ci-dessus visés est viager,
- le maintien à titre gratuit des garanties aux ayants droit **cesse au terme d'une période de 12 mois** à compter du décès du salarié. À l'issue de la période de 12 mois précitée les ayants droit bénéficient du tarif applicable prévu par l'accord de branche.

Le tarif applicable tiendra compte de la réglementation en vigueur à la date d'effet dudit maintien.

3. La souscription à un contrat adapté à leur nouvelle situation

Nous proposons aux assurés un contrat tenant compte à la fois de leurs besoins en matière de frais de santé et de leurs ressources.

Le montant des cotisations est alors fonction du niveau de garanties choisi et de l'âge des bénéficiaires.

ARTICLE 5 - LES COTISATIONS

5.1. Montant et révision des cotisations

Les garanties sont financées par des cotisations fixées en forfait mensuel en euros, non proratisable, dont le montant est indiqué aux Conditions particulières.

Le montant des cotisations inclut le financement du degré élevé de solidarité prévu dans l'accord de branche, et dont les modalités sont prévues à l'article 1.2 précité.

Lorsque des évolutions sont décidées, celles-ci se font en fonction du rapport sinistre/prime (adéquation des charges et des ressources) en tenant compte notamment de l'évolution de la consommation médicale totale, de l'évolution démographique des populations garanties, des résultats techniques mutualisés et perspectives pour l'ensemble des contrats souscrits dans le cadre de la branche.

5.2. Paiement des cotisations

Vos cotisations, incluant les taxes éventuelles, sont payables trimestriellement à terme échu dans les quinze premiers jours de chaque trimestre civil.

Les cotisations sont calculées sous forme de forfait mensuel non proratisable :

- en cas d'affiliation d'un assuré en cours de mois, les cotisations sont dues à partir du premier jour du mois civil suivant,
- en cas de radiation d'un assuré en cours de mois, les cotisations sont dues pour le mois en cours.

Chacun des paiements doit être accompagné de la déclaration trimestrielle mentionnant le nombre d'assurés à la fin du trimestre civil concerné, la ou les base(s) de calcul des cotisations pour la période concernée et, pour vos anciens salariés bénéficiant de la portabilité, la liste de ceux dont le contrat de travail a cessé.

Aucune cotisation n'est due pour les anciens salariés bénéficiant du maintien de garantie exposé à l'article 4.4.

5.3. Recouvrement des cotisations

Vous êtes seul responsable du paiement des cotisations. À ce titre, vous procédez vous-même à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues sur le bordereau d'appel.

À défaut de paiement de l'intégralité des cotisations dans les quinze premiers jours de chaque trimestre civil, une mise en demeure de paiement chiffrée vous est adressée par lettre recommandée avec avis de réception.

Nous avons la faculté de poursuivre le recouvrement des cotisations par tous les moyens de droit, les frais étant intégralement à votre charge.

Si le paiement n'est pas intervenu, nous nous réservons le droit :

- de suspendre les garanties trente jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure,
- de résilier le contrat dix jours après la date d'effet de la suspension.

ARTICLE 6 - LES PRESTATIONS

6.1. Choix de la garantie

Lors de la souscription du contrat, vous effectuez votre choix parmi plusieurs niveaux de garanties collectives obligatoires, à savoir :

- soit, le socle de base,
- soit, le socle de base + surcomplémentaire « option 1 »,
- soit, le socle de base + surcomplémentaire « option 2 »,
- soit, le socle de base + surcomplémentaire « option 3 ».

Le choix effectué est définitif pour l'année en cours. Le changement de garanties est possible à effet du 1^{er} janvier sous réserve d'en formuler la demande avant le 31 octobre de l'année précédente.

6.2. Définition des prestations

Votre contrat prend en charge, dans la limite du niveau de garanties, le remboursement :

- des frais restant à charge après remboursement de la Sécurité sociale pour les actes faisant l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale,
- de soins médicalement prescrits à caractère thérapeutique non pris en charge par la Sécurité sociale prévus aux Conditions particulières,
- de soins pris en charge dans le cadre de forfaits spécifiques prévus aux Conditions particulières,
- des dépenses de prévention mentionnées aux Conditions particulières.

Pour les prestations remboursées par la Sécurité sociale : le niveau des prestations est établi en fonction de la codification des actes médicaux, du tarif en vigueur fixé par la Sécurité sociale (base du remboursement de la Sécurité sociale ou ticket modérateur), et de la législation en vigueur à la date des soins.

Le montant retenu pour les dépenses engagées est celui déclaré à la Sécurité sociale et figurant sur le décompte de prestation de cet organisme ou, en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale, celui facturé à l'assuré.

