

**CCN PRESTATAIRES DE SERVICES
DU SECTEUR TERTIAIRE**

Frais de santé

Contrat collectif à adhésion facultative

CONDITIONS GÉNÉRALES n° 11154/1 – 1^{er} janvier 2020

« Extension ayants droit »

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 DE LEURS AYANTS DROIT	6
ARTICLE 4. LA DURÉE DES GARANTIES	7
ARTICLE 5. LE MAINTIEN DES GARANTIES	8
ARTICLE 6. LES COTISATIONS	10
ARTICLE 7. LES PRESTATIONS	11
ARTICLE 8. LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES	15

GLOSSAIRE

Dans ce contrat, nous utilisons les termes suivants :

Le souscripteur est l'entreprise, exerçant son activité sur le territoire français, souscrivant le présent contrat collectif à adhésion facultative et entrant dans le champ d'application de l'avenant du 10 septembre 2018 à l'accord du 25 septembre 2015 modifié relatif au régime de frais de santé de la Branche des Prestataires de services du secteur tertiaire. Il sera désigné par **vous**.

L'organisme assureur est l'un des opérateurs coassureur. Dans la suite du texte, l'organisme assureur pourra également être désigné par **nous**.

La catégorie de personnel renvoie à la catégorie de personnel pour laquelle vous avez conclu ce contrat frais de santé. Il s'agit de l'ensemble du personnel tel qu'indiqué aux conditions particulières. Si ces catégories assurées réfèrent à l'Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres (AGIRC), il faut entendre ledit régime tel qu'il existe jusqu'au 31 décembre 2018.

Les assurés sont tous les salariés bénéficiaires du contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit préalablement et qui demandent l'adhésion de leur(s) ayant(s) droit dans le cadre du présent contrat.

Le contrat de base est le contrat collectif **obligatoire** que vous avez préalablement souscrit au bénéfice de vos seuls salariés (dans le cadre d'une couverture base obligatoire « salarié »).

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**, coassuré par les organismes assureurs indiqués à l'article 1.7.

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

« Prestataires de services du secteur tertiaire »

Il organise la couverture obligatoire des salariés (base obligatoire « salarié »).

Le présent contrat d'assurance collectif à adhésion facultative est souscrit en complément du contrat de base que vous avez préalablement souscrit. Il organise la possibilité pour les salariés couverts à titre collectif obligatoire de faire bénéficier leurs ayants droit du même niveau de garanties qu'eux-mêmes, c'est-à-dire leur conjoint et/ou leur(s) enfant(s) à charge (par extension du contrat de base « salarié »).

Votre contrat 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 occasionnés en cas d'accident, de maladie ou de maternité.

À titre informatif, il est précisé que les salariés disposent de la faculté d'améliorer leur niveau de garantie frais de santé dans le cadre d'un contrat collectif surcomplémentaire facultatif distinct du présent contrat pour eux et leurs ayants droit.

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.

Il respecte en outre les critères de la couverture minimale prévus aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même code.

Votre contrat se compose de deux parties indissociables :

- les **conditions générales** définissant les obligations de chacun ainsi que l'ensemble des garanties que nous proposons ;
- les **conditions particulières** qui comportent notamment :
 - l'organisme assureur retenu lors de la souscription,
 - la date d'effet de votre contrat,
 - la catégorie de personnel assurée conformément aux dispositions du préambule,
 - la nature et le montant des prestations,
 - les taux de cotisation correspondant aux garanties prévues.

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.

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

Votre contrat frais de santé ouvre droit aux garanties d'assistance, assurées par :

- AUXIA Assistance, SA au capital de 1 780 000 euros, immatriculée au RCS de Paris sous le n° 351 733 761, régie par le Code des assurances, et dont le siège est au 21 rue Laffitte 75009 Paris (modalités propres à Malakoff Humanis Prévoyance), sous réserve de respecter les dispositions prévues aux conditions générales d'assistance ;
- Ressources Mutuelles Assistance (RMA), union technique d'assistance, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682, dont le siège social se situe : 46 rue du Moulin - BP 62127 - 44121 Vertou Cedex - numéro LEI 969500YZ86NRB0ATRB28

Les conditions d'application de la garantie d'assistance sont définies dans les Conditions générales ou Notice d'information assistance qui vous seront remises par l'organisme assureur choisi lors de la souscription. Le coût de la garantie assistance est inclus dans le montant de la cotisation du présent contrat.

