

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

Frais de santé

Contrat collectif à adhésion facultative surcomplémentaire

CONDITIONS GÉNÉRALES n° 9444/1

« Salarié & enfants à charge/conjoint »

SOMMAIRE

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

PRÉAMBULE

Dans ce contrat, sont utilisés les termes suivants :

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

L'organisme assureur est l'opérateur auprès duquel l'entreprise souscrit le contrat collectif facultatif. 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.

Les ayants droit de l'assuré, sont les enfants à charge de l'assuré et son conjoint, lorsque ce dernier est affilié au contrat collectif facultatif « extension conjoint ».

Le contrat de base est le contrat collectif **obligatoire** que vous avez préalablement souscrit au bénéfice de vos salariés et leurs enfants à charge.

L'extension conjoint est le contrat collectif **facultatif** que vous avez préalablement souscrit au bénéfice du conjoint des salariés affiliés au contrat collectif obligatoire.

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 facultative**. Ce contrat est souscrit auprès de 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 présent contrat d'assurance collectif à adhésion facultative est souscrit en complément des contrats socles que vous avez préalablement souscrits pour couvrir :

- d'une part, à **titre obligatoire** les salariés et leurs enfants à charge (contrat de base),
- d'autre part, à **titre facultatif** les conjoints (contrat extension conjoint).

Le présent contrat organise la possibilité pour les salariés couverts préalablement à titre obligatoire, de bénéficier d'un niveau de garanties surcomplémentaire, pour eux-mêmes et leurs enfants à charge, et le cas échéant leur conjoint, dès lors qu'il est affilié au « contrat extension » susmentionné.

Le contrat a également pour objet de fixer les conditions dans lesquelles nous accordons aux assurés, leurs enfants à charge et le cas échéant, leur conjoint, 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. Il intervient sous déduction du remboursement opéré par l'assurance maladie obligatoire et des remboursements de base susvisés, dans la limite des frais réels.

Il 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 6.5.

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 sont réunis en un ensemble homogène de mutualisation ; il est établi un compte d'exploitation technique commun. Le périmètre de mutualisation comprend le financement des prestations à hauteur de l'option 2. Le financement des prestations dont le montant est supérieur à l'option 2 n'est pas inclus dans le périmètre de mutualisation.

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

1.2. 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.

1.3. Résiliation annuelle de votre contrat

Le contrat peut être résilié par chacune des parties à l'échéance annuelle du 31 décembre ; à cette fin une lettre recommandée avec avis de réception doit être envoyée à l'autre partie, au moins deux mois avant la fin de l'année, soit au plus tard le 31 octobre (cachet de la poste faisant foi).

Le présent contrat, de par son interdépendance avec le contrat collectif à adhésion obligatoire, sera résilié de plein droit en cas de résiliation de ce dernier.

1.4. 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 l'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.

1.5. 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, votre 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.

1.6. 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'INFORMATIONS

2.1. Vos obligations déclaratives

Vous vous engagez à nous adresser les bulletins individuels d'affiliation complétés et signés de tous les assurés ayant choisi de bénéficier de la garantie surcomplémentaire frais de santé du présent contrat dans les meilleurs délais.

Vos salariés remplissent également ces bulletins en cas de changement de leur situation familiale ayant un impact sur les personnes bénéficiaires du présent contrat. Ils devront nous les faire parvenir dans les trente jours qui suivent tout changement de situation familiale.

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 4.6),
- au maintien individuel des garanties hors dispositif de portabilité (article 4.7).

2.2. 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 ET LA DÉFINITION DES AYANTS DROIT

3.1. Généralités

Seuls les salariés couverts par le contrat collectif à adhésion obligatoire peuvent adhérer au présent contrat, pour eux-mêmes et leurs enfants à charge, ainsi que pour leur conjoint, dès lors que ce dernier est couvert par le contrat collectif facultatif « extension conjoint ». Le présent contrat n'autorise pas l'affiliation du seul salarié ou des seuls enfants à charge ou du seul conjoint (ou encore de certains d'entre eux), ni le choix de niveaux surcomplémentaires différents selon les bénéficiaires.