Les frais doivent avoir été engagés pendant la période de garantie. La date des soins retenue est celle prise en compte par la Sécurité sociale ou celle de facturation pour les actes non pris en charge par la Sécurité sociale.

Les demandes de prestations doivent nous être adressées dans un délai maximum de deux ans à compter de la date des soins.

Lorsque les garanties de votre contrat prévoient la prise en charge de dépenses de santé dites de médecine douce ou médecine alternative, sont uniquement concernées les dépenses de santé engagées dans les conditions suivantes :

- les dépenses concernées : l'ostéopathie et la chiropractie, ainsi que les spécialités médicales non remboursées par la Sécurité sociale énumérées ci-après : pédicure-podologue, acupuncteur, diététicien, psychologue, psychomotricien et tabacologue,
- les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathe dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession. Ils doivent faire enregistrer leur(s) diplôme(s) au sein du répertoire d'automatisation des listes (n°ADELI), système prévu par le Code de la santé publique,
- les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union européenne de chiropraticiens, ou par un institut en France agréé par l'Union européenne de chiropraticiens, et être membres de l'Association française de chiropratique (AFC). Ils doivent faire enregistrer leur(s) diplôme(s) au sein du répertoire d'automatisation des listes (n°ADELI), système prévu par le Code de la santé publique,
- les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil national de l'Ordre des médecins et titulaires d'un diplôme d'État appelé « capacité de médecine en acupuncture » ou des sages-femmes titulaires d'un diplôme interuniversitaire,

- le remboursement est conditionné à la présentation d'une facture établie par le praticien mentionnant le diplôme de celui-ci. Dans ce cas le remboursement sera réalisé sur la base du tarif de consultation d'un médecin généraliste conventionné, dans le cadre normal du parcours de soins.

6.3. Limites des remboursements

Les pénalités financières appliquées hors parcours de soins, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, ne donnent pas lieu à remboursement de notre part, conformément à l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale.

Le total de nos remboursements, de ceux de la Sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire ainsi que les pénalités financières, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, ne peut excéder le montant des dépenses engagées telles que définies à l'article 6.2.

Les forfaits ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Ainsi, un forfait non utilisé sur une année ne sera pas reporté sur l'année suivante.

Les limites résultant des critères du contrat responsable sont exposées à l'article suivant.

En outre, le présent contrat ne prend pas en charge :

- **tout acte pris en charge par des dotations d'État, notamment par la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, ne donne pas lieu à remboursement de notre part, même lorsque la Sécurité sociale a procédé à tort au remboursement. À ce titre, votre contrat ne prend pas en charge les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'Urgence (SMUR),**
- **l'achat sur Internet de médicaments non autorisés par l'Agence Régionale de Santé territorialement compétente et non justifié par une facture acquittée (mentions légales du pharmacien, acquittée, datée et signée mentionnant la spécialité délivrée,**
- **tout équipement optique composé de verres plans, sauf en cas d'atteinte oculaire unilatérale,**
- **la cigarette électronique.**

6.4. Critères du contrat responsable et de la couverture minimale

Les garanties de votre contrat respectent les obligations minimales et maximales légales et réglementaires de prise en charge conformément aux dispositions du contrat responsable prévues aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale et de la couverture minimale prévus aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même code.

Les garanties et niveaux de remboursement de votre contrat seront adaptés en fonction des éventuelles évolutions législatives et réglementaires régissant « la couverture minimale » et/ou « les contrats responsables ».

Ainsi, le contrat assure obligatoirement :

- l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire, sauf pour les frais de cure thermale, les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15 % ou à 30 % et pour les spécialités et les préparations homéopathiques (ainsi que les honoraires de dispensation en lien avec ces médicaments et spécialités et préparations homéopathiques),
- la participation forfaitaire pour les actes mentionnés à l'article R.160-16 I du Code de la sécurité sociale,
- la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance lorsqu'elle est associée à la prise en charge d'un équipement d'optique,
- les prestations 100 % santé précisées ci-dessous,
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L.174-4 du Code de la sécurité sociale sans limitation de durée.

Toutefois, le contrat ne prend pas en charge :

- **La participation forfaitaire et les franchises annuelles prévues aux paragraphes II et III de l'article L.160-13 du Code de la sécurité sociale ;**
- **La majoration du ticket modérateur restant à la charge de l'Assuré en cas de consultations ou visites d'un médecin effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés (sans prescription du médecin traitant ou sans désignation du médecin traitant) en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités ;**
- **Les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (non-respect du parcours de soins coordonnés).**

Lorsque le contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, celle-ci s'effectue dans la double limite de 100 % de la base de remboursement et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée minoré d'un montant égal à 20 % de la base de remboursement.