Malakoff Humanis Prévoyance, AUXIA Assistance, Harmonie Mutuelle et Ressources Mutuelles Assistance sont soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - ACPR, 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

1.2. Prise d'effet et renouvellement de votre contrat

Votre contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions particulières qui doivent être retournées signées à l'organisme assureur qui l'a remis (modalités propres à Malakoff Humanis Prévoyance et à Harmonie Mutuelle).

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

Votre contrat peut être résilié par chacune des parties au 31 décembre. 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. Vous pouvez également procéder à la résiliation dans les mêmes délais par envoi recommandé électronique.

Le présent contrat, de par son interdépendance avec le contrat de base que vous avez souscrit, sera résilié de plein droit en cas de résiliation de ce dernier.

1.4. Révision de votre contrat

Votre contrat peut être modifié 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 ou de modification de votre Convention collective, 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 ou un envoi recommandé électronique. Votre refus entraîne la résiliation de votre contrat à effet du premier jour du mois civil qui suit la réception de votre courrier.

En cas d'absence de réponse de votre part dans les conditions de forme susvisées et passé ce délai de deux mois, nous considérerons que vous avez 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 Prestataires de services du secteur tertiaire. 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.

1.6. Clause attributive de compétence

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

1.7. Organismes assureurs du contrat

Les organismes coassureurs du contrat sont :

- 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 691181
- Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° SIREN 538 518 473, numéro LEI 969500JLU5ZH89G4TD57, Siège social : 143 rue Blomet 75015 Paris

Malakoff Humanis Prévoyance et Harmonie Mutuelle sont engagés à l'égard des entreprises souscriptrices et des assurés, à hauteur de leur quote-part respective de coassurance.

Les assurés bénéficient du respect de la garantie de leurs droits en cas de modification ou de cessation de la coassurance.

Chaque coassureur peut demander son retrait de la coassurance. En tout état de cause, les dispositions qui s'appliqueront en conséquence de ce retrait prendront effet au 31 décembre de l'année de la demande, à minuit. La part des prestations et des provisions correspondantes, à la charge de chacun des coassureurs démissionnaires et correspondant à des frais de santé engagés avant la prise d'effet du retrait, demeurent à leur charge respective.

Afin d'assurer la continuité de couverture, votre contrat se poursuit auprès de l'organisme assureur retenu lors de la souscription, ceci tant que l'une des parties au contrat n'en demande pas la résiliation dans les conditions prévues au contrat.

ARTICLE 2. VOS OBLIGATIONS D'INFORMATIONS

2.1. Vos obligations déclaratives

Lors de la mise en place du contrat, vous vous engagez à nous communiquer les bulletins individuels d'affiliation de tous vos salariés appartenant à la catégorie de personnel assurée.

En cours de vie du contrat, vous vous engagez à nous communiquer dans les trente jours :

- les bulletins individuels d'affiliation complétés et signés des salariés ayant choisi de faire bénéficier leur(s) ayant(s) droit de la garantie frais de santé à laquelle il(s) est (sont) affilié(s) ou pour tout assuré dont la situation familiale change,
- les éléments d'information concernant les assurés sortant de l'entreprise,

- la cessation des contrats de travail déclenchant la portabilité de la couverture d'assurance pour les salariés dont le contrat de travail est rompu et bénéficiant de l'assurance chômage (article 5.2),
- le décès de vos salariés,
- et la rupture des contrats de travail de vos salariés éligibles au maintien individuel des garanties hors cadre de la portabilité (article 5.3).

À la fin de chaque exercice civil, vous nous faites parvenir 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, situation de famille, date d'entrée et de sortie dans l'exercice.

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

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 à vos salariés ayant choisi de faire bénéficier leur(s) ayant(s) droit de la garantie.

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 l'information relatives aux modifications des droits et obligations vous incombe.