Tout événement ou disposition contractuelle du « contrat de base » et/ou de « l'extension conjoint » affectant les droits à garantie des salariés et/ou des ayants droit s'applique automatiquement et dans les mêmes conditions aux bénéficiaires du présent contrat surcomplémentaire.

Les garanties sont acquises en contrepartie du paiement des cotisations par l'assuré, dans les conditions visées à l'article 5. Dans le cas où des prestations s'avèreraient avoir été versées alors que la cotisation correspondante n'a pas été payée, l'organisme assureur se réserve le droit d'en demander le remboursement à l'assuré.

3.2. Définition des enfants à charge et du conjoint

À l'identique du « contrat de base », 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).

À l'identique du « contrat de base » et de « l'extension conjoint », le vocable conjoint au sens du contrat est utilisé pour désigner :

- 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.

3.3. Demande d'affiliation

Les assurés peuvent demander leur affiliation, ainsi que celle de leur conjoint, uniquement dans les six mois qui suivent :

- la date à laquelle ils sont eux-mêmes assurés par le contrat collectif à adhésion obligatoire (salariés présents lors de la mise en place du contrat d'assurance et ultérieurement, embauche, promotion, dispense d'affiliation ayant pris fin),
- un changement de situation familiale (mariage, Pacs, concubinage, divorce, naissance, adoption),
- un changement de situation professionnelle du conjoint (embauche, cessation du contrat de travail) ayant pour conséquence selon le cas, soit qu'il cesse d'être couvert, soit qu'il soit dans l'obligation d'être couvert, par le régime frais de santé mis en place au sein de son entreprise.

Pour bénéficier des garanties, les salariés 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.

En cas de pluralité de formules surcomplémentaires, les assurés expriment leur choix sur ce bulletin.

Ils doivent signaler tout changement de situation familiale par le même document d'affiliation.

3.4. Structures d'affiliation

La structure d'affiliation du présent contrat collectif facultatif surcomplémentaire est identique à la structure d'affiliation déterminée par le « contrat de base » et par le contrat « extension conjoint », à savoir :

- « SALARIÉ + ENFANTS À CHARGE »
- « CONJOINT »

Les bénéficiaires du présent contrat sont identiques à ceux bénéficiant du « contrat de base » et de « l'extension conjoint ».

Les cotisations seront déterminées en fonction du choix de couverture et des bénéficiaires de votre contrat.

ARTICLE 4 - LA DURÉE DES GARANTIES

4.1. Prise d'effet des garanties

1. Pour les assurés et les enfants à charge

Sous réserve que la demande d'affiliation nous parvienne dans les trente jours suivant l'un des événements visés à l'article 3.3, les garanties prennent effet à la date de l'événement c'est-à-dire selon le cas :

- la date d'effet du présent contrat,
- la date d'effet retenue pour l'affiliation du salarié au contrat collectif obligatoire,
- la date à laquelle est intervenu le changement de situation familiale,
- la date à laquelle est intervenu le changement de situation professionnelle du conjoint.

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

2. Pour le conjoint

Pour le conjoint couvert au titre de « l'extension conjoint », la prise d'effet est fixée, selon le cas :

- à la même date d'effet que celle retenue pour l'assuré auquel ils sont rattachés,
- à la date à laquelle ils viennent ultérieurement à répondre à la définition de conjoint (cf. article 3.2).

3. Pour vos anciens salariés et leurs ayants droit bénéficiant du maintien des garanties au titre de la portabilité à la date d'effet de votre contrat

Vos anciens salariés ainsi que leurs ayants droit, 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 présent contrat s'ils continuent à remplir les conditions définies à l'article 4.6, pour la période de portabilité restant à courir sauf dans le cas où l'assureur précédent maintient la couverture jusqu'à expiration des droits au dispositif.

4.2. Faculté de renonciation

Les assurés ont la faculté de renoncer au contrat, dans un délai de trente jours calendaires révolus à compter de leur affiliation.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception adressée à notre siège social, suivant le modèle suivant : « Je soussigné(e)....., ayant le numéro de Sécurité sociale....., déclare vouloir renoncer à l'affiliation au contrat collectif à adhésion facultative surcomplémentaire frais de santé n°....., ayant pris effet le et demande le remboursement de la cotisation déjà versée ».