La majoration de la participation de l'assuré et les dépassements d'honoraires facturables en cas de non-respect du parcours de soins, ne sont pas pris en charge.

Par conséquent, les garanties du présent contrat respectent les obligations minimales et maximales légales et réglementaires de prise en charge.

À ce titre, il propose obligatoirement 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.

Précisions sur l'application du 100 % santé

1. Optique

a. Généralités

Les évolutions suivantes entreront en vigueur **à compter du 1^{er} janvier 2020** :

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

Deux classes d'équipement optique sont ainsi définies :

- **L'équipement optique de « classe A »** est sans reste à charge pour l'assuré : 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 les limites des garanties mentionnées dans le tableau de 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 ».

Le tableau des prestations mentionnant un **forfait dédié** à chaque composante de l'équipement (verres ou monture), la prise en charge s'effectue donc **dans la limite de ces forfaits pour chaque composante**.

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

Les verres simples, complexes ou très complexes sont ainsi définis :

VERRES SIMPLES
<ul style="list-style-type: none">– 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.
VERRES COMPLEXES
<ul style="list-style-type: none">– 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.
VERRES TRÈS COMPLEXES
<ul style="list-style-type: none">– 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.

*Sphère supérieure à une dioptrie de I-8DI soit -9D

b. Les délais de renouvellement

La périodicité de renouvellement de l'équipement 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'assureur, depuis le 1^{er} janvier 2018.

Bénéficiaires concernés	Bénéficiaires de 16 ans et plus	Bénéficiaires de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation	1 an suivant la dernière facturation 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + la monture)	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	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 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 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 Variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie Variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries Variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries	
Constatation de l'évolution de la vue	Soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, soit adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance	Sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement des verres .	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	Cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 parue au JO du 13/12/2018.	
Constatation de l'évolution de la vue	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière.	

2. Dentaire

Les évolutions suivantes entrent en vigueur en deux temps : à compter du 1^{er} janvier 2020 pour une partie des actes du panier « 100 % santé », puis au 1^{er} janvier 2021 pour le reste des soins prothétiques dentaires.

Trois paniers de soins prothétiques sont ainsi définis :

- Un panier « **100 % santé** » (les soins prothétiques dentaires concernés sont définis dans l'arrêté du 24 mai 2019) remboursé 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 de 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.

3. Aide auditive

Les évolutions suivantes entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2021.

Deux classes d'équipement auditif sont ainsi définies :

- L'équipement auditif de « **classe I** » sans reste à charge : cet équipement est remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100 % santé,
- L'équipement auditif de « **classe II** » : cet équipement auditif est remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de garanties, qui respectent le plafond de 1 700 euros prévu dans le cadre du contrat responsable. Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires. En revanche, ce plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

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

6.5. Libre choix de l'assuré

Nous pouvons passer des conventions particulières avec les praticiens et les établissements.

Toutefois, les assurés conservent le libre choix du praticien et le libre choix de l'établissement de soins, à condition que celui-ci soit agréé par la Sécurité sociale.

6.6. Réseau optique

Nous avons conclu un accord auprès d'opticiens constituant un réseau optique pouvant permettre aux assurés de bénéficier d'avantages lorsque les dépenses sont engagées au sein de ce réseau.

Dans le cadre de notre réseau optique, les tarifs pratiqués respectent les seuils des contrats responsables tels que mentionnés à l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

Les prestations hors réseau et dans le réseau ne sont pas cumulables. Un seul des forfaits peut être utilisé dans les limites précisées aux Conditions particulières.

La liste des opticiens appartenant à notre réseau optique est disponible sur notre site internet www.malakoffhumanis.com.

6.7. Réseau audioprothèse

Nous avons conclu un accord auprès d'audioprothésistes constituant un réseau audio permettant aux assurés de bénéficier d'avantages lorsque les dépenses sont engagées au sein de ce réseau, notamment des prix négociés sur toutes les gammes d'équipement audio disponibles sur le marché assurant un moindre reste à charge.

Les prestations hors réseau et dans le réseau ne sont pas cumulables. Un seul des forfaits peut être utilisé dans les limites précisées aux Conditions particulières.

La liste des audioprothésistes appartenant à notre réseau audio est disponible sur notre site internet www.malakoffhumanis.com.