ARTICLE 3. L’AFFILIATION DES ASSURÉS ET LA DÉFINITION DE LEURS AYANTS DROIT

3.1. Généralités

Seuls les salariés couverts par le contrat collectif à adhésion obligatoire peuvent adhérer au présent contrat, pour le compte de leur(s) ayant(s) droit. Toute stipulation du **contrat collectif à adhésion obligatoire** affectant les droits à garantie des salariés s'applique automatiquement et dans les mêmes conditions à l'ayant droit bénéficiaire du présent contrat.

Les garanties sont acquises en contrepartie du paiement des cotisations par l'assuré, dans les conditions visées à l'article 6. 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 ayants droit

Sont considérés comme ayants droit au sens des présentes Conditions générales :

- Son conjoint,

Par conjoint nous entendons :

- son époux ou épouse, ni séparé(e) de corps judiciairement, ni divorcé(e) ;

ou, à défaut,

- la personne liée avec lui par un Pacte civil de solidarité (Pacs) en vigueur dans les conditions fixées par les articles 515 -1 et suivants du Code civil ;

ou à défaut,

- la personne vivant en couple avec lui au sens de l'article 515-8 du Code civil, sous réserve que le salarié et son concubin soient libres de tout engagement (mariage ou Pacs).

- Ses enfants à charge,

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

Les enfants ainsi définis doivent remplir les conditions cumulatives suivantes :

- être âgés de moins de 21 ans ;
- bénéficier d'un régime de Sécurité sociale (du fait de son affiliation, de celle de son conjoint ou d'une affiliation personnelle) ;

La limite d'âge susvisée est portée à **26 ans** pour ses enfants qui remplissent l'une des conditions suivantes :

- s'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement moins de 65 % du SMIC ;
- s'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage ;
- s'ils sont inscrits à Pôle emploi comme primo demandeurs d'emploi et ayant terminé leurs études depuis moins de 6 mois (les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi) ; ou s'ils effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré.

La limite d'âge est supprimée pour ses enfants qui bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou qui sont titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte « mobilité inclusion », prévue par l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21^e anniversaire.

3.3. Demande d'affiliation

Les salariés couverts à titre obligatoire qui souhaitent faire bénéficier leurs ayants droit du contrat doivent demander leur(s) affiliation(s) dès la date où lesdits salariés bénéficient effectivement du contrat obligatoire et au maximum dans les six mois qui suivent :

- la date à laquelle ils sont eux-mêmes assurés par le contrat de base (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 des ayants droit (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 Malakoff Humanis Prévoyance :

Pour bénéficier des garanties, les salariés (contrats de travail autres que CIDD) peuvent :

- soit s'affilier de manière digitale via la plateforme mise à disposition par l'organisme assureur,
- soit remplir un bulletin individuel d'affiliation en déclarant leur(s) ayant(s) droit accompagné des pièces demandées, vous vous engagez à nous les faire parvenir dans les trente jours qui suivent la date d'affiliation.

Le mode d'affiliation est au choix de l'entreprise.

Par la Déclaration Sociale Nominative, les salariés en contrats courts (CIDD) sont déclarés de manière automatique à l'organisme assureur.

Pour bénéficier des garanties, ils doivent remplir un bulletin individuel d'affiliation, accompagné des pièces demandées.

Pour Harmonie Mutuelle :

Pour bénéficier des garanties, les salariés (contrats de travail autres que CIDD) doivent compléter et signer un bulletin individuel d'affiliation en déclarant leur(s) ayants droit accompagné des pièces nécessaires à leur affiliation rappelées sur ce dernier. Ils doivent nous être parvenues dans les trente jours qui suivent la date d'affiliation.

Par la déclaration sociale nominative mensuelle, les salariés en contrat d'intervention à durée déterminée (CIDD) sont affiliés de manière automatique à la mutuelle.

Ils peuvent néanmoins en parallèle de leur contrat ou a posteriori complété, signé, et accompagné des pièces justificatives un bulletin individuel d'affiliation pour leur permettre de bénéficier des garanties.

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

3.4 Structure d'affiliation

La structure d'affiliation du présent contrat collectif facultatif est :

- « ENFANT(S) À CHARGE »
- « CONJOINT ».