Le remboursement intégral de la cotisation versée sera effectué dans les trente jours suivant la réception du courrier. Toutefois, si des prestations ont été accordées, les sommes perçues par les assurés devront nous être restituées préalablement et intégralement.

La renonciation est définitive pour l'assuré 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.

4.3. Dénonciation à l'initiative du salarié

En cas de modification apportée à leurs droits et obligations, les assurés ont la faculté de dénoncer l'affiliation de l'ensemble des bénéficiaires (assuré et ayants droit), dans un délai d'un mois suivant la réception de la notice d'information établie à cet effet.

En tout état de cause, les assurés peuvent dénoncer l'affiliation de l'ensemble des bénéficiaires (assuré et ayants droit), à chaque échéance annuelle du 31 décembre pour un effet au 1^{er} janvier de l'année suivante, par lettre recommandée avec avis de réception et en respectant un préavis de deux mois.

La dénonciation vaut pour l'ensemble des personnes garanties par le présent contrat surcomplémentaire et est définitive. Toute nouvelle adhésion n'est possible qu'à l'issue d'un délai de deux années civiles entre la dénonciation et la nouvelle adhésion.

En outre, le présent contrat étant notamment conçu pour compléter « l'extension conjoint », la dénonciation d'affiliation à cette extension entraîne automatiquement la dénonciation d'affiliation du conjoint au présent contrat surcomplémentaire, à la même date.

4.4. Cessation des garanties

1. Pour les assurés

Les garanties cessent à la date à laquelle les assurés cessent de bénéficier du contrat collectif obligatoire, c'est-à-dire pour mémoire :

- à la date d'effet de la résiliation dudit contrat obligatoire,
- à la date de suspension du contrat de travail de l'assuré, sauf dispositions de l'article 4.5,
- 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).

Les garanties cessent en outre :

- au 31 décembre de l'exercice au cours duquel l'affiliation au présent contrat est dénoncée par l'assuré, dans les conditions exposées à l'article 4.3,
- en cas de non paiement des cotisations dans les conditions précisées à l'article 5.3,
- à la date de résiliation du présent contrat surcomplémentaire.

Pendant les périodes de suspension du contrat de travail du salarié ne donnant pas lieu à maintien de garanties, il est rappelé que le contrat collectif obligatoire donne au salarié la faculté de demander le maintien de sa propre couverture frais de santé en contrepartie du paiement intégral de la cotisation. Si le salarié a fait jouer cette possibilité, alors la couverture surcomplémentaire est également maintenue pour lui, ses enfants à charge, et le cas échéant, son conjoint.

2. Pour les ayants droit

Pour les enfants à charge et, le cas échéant, le conjoint, les garanties cessent à la date à laquelle :

- les garanties de l'assuré cessent (cf. ci-dessus),
- ils ne répondent plus aux conditions prévues pour être définis comme ayants droit,
- pour le conjoint, à la date à laquelle il est radié de « l'extension conjoint » notamment à la demande de l'assuré.

– 4.5. 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 (ainsi qu'aux ayants droit affiliés), 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 du salaire,
- 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 dans les mêmes conditions que le contrat souscrit à titre obligatoire.

Les cotisations sont intégralement dues dans les conditions prévues à l'article 5.

4.6. 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, votre salarié 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 ayants droit déclarés par votre salarié et qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de la cessation de son 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 à ses ayants droit.

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.

4.7. 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, ou les ayants droit d'assurés 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).

Le 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 **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.

Les taux de cotisation peuvent évoluer, notamment au 1^{er} janvier de chaque année. Cette évolution se fait en fonction du rapport sinistre/prime (adéquation des charges et des ressources) en tenant compte notamment de l'évolution de la consommation médicale totale, des résultats techniques mutualisés et perspectives pour l'ensemble des contrats souscrits dans le cadre de la branche.

5.2. Paiement des cotisations

L'entreprise détermine lors de la souscription du présent contrat, les modalités de paiement des cotisations.

Le paiement se fait au choix de l'entreprise :

- soit directement par l'assuré,
- soit par l'intermédiaire du souscripteur (précompte).