6.8. Tiers payant

Votre contrat permet à(aux) l'assuré(s) de bénéficier du mécanisme de tiers payant (dispense d'avance de frais) sur les actes pratiqués par les professionnels de santé au moins à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Au-delà, le bénéfice du tiers payant peut être conditionné au respect par le professionnel de santé de tarifs maximum ainsi que des tarifs contractuels, le cas échéant, dans des réseaux. 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 bénéficiaires doivent donc régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du professionnel de santé.

L'assuré 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 les Organismes assureurs.

Il est rappelé que la carte de tiers payant délivrée par l'assureur doit lui être restituée sans délai lorsque l'assuré et/ou ses ayants droit cessent de bénéficier du contrat.

6.9. Contrôle médical

Nous pouvons effectuer un contrôle pour toute demande de prestations notamment pour les garanties dentaire ou optique, avant ou après le paiement des prestations.

Nous pouvons avoir recours à une expertise médicale effectuée par un professionnel de santé de notre choix, dont les honoraires sont à notre charge. Si l'assuré refuse de se soumettre à cette expertise, la prise en charge des actes, prescriptions et généralement de toutes dépenses faisant l'objet de la demande d'expertise, sera suspendue.

En cas de contestation des conclusions de l'expertise, l'assuré devra adresser à notre médecin-conseil ou dentiste consultant, dans les trente jours suivant la notification, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant l'objet de la contestation et joindre des éléments médicaux argumentés.

Si le désaccord persiste, il sera mis en place une expertise d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins, un troisième désigné par leurs soins ou, s'ils n'ont pu s'accorder, par le président du tribunal de grande instance de la résidence de l'assuré, sur requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que les frais de sa désignation sont supportés à parts égales par les deux parties.

ARTICLE 7 - LES GÉNÉRALITÉS DE VOTRE CONTRAT

7.1. Pièces justificatives

Le paiement des prestations est subordonné à la réception des pièces justificatives.

Nous pourrions demander la transmission des originaux de toutes pièces permettant de justifier la dépense réelle engagée afin de contrôler la réalité et le montant des prestations.

Dans l'attente de l'obtention de ces pièces, nous nous réservons le droit de suspendre le remboursement des prestations.

Si nous avons déjà procédé au remboursement, nous serons fondés à l'issue du contrôle à demander la restitution des sommes réglées indûment.

7.2. Prescription

Les actions relatives à votre contrat sont prescrites dans un délai de 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 nous en avons 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 ignoré jusque-là.

Lorsque vous, l'assuré ou le bénéficiaire intentez une action en justice à notre encontre et que celle-ci a pour fondement le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court qu'à compter du jour où ce tiers a lui-même exercé l'action en justice à votre encontre, celle de l'assuré ou du bénéficiaire ou a été indemnisé par vos soins, l'assuré ou le bénéficiaire.

- La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun que sont :
- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait prévue à l'article 2240 du Code civil,
- la demande en justice, même en référé, prévue de l'article 2241 à 2243 de ce même code,
- un acte d'exécution forcée prévu de l'article 2244 à 2246 de ce même code.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception soit que nous vous adressons en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit que l'assuré nous adresse en ce qui concerne le règlement de la prestation.

7.3. Mobilité des assurés à l'étranger

Les garanties sont acquises aux bénéficiaires du présent contrat et notamment :

- aux assurés résidant en France et exerçant leur activité sur le territoire français,
- aux assurés résidant en France et exerçant leur activité professionnelle à l'étranger dans le cadre d'un déplacement professionnel de moins de trois mois ou à l'occasion d'un détachement au sens de la Sécurité sociale française,
- aux assurés résidant à l'étranger, exerçant leur activité professionnelle sur le territoire français et affiliés au régime de sécurité sociale française.

Les soins effectués à l'étranger seront remboursés en complément des prestations versées par la Sécurité sociale française et effectués en euros, selon les garanties prévues au contrat. Dans le cadre de la différenciation des prestations entre les honoraires déclarés « dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée » et « hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée », les actes effectués à l'étranger seront remboursés à hauteur des niveaux de remboursement « hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée » indiqués dans le tableau de garanties.

Ces garanties s'exercent également au bénéfice des assurés en déplacement de moins de trois mois, en dehors du territoire français, dans le cadre d'un séjour privé. Les soins effectués à l'étranger seront alors remboursés à la double condition :

- d'avoir fait l'objet d'un remboursement préalable par la Sécurité sociale française,
- d'avoir été engagés de manière inopinée et non programmée (soins urgents).

En tout état de cause, le remboursement ne pourra être inférieur aux conditions de prise en charge minimales définies par la réglementation au titre du Contrat Responsable et rappelées à l'article 6.4.