Les cotisations sont déterminées en fonction :

- du niveau de couverture collective à adhésion obligatoire dont bénéficie le salarié (base obligatoire),
- du nombre de bénéficiaires (conjoint et/ou enfant(s) avec gratuité de la cotisation « enfant(s) à charge » à partir du 2^e enfant).

3.5. Fausse déclaration

L'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré ou de votre part de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser notre appréciation. Les cotisations payées nous sont acquises. Nous devons justifier par tous moyens de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration.

ARTICLE 4. LA DURÉE DES GARANTIES

4.1. Prise d'effet des garanties

Pour les ayants droit couverts à titre facultatif (enfant(s) à charge et/ou conjoint) dans le cadre d'une couverture base « salarié » ; les droits à garantie sont ouverts au plus tôt :

- à la même date que ceux du salarié si le choix est fait lors de l'affiliation de ce dernier,
- au premier jour du mois civil qui suit la date de réception par l'organisme recommandé de la demande d'affiliation de l'ayant droit, si elle est faite à une date différente de l'affiliation du salarié et justifiée par un changement de situation familiale (tout événement permettant d'attribuer à une personne la qualité d'ayant droit du salarié, telle que définie aux présentes Conditions générales, ou de mettre un terme à cette qualité).

4.2. Dénonciation à l'initiative de l'assuré

En cas de modification apportée à leurs droits et obligations, les assurés ont la faculté de dénoncer l'affiliation de leur ayant 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 leur ayant droit à chaque échéance annuelle du 31 décembre pour un effet au 1^{er} janvier de l'année suivante, par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec avis de réception et en respectant un préavis de deux mois.

À titre dérogatoire, la dénonciation de l'affiliation de l'ayant droit sera acceptée en dehors de l'échéance annuelle du 31 décembre, sous réserve de fournir les justificatifs correspondants, dans le cas :

- où ce dernier se trouve dans l'obligation d'être affilié à un contrat « frais de santé » dans le cadre d'un régime obligatoire d'entreprise,
- de décès de l'ayant droit concerné.

La dénonciation prendra effet à la fin du mois civil au cours duquel la demande est reçue par l'organisme assureur.

En outre, la dénonciation de l'affiliation facultative de l'ayant droit entraîne automatiquement la dénonciation de son affiliation au titre de la surcomplémentaire (niveau de couverture amélioré).

La dénonciation 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. Néanmoins, ce délai ne sera pas appliqué si l'ayant droit concerné perd ses droits à un régime obligatoire d'entreprise

4.3. Cessation des garanties

Les garanties cessent à la date à laquelle l'assuré cesse de bénéficier du contrat de base, c'est-à-dire pour mémoire :

- 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 5.1,
- 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 définie à l'article 5.2,
- 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 cas de décès de l'assuré.

Les garanties cessent en outre :

- au 31 décembre de l'exercice au cours duquel l'affiliation est dénoncée par l'assuré, dans les conditions visées à l'article 4.2,
- à la date à laquelle l'ayant droit ne répond plus à la définition prévue à l'article 3.2,
- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions précisées à l'article 6.3,
- à la date d'effet de la résiliation du présent contrat.

ARTICLE 5. LE MAINTIEN DES GARANTIES

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

Les garanties et leurs évolutions continuent à s'appliquer aux ayants droit dans le cas où le contrat de travail du salarié est suspendu, pendant les périodes suivantes :

- bénéficiaires d'un maintien de salaire, total ou partiel de rémunération de votre part, ou
- bénéficiaires d'indemnités journalières complémentaires, de rentes d'invalidité et/ou d'indemnités journalières de sécurité sociale.

Si l'assuré n'entre pas dans les conditions prévues ci-avant, les garanties sont maintenues sous réserve du paiement de la cotisation au même taux que les actifs dans les cas suivants :

- congés parentaux,
- congés sabbatiques,
- congé individuel de formation,
- congé pour création d'entreprise,
- congé de formation non rémunéré,
- congés de conversion,
- congés pour personne malade (présence parentale, soutien familial, solidarité familiale...),
- autres congés sans solde.

Les cotisations sont intégralement dues dans les conditions prévues à l'article 6.

