

Entreprises de la maintenance, distribution et location de matériels agricoles, de travaux publics, de bâtiments, de manutention, de motoculture de plaisance et activités connexes

Frais de Santé

Contrat collectif

CONDITIONS GÉNÉRALES n° 9135/1

« Famille » ou « Famille à charge au sens du contrat »

SOMMAIRE

TITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES DU CONTRAT - COUVERTURE OBLIGATOIRE SOUSCRITE PAR L'ENTREPRISE	4
ARTICLE 1. LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA VIE DE VOTRE CONTRAT	4
ARTICLE 2. VOS OBLIGATIONS D'INFORMATION	5
ARTICLE 3. L'AFFILIATION DES ASSURÉS ET LA DÉFINITION DES AYANTS DROIT	6
ARTICLE 4. LA DURÉE DES GARANTIES	7
ARTICLE 5. LES COTISATIONS	9
ARTICLE 6. LES PRESTATIONS	9
ARTICLE 7. LES GÉNÉRALITÉS DE VOTRE CONTRAT	14
ARTICLE 8. NIVEAU DE COUVERTURE AMÉLIORÉ (SURCOMPLÉMENTAIRE)	17
ARTICLE 9. COUVERTURE DU CONJOINT NON À CHARGE	17
ARTICLE 10. LA DURÉE DES GARANTIES	18
ARTICLE 11. FACULTÉ DE RENONCIATION	18
ARTICLE 12. FACULTÉ DE DÉNONCIATION	19
ARTICLE 13. LES COTISATIONS	19
ARTICLE 14. LES PRESTATIONS	19

GLOSSAIRE

Dans ce contrat, nous utilisons les termes suivants :

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

L'organisme assureur est l'Institution de prévoyance qui garantit les risques souscrits. Il sera désigné par **nous**.

Les catégories de personnel renvoient aux catégories de personnel pour lesquelles vous avez conclu ce contrat de santé. Elles sont définies 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 les salariés et anciens salariés bénéficiaires du contrat, c'est-à-dire appartenant à l'une des catégories de personnel prévue aux Conditions particulières.

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

TITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES DU CONTRAT – COUVERTURE OBLIGATOIRE SOUSCRITE PAR L'ENTREPRISE

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

1.1. Objet de votre contrat

Votre contrat est un **contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire** que vous souscrivez auprès de Malakoff Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale.

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

« Entreprises de la maintenance, distribution et location de matériels agricoles, de travaux publics, de bâtiments, de manutention, de motoculture de plaisance et activités connexes – dite S.D.L.M. »

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

Le contrat organise la couverture obligatoire des salariés appartenant à la catégorie de personnel assurée et de leurs ayants droit tels que définis au contrat, en contrepartie d'une **cotisation uniforme quelle que soit la situation de famille**, selon l'une des structures exposées à l'article 3.3, à savoir :

- « Famille » ;
- « Famille à charge au sens du contrat ».

En complément de la couverture obligatoire exposée au présent Titre I, les assurés peuvent à titre facultatif décider d'améliorer cette couverture, dans les conditions visées au Titre II.

Votre contrat respecte à la fois les 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 et les critères de la couverture minimale prévus aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même code, décrits à l'article 6.4.

Votre contrat se compose de deux parties indissociables :

- **les Conditions générales** définissant les obligations de chacun ;
- **les Conditions particulières** qui comportent notamment :
 - 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 mentionnés dans le tableau de garanties ;
 - les taux de cotisation correspondant aux garanties prévues, en fonction de la structure de cotisation retenue lors de la souscription.

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

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 (couverture obligatoire d'une part, couverture facultative d'autre part).

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

1.2. Degré élevé de solidarité

Outre la garantie de frais de santé, les dispositions de votre convention collective (Accord « frais de santé ») prévoient la mise en œuvre d'actions relevant d'un degré élevé de solidarité, dans le respect des dispositions du décret n° 2014-1498 du 11 décembre 2014.

À ce titre peuvent notamment être prévues :

- une prise en charge totale ou partielle de la cotisation salariale, pour tout ou partie des salariés en contrat de professionnalisation et d'apprentissage (pouvant bénéficier d'une dispense d'adhésion et dont la rémunération n'excède pas un montant défini par l'Accord) ;
- la mise en œuvre d'actions de prévention, de prestations d'action sociale à titre collectif et individuel (destinées aux assurés dont la situation le justifie).

Chaque année, la Commission paritaire chargée de la négociation collective examine les dépenses relevant du dispositif de solidarité ; elle détermine les orientations à appliquer pour l'année civile en cours ou le(s) exercices(s) ultérieur(s).

Nous vous informerons, ainsi que les salariés assurés, des actions auxquelles ces derniers sont susceptibles de prétendre en fonction des décisions arrêtées par la Commission paritaire.