7.4. Subrogation

Lorsque l'assuré est atteint d'une affection ou est victime d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, nous disposons d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son assureur.

L'assuré atteint de blessures imputables à un tiers et/ou vous le cas échéant, vous devez nous en informer lors des formalités de demande de prestations.

7.5. Réclamation

En cas de difficultés dans l'application de votre contrat, vous ou vos salariés pouvez nous contacter :

- pour l'entreprise : reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse du Service Réclamations Entreprises - 78288 Guyancourt Cedex
- pour les salariés : reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse du Service Réclamations Particuliers - 78288 Guyancourt Cedex

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée avec l'Institution, l'entreprise et les bénéficiaires peuvent également, sans préjudice du droit d'agir en justice, s'adresser au médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), à l'adresse suivante : 10 rue Cambacérès 75008 PARIS ou par voie électronique à l'adresse suivante : <https://ctip.asso.fr/saisine-mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

7.6. Informatique et libertés

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en ce compris 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 »), l'assuré reconnaît avoir été informé par l'assureur, en sa qualité de responsable de traitement des données à caractère personnel collectées, que :

L'assureur 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 : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel de l'assuré peuvent être collectées et traitées au titre de :

- 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 l'assureur ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis auquel l'assureur appartient ; et ce y compris, en notre qualité d'organisme assureur, l'utilisation du NIR de l'assuré pour la gestion, le cas échéant, de ses risques d'assurance complémentaire santé et prévoyance (conformément au Pack de conformité « Assurance » de la CNIL de novembre 2014 (dit « Pack Assurance ») ;
- la gestion des avis de l'assuré sur les produits, services ou contenus proposés par l'assureur ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ; et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'assuré ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'assuré ;
- la proposition à l'assuré de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par l'assureur ou ses partenaires.

L'assureur s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'assuré pour d'autres finalités que celles précitées.

L'assuré reconnaît que la collecte et le traitement de ses données à caractère personnel (en ce compris 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...) sont nécessaires à la gestion et à l'exécution du contrat.

Le traitement, pour une ou plusieurs finalités spécifiquement déterminées, des données concernant la santé de l'assuré, données sensibles au sens de l'article 8 de la loi Informatique et libertés et de l'article 9 du RGPD, est soumis à son consentement écrit et préalable pour une ou plusieurs des finalités spécifiquement listées ci-dessus. En pratique la signature du bulletin individuel d'affiliation vaut recueil du consentement.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'assuré sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : les services du groupe Malakoff Humanis dont le personnel est en charge des traitements relatifs à ces données, ainsi que, le cas échéant les sous-traitants, les délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures et les souscripteurs du contrat.

Les données de santé de l'assuré sont destinées au Service médical de l'assureur et à toute personne placée sous la responsabilité du Service médical et ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

L'assureur s'engage à ce que les données à caractère personnel de l'assuré ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées adaptées au risque élevé pesant sur de telles données.

Si des données à caractère personnel de l'assuré venaient à être traitées chez un tiers situé **dans un pays ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la commission européenne** : l'assureur 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 l'assuré varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL et notamment aux durées prévues par le Pack Assurance. 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 l'assureur et des prescriptions légales applicables.

L'assureur 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 de l'assuré et (2) à notifier à la CNIL et informer l'assuré en cas de violation de ses données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

Les données utilisées à des fins statistiques font l'objet d'une anonymisation préalable par des procédés techniques excluant tout risque de ré-identification des personnes. Les dispositions de la réglementation de protection des données ne s'appliquent pas à de telles données.

2. L'assuré 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 ces données, post-mortem. L'assuré 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.** En cas de prospection commerciale par voie postale : sauf opposition écrite de la part de l'assuré, ses informations peuvent être communiquées aux organismes de retraite et d'assurance du groupe Malakoff Humanis, ainsi qu'à leurs filiales et partenaires/aux partenaires OGF, à des fins de prospection commerciale/prospection de leurs offres de produits et services.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de son identité, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

L'assuré dispose également du droit de contacter la CNIL directement sur le 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.

En cas de prospection commerciale par téléphone : L'assuré 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.



MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale

Siège : 21 rue Laffitte - 75009 Paris - N° SIREN 775 691 181

Une institution de prévoyance du groupe Malakoff Humanis

21 rue Laffitte - 75009 Paris

malakoffhumanis.com



AUXIA ASSISTANCE

SA au capital de 1 780 000 €

Entreprise régie par le Code des assurances

Siège : 21 rue Laffitte - 75009 Paris

351 733 761 RCS Paris