5.2. Les ayants droit d'anciens salariés bénéficiant du maintien des garanties dans le cadre de la portabilité

Le contrat organise le maintien des garanties dont bénéficie l'ancien salarié, en cas de cessation du contrat de travail, sauf hypothèse de faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par l'assurance chômage conformément aux dispositions de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale :

Ce maintien est également accordé à l'ayant droit qui bénéficiait 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 de la garantie 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 de la garantie prend effet à compter de la date de cessation du contrat de travail.

La durée du maintien est égale à la période d'indemnisation du régime d'assurance chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois entier, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

Le bénéfice du maintien est subordonné à la condition que les droits à garanties aient été ouverts chez le dernier employeur.

Les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise (les éventuelles modifications du contrat, tant à la hausse qu'à la baisse, sont donc applicables aux assurés du maintien).

L'ancien salarié justifie auprès de l'Organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien de la garantie, qu'il remplit les conditions requises pour en bénéficier.

Le maintien cesse à la date de survenance de l'un des événements suivants :

- cessation du versement des allocations par le régime d'assurance chômage, quel qu'en soit le motif ;
- l'issue de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié a droit et ce, dans la limite de douze mois ;
- prise d'effet de la retraite du régime général de la Sécurité sociale ;
- en cas de décès ;
- résiliation du contrat d'assurance.

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 droit à maintien.

5.3. Maintien individuel des garanties des ayants droit du salarié hors portabilité

Les ayants droit d'assurés décédés peuvent demander :

- à bénéficier du maintien des garanties frais de santé définies au présent contrat en conformité avec le dispositif de l'article 4 de la « Loi Évin » (contrat loi « Évin »).

ou

- à souscrire un contrat adapté à leur nouvelle situation hors du dispositif « Loi Évin » (contrat « d'accueil »).

Les ayants droit de l'assuré décédé 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 l'événement ouvrant droit au présent maintien individuel.

Vous devez nous informer du décès d'un salarié dans un délai de trente jours afin de nous permettre d'adresser la proposition de couverture aux ayants droit de l'assuré décédé.

Les garanties prennent effet le lendemain du décès du salarié et au plus tôt de la demande.

2. Garanties proposées dans le cadre de l'article 4 de la loi « Évin » (contrat loi « Évin »)

Le maintien des garanties aux ayants droit d'un assuré décédé cesse au terme d'une période de 12 mois à compter dudit décès.

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

3. Garanties proposées hors du cadre de l'article 4 de la loi « Évin » (« contrat d'accueil »)

Le contrat proposé aux anciens salariés s'adaptera à leurs besoins de couverture de frais de santé et à leurs ressources. Il pourra permettre de couvrir leurs ayants droit. Le tarif applicable tiendra compte de ces éléments.

ARTICLE 6. LES COTISATIONS

Votre contrat appartient à un périmètre de mutualisation correspondant à un ensemble homogène de contrats de même nature.

6.1. Montant et révision des cotisations

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale, dont le montant est indiqué aux conditions particulières.

Les taux de cotisation peuvent évoluer au 1^{er} janvier de chaque année sur décision du conseil d'administration pour tenir compte de l'évolution de la consommation médicale et des résultats du périmètre de mutualisation.

Les taux de cotisation peuvent être revus si les résultats de votre contrat le nécessitent.

Nous vous informons du changement de taux de cotisation avant le 31 octobre. Au cours des deux mois qui suivent, vous avez la possibilité de résilier votre contrat au 31 décembre par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec avis de réception envoyée à notre siège social.

6.2. Paiement des cotisations

Les cotisations, y compris les taxes éventuelles, sont payables en fonction des dispositions de l'article 6.3.

En cas de radiation d'un assuré en cours de mois, les cotisations correspondantes sont dues pour le mois civil 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 cesse.

6.3. Recouvrement des cotisations

Paiement par l'entreprise :

Vous nous versez les cotisations trimestriellement à terme échu dans les quinze premiers jours de chaque trimestre civil.

Vous êtes le seul responsable du paiement des cotisations. À ce titre, vous procédez vous-même à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues sur notre bordereau d'appel ou le cas échéant par la déclaration sociale nominative (DSN).

À défaut de paiement de l'intégralité de vos 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.

Si le paiement n'intervient pas :

- les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure,
- votre contrat est résilié dix jours après la date d'effet de la suspension.