1. Paiement des cotisations par l'assuré

Les cotisations afférentes à l'adhésion facultative de l'assuré et, le cas échéant, de ses ayants droit sont payables directement par les assurés, mensuellement d'avance dans les dix premiers jours de chaque mois civil, par prélèvement automatique sur leur compte.

Les assurés sont seuls responsables du paiement des cotisations. À ce titre, ils doivent nous remettre un relevé d'identité bancaire et un mandat de prélèvement SEPA.

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.

Aucune cotisation n'est due pendant les périodes de maintien de garantie exposées à l'article 4.6.

2. Paiement des cotisations par le souscripteur

Les cotisations 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 4.6.

5.3. Recouvrement des cotisations

1. Paiement des cotisations par l'assuré

À défaut de paiement de l'intégralité des cotisations dans les conditions ci-dessus, une mise en demeure de paiement chiffrée est adressée à l'assuré par lettre recommandée avec avis de réception.

Si le paiement n'est pas intervenu quarante jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure, l'assuré et ses ayants droit sont radiés.

Les cotisations antérieures à la date de radiation restent dues. Nous avons la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous les moyens de droit, les frais étant intégralement à la charge de l'assuré.

La radiation pour défaut de paiement est définitive.

2. Paiement des cotisations par le souscripteur

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. Niveau de la garantie

Les assurés peuvent choisir entre plusieurs options :

Formule du contrat de base obligatoire que vous avez souscrit	Formule du contrat collectif facultatif surcomplémentaire à choisir par l'assuré
Base	Option 1 ou 2
Base + Option 1	Option 2
Base + Option 2	Option 3

6.2. Changement de formule surcomplémentaire

En cas de pluralité d'options, les assurés peuvent être amenés à souhaiter changer d'option, ceci pour l'ensemble des bénéficiaires.

Le choix du niveau de garantie devra se faire au moment de l'adhésion de l'assuré au régime.

Le cas échéant, le salarié pourra modifier son choix :

- **à la hausse** (augmentation du niveau de garanties facultatives et/ou extension de la garantie au conjoint), pour une application :
 - au 1^{er} janvier de l'année qui suit la réception de sa demande, sous réserve que le salarié en fasse la demande auprès de l'organisme assureur avant le 31 octobre de l'année précédente,
 - au 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception de la demande, en cas de changement de situation de famille.
- **à la baisse** (baisse du niveau de garanties facultatives et/ou arrêt de l'extension de la garantie au conjoint), pour une application :
 - au 1^{er} janvier de l'année qui suit la réception de sa demande, sous réserve que le salarié puisse justifier d'une durée de 2 années civiles d'adhésion dans le niveau de garantie précédent, et qu'il en fasse la demande auprès de l'organisme assureur avant le 31 octobre de l'année précédente,
 - au 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception de la demande, en cas de changement de situation de famille.

6.3. 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.

6.4. 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.**

6.5. 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
– 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.

6.6. Libre choix de l'assuré

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

Toutefois, les assurés et leurs ayants droit 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.

6.7. 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 malakoffhumanis.com.

6.8. 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 malakoffhumanis.com.

6.9. 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.

6.10. Contrôle médical

Nous pouvons effectuer un contrôle pour tout assuré demandant des 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 demande de prise en charge des actes, prescriptions et généralement toutes dépenses faisant l'objet de la demande d'expertise sera suspendue.

En cas de contestation du résultat de l'expertise, l'assuré devra adresser, dans les trente jours suivant la notification, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant le nom du médecin chargé de le représenter dans une entrevue amiable avec notre médecin-conseil.

Puis si le désaccord persiste, il sera formé une commission 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 pouvons 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 fausse 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 ou les ayants droit nous adressent 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 français.

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 6.5.

7.4. Subrogation

Lorsque l'assuré ou un ayant droit 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, devez nous en informer lors des formalités de demande de prestations.

7.5. Réclamation - Médiation

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

- pour vous : reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse du Service Réclamations Entreprises - 78288 Guyancourt Cedex
- pour vos 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 Assurance, 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 Assurance, 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.

7.7. Autorité de contrôle

Nous sommes soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - ACPR 4 place de Budapest, CS92459, 75436 Paris Cedex 09.



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 social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris

351 733 761 RCS Paris