Les cotisations antérieures à la date de résiliation restent dues. Nous avons la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous moyens de droit.

La résiliation met fin aux garanties pour l'ensemble des assurés et leurs ayants droit.

Paiement par vos salariés :

Le cas échéant, les cotisations telles que définies à l'article 6.1 des présentes conditions générales peuvent être prélevées mensuellement directement sur le compte bancaire de vos salariés selon les modalités prévues à l'article 6.2.

Dans ce cas, seul le salarié est responsable du paiement desdites cotisations. Les conditions de recouvrement des cotisations sont identiques à celles ci-dessus. À défaut du paiement de l'intégralité de ses cotisations une mise en demeure chiffrée sera adressée à l'assuré par lettre recommandée avec avis de réception.

Si le paiement n'intervient pas :

- les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure,
- l'assuré est radié dix jours après la date d'effet de la suspension.

Les cotisations antérieures à la date de résiliation restent dues. Nous avons la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous moyens de droit.

La radiation de l'assuré pour défaut de paiement entraîne celle de ses ayants droit.

ARTICLE 7. LES PRESTATIONS

7.1. Choix de la garantie

Les ayants droit bénéficient du **même niveau de garantie** que le salarié ouvrant droit à leur affiliation au contrat.

7.2. Définition des prestations

Votre contrat prend en charge l'ensemble des garanties décrites dans les conditions particulières, déduction faite des remboursements versés par la Sécurité sociale le cas échéant et dans la limite des frais réellement engagés.

Votre contrat respecte la législation et la réglementation en vigueur à la date des soins et sera adapté en cas de modification de celles-ci.

Le montant et la date retenus pour les dépenses engagées sont ceux figurant sur le décompte de prestations de la Sécurité sociale ou sur la facturation pour les actes non pris en charge par la Sécurité sociale.

Les frais doivent avoir été engagés pendant la période de garantie.

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

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré ou de votre part entraînera la nullité de l'assurance et la déchéance de tous droits aux prestations.

7.3. Contrat responsable et couverture minimale

1. Nature du contrat

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** prévues aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même code.

Ainsi, le contrat assure obligatoirement :

- **la prise en charge du ticket modérateur** pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par la Sécurité sociale, à l'exception des frais de cures thermales, des médicaments remboursés à 30 % et à 15 % et de l'homéopathie. **Il couvre notamment à hauteur du ticket modérateur l'ensemble des actes de prévention** pris en charge par la Sécurité sociale,
- **la prise en charge intégrale du forfait journalier hospitalier**, sans limitation de durée,
- **la prise en charge des frais dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale** dans le respect du plancher de remboursement prévu par la réglementation,
- **la prise en charge des équipements optiques**, dans le respect de planchers et plafonds de remboursement prévus par la réglementation,
- **la prise en charge des prestations 100 % santé** précisées à l'article 7.3.2 ci-dessous.

Tout équipement optique composé de verres plans ne donne pas lieu à remboursement de notre part, sauf en cas d'atteinte oculaire unilatérale.

Si votre contrat prévoit le remboursement des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) ou à l'option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO), il respecte les plafonds de prise en charge prévus par la réglementation.

La liste des praticiens concernés est consultable sur ameli-direct.fr

Toutefois, le présent 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).**

2. 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.

7.4. Disposition pour les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle

Si parmi les bénéficiaires du contrat, certains relèvent du régime local Alsace-Moselle, l'organisme assureur tiendra compte des dispositions spécifiques prévues par le Code de la sécurité sociale pour cette zone géographique.

7.5. Autres limites de remboursement

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 7.2.

Les forfaits annuels 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.

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).

Les médicaments achetés sur Internet sont remboursés dans la mesure où ils ont été achetés sur des sites autorisés, l'autorisation étant donnée par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé territorialement compétente. La liste des sites autorisés est disponible sur le site de l'Ordre National des Pharmaciens (www.ordre.pharmacien.fr).

7.6. Forfaits couvrant les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale

Votre garantie peut prévoir des forfaits couvrant les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale. Ils sont indiqués au tableau de garanties.

Ces forfaits ne peuvent excéder le montant des dépenses engagées.

1. Spécialités médicales non remboursées

Notre remboursement est conditionné à la présentation d'une facture établie par le praticien mentionnant le diplôme de celui-ci.

Ostéopathie et chiropractie : ce forfait permet de couvrir les consultations liées à des actes d'ostéopathie, de chiropractie non remboursés par la Sécurité sociale, sur présentation d'une facture établie par le praticien.

Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathe dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession. Ils doivent avoir enregistré 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 du titre de chiropracteur dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession. Ils doivent avoir enregistré leur(s) diplôme(s) au sein du répertoire d'automatisation des listes (n° ADELI), système prévu par le Code de la santé publique.

Hors ostéopathie et chiropractie : ce forfait permet de couvrir les consultations liées à des actes d'acupuncture, de psychomotricien, de podologie, de diététicien, de psychologue et d'étiopathie non remboursés par la Sécurité sociale, et sur présentation d'une facture établie par le praticien.

Les acupuncteurs doivent être des 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 chirurgiens-dentistes et des sages-femmes titulaires d'un diplôme interuniversitaire.

7.7. Réseau de professionnels de santé

Nous pouvons passer des conventions particulières avec les praticiens et les établissements. Nous avons notamment conclu un accord auprès d'opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes constituant un réseau pouvant permettre aux assurés de bénéficier d'avantages lorsque les dépenses y sont engagées. Les assurés bénéficient en outre des tarifs négociés sur la chambre particulière au sein du réseau des hôpitaux adhérents au conventionnement hospitalier mutualiste.

Toutefois, les assurés conservent le libre choix de leur praticien. Si votre contrat le prévoit, des prestations plus élevées peuvent être accordées pour les dépenses engagées dans le réseau.

Dans ce cas, pour bénéficier des majorations dans les réseaux, les assurés et leurs ayants droit doivent avoir recours au tiers payant.

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 professionnels de santé appartenant à nos réseaux est disponible sur le site internet www.malakoffhumanis.com ou www.harmonie-mutuelle.fr

7.8. Tiers payant

Votre contrat permet à l'assuré et ses ayants droit, 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 maximums ainsi que des tarifs contractuels, le cas échéant, dans des réseaux.

Il est rappelé que la carte de tiers payant que nous vous délivrons doit nous être restituée sans délai lorsque l'assuré est radié des effectifs de votre entreprise.

Pour les contrats de travail courts, l'émission de la carte de tiers payant a lieu lorsque l'affiliation est réalisée avant la date de fin de la période d'emploi. Dans le cas contraire, le salarié ne recevra pas de carte de tiers payant.

7.9. Contrôle médical

Nous pouvons effectuer un contrôle pour tout assuré demandant des prestations au titre des garanties de son contrat, 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, les actes, prescriptions et généralement toutes dépenses faisant l'objet de la demande d'expertise ne donneront pas lieu à prise en charge ou feront l'objet d'une restitution des sommes indûment versées.

En cas de contestation des conclusions de l'expertise, l'ayant droit par le biais du salarié, 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.

En fonction des conclusions, nous pourrions ne pas assurer la prise en charge ou réclamer la restitution des sommes indûment versées.

7.10. Service devis conseil

Afin de réduire le reste à charge des assurés, nous les encourageons à nous faire parvenir pour analyse les devis établis au préalable par leur praticien, notamment pour le remboursement des prothèses dentaires, dès lors que les dépenses engagées dépassent un plafond qui sera communiqué à leur demande par leur organisme assureur.

À réception du devis, nous établirons le montant pris en charge, le reste à charge pour l'assuré, ainsi que, le cas échéant, une indication du positionnement tarifaire du devis au regard des tarifs habituellement pratiqués dans la région.

Aucune demande de devis n'est à adresser si l'assuré fait appel à un praticien ou à un établissement appartenant à un de nos réseaux de soins. Il en est de même si nous devons mettre en place de nouveaux réseaux.

ARTICLE 8. LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES

8.1. 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, avant ou après remboursement 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 en droit de demander la restitution des sommes réglées indûment :

- dans le cas où les pièces demandées ne sont pas fournies par l'assuré dans un délai d'un mois après la demande,
- dans le cas où les pièces retournées par l'assuré ne permettent pas de confirmer le caractère régulier et légitime du remboursement.

8.2. 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé 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.

8.3. Mobilité des assurés à l'étranger

Les soins effectués à l'étranger sont remboursés à la triple condition :

- que les soins aient été occasionnés lors d'un déplacement de moins de trois mois en dehors du territoire français ou à l'occasion d'un détachement au sens de la Sécurité sociale,
- d'avoir fait l'objet d'un remboursement préalable par la Sécurité sociale,
- d'avoir été engagés de manière inopinée et non programmée (soins urgents), sauf dans le cas particulier du détachement, pour les soins effectués dans le pays concerné.

Les remboursements complémentaires, établis en fonction de la codification des actes médicaux fixée par la Sécurité sociale, sont effectués en euros, dans la limite des garanties. Le remboursement des soins médicaux pratiqués à l'étranger est aligné sur celui des médecins non-signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Les dépenses réelles prises en considération pour le calcul des prestations complémentaires sont plafonnées à hauteur du prix pratiqué en France pour des actes et des soins équivalents.

8.4. Subrogation

Lorsqu'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.

Si l'ayant droit de votre salarié est atteint de blessures imputables à un tiers, votre salarié et/ou vous, le cas échéant, vous devez nous en informer lors des formalités de demande de prestations.

8.5. Réclamation - Médiation

En cas de difficultés dans l'application de votre contrat, vous, l'assuré et/ou les bénéficiaires pouvez contacter dans un premier temps votre conseiller ou contact habituel.

Si la demande ne trouve pas satisfaction, la réclamation peut être adressée comme suit :

Pour **Malakoff Humanis Prévoyance** :

- pour vous : reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse du Service Réclamations Entreprises Assurance - 78288 Guyancourt Cedex,
- pour vos collaborateurs et/ou les bénéficiaires : reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse du Service Réclamations Particuliers Assurance - 78288 Guyancourt Cedex.

Pour **Harmonie Mutuelle** : Service Qualité Relation Adhérents au CS81021 - 49010 Angers Cedex 01.

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif à vos garanties n'a pu être trouvée, vous, l'assuré et/ou les bénéficiaires pouvez, sans préjudice du droit d'agir en justice, vous adresser au médiateur à l'adresse suivante :

Pour Malakoff Humanis Prévoyance :

M. le médiateur de la protection sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance - CTIP) - 10 rue Cambacérès - 75008 Paris ou par voie électronique : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

Pour Harmonie Mutuelle : Direction Juridique - 23 Boulevard Jean Jaurès - 45025 Orléans Cedex ; ou l'adresse email suivante : mediation@harmonie-mutuelle.fr ; ou le site internet mediation.harmonie-mutuelle.fr

8.6. Protection des données à caractère personnel

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 :

Pour **Malakoff Humanis Prévoyance** : par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

Pour **Harmonie Mutuelle** : par mail dpo@harmonie-mutuelle.fr ou par courrier postal adressé à « Harmonie Mutuelle - Service DPO 29 quai François Mitterrand - 44273 Nantes Cedex 2 ».

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 qui appartiennent à l'assureur ; 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 de l'organisme assureur 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 :

Pour **Malakoff Humanis Prévoyance** : par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

Pour **Harmonie Mutuelle** : par mail dpo@harmonie-mutuelle.fr ou par courrier postal adressé à « Harmonie Mutuelle - Service DPO 29 quai François Mitterrand - 44273 Nantes Cedex 2 ».

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



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



RESSOURCES MUTUELLES ASSISTANCE

HARMONIE SANTÉ SERVICES

Contrat collectif d'assurance à adhésion obligatoire souscrit par la Mutuelle, sur décision de l'assemblée générale dans le cadre des dispositions de l'article L.221-3 du Code de la mutualité auprès de Ressources mutuelles Assistance (RMA, union d'assistance, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682, numéro LEI 969500YZ86NRB0ATRB28. Siège social : 46 rue du Moulin - BP 62127 - 44121 Vertou Cedex) au profit de l'ensemble des adhérents et de leurs ayants droit bénéficiant d'une garantie santé.



MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE

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



HARMONIE MUTUELLE

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité
Siège social : 143 rue Blomet – 75015 Paris
N° SIREN : 538 518 473