1.3. Prise d'effet et renouvellement de votre contrat

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

1.4. Résiliation annuelle de votre contrat

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

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

Vous pouvez également procéder à la résiliation dans les mêmes délais par un envoi recommandé électronique.

1.5. Révision de votre contrat

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

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

À compter de la date d'envoi de la notification, vous avez deux mois pour refuser les nouvelles conditions, en nous adressant une lettre recommandée avec avis de réception ou par 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 refus de votre part dans les conditions de forme susvisées et passé ce délai de deux mois, vous êtes réputé avoir accepté les nouvelles conditions.

1.6. Votre situation juridique ou économique

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

1.7. Clause attributive de compétence

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

ARTICLE 2. VOS OBLIGATIONS D'INFORMATION

Les dispositions ci-dessous, obligations déclaratives et obligations déclaratives en fin d'exercice, sont sans objet dès lors que vous nous avez transmis ces données par la voie de la déclaration sociale nominative (DSN) en application de l'article L.133-5-3 du Code de la sécurité sociale.

Toutefois, si les données nécessaires à l'affiliation et à l'enregistrement des garanties n'entrent pas dans le périmètre de la DSN (notamment choix d'option par le salarié, couverture des ayants droit) ou que nous traitons pas via la DSN, vous devez nous fournir les documents listés aux articles susvisés.

2.1. Vos obligations déclaratives

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

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

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

2.2. Vos obligations déclaratives en fin d'exercice

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

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

2.3. Notice d'information à destination des assurés

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

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

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

ARTICLE 3. L'AFFILIATION DES ASSURÉS ET LA DÉFINITION DES AYANTS DROIT

3.1. Demande d'affiliation

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

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

3.2. Définition des ayants droit

Par conjoint il faut entendre :

- le conjoint de l'assuré, c'est-à-dire son époux(se) non séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), ni divorcé(e) ;
- à défaut, le partenaire lié à l'assuré par un Pacte civil de solidarité (pacs) dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du Code civil ;
- à défaut, le concubin c'est-à-dire la personne avec laquelle l'assuré vit en couple au sens de l'article 515-8 du Code civil, au même domicile (l'adresse figurant sur les décomptes de Sécurité sociale faisant foi) ; les concubins ne doivent être, ni l'un ni l'autre, mariés ou liés par un Pacs.

Les ayants droit sont définis comme suit :

- **le conjoint à charge de l'assuré**, c'est-à-dire le conjoint tel que défini ci-dessus, qui est en mesure de prouver qu'il n'exerce aucune activité professionnelle et ne perçoit aucun revenu (salaires, traitements ou revenus de remplacement) ;

ou

- **le conjoint non à charge de l'assuré**, c'est-à-dire le conjoint tel que défini ci-dessus, qui exerce une activité professionnelle et perçoit un revenu (salaires, traitements ou revenus de remplacement) ;
- **les enfants à charge** qui sont ceux de l'assuré et ceux de son conjoint tel que défini ci-dessus qui remplissent les conditions cumulatives suivantes :
 - âgés de moins de 21 ans,
 - bénéficiant d'un régime de sécurité sociale (du fait de l'affiliation de l'assuré, de celle de son conjoint ou d'une affiliation personnelle),
 - fiscalement à charge de l'assuré, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qui perçoivent une pension alimentaire qu'il déduit fiscalement de son revenu global.

Cette limite d'âge est portée à 28 ans pour les 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 ou effectuant 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 personnes en situation de handicap ou qui sont titulaires de la carte mobilité inclusion portant la mention invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21^e anniversaire ou leur 28^e anniversaire s'ils poursuivaient des études.

3.3. Structure d'affiliation

Pour l'affiliation des assurés, vous effectuez votre choix, lors de la souscription du contrat, parmi l'une des deux propositions définies ci-après. Les cotisations seront déterminées en fonction de cette structure.

1. La structure « famille » (cotisation uniforme)

L'affiliation de l'assuré est obligatoire.

Elle entraîne de plein droit celle :

- des enfants à charge de l'assuré ou ceux de son conjoint que celui-ci soit à charge ou non ;
- du conjoint à charge ou non de l'assuré.

2. La structure « famille à charge au sens du contrat » (cotisation uniforme)

L'affiliation de l'assuré est obligatoire.

Elle entraîne de plein droit celle :

- des enfants à charge de l'assuré ou ceux de son conjoint que celui-ci soit à charge ou non ;
- du conjoint à charge au sens du contrat.

ARTICLE 4. LA DURÉE DES GARANTIES

4.1. Prise d'effet des garanties

1. Pour les assurés

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

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

2. Pour les ayants droit

Pour les ayants droit, les garanties prennent effet :

- à la même date que les garanties de l'assuré, s'ils répondent aux conditions requises à cette date ;
- ultérieurement à la date à laquelle ils viennent à répondre aux conditions requises.

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

Vos anciens salariés (et le cas échéant leurs 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 de votre contrat s'ils continuent à remplir les conditions définies à l'article 4.4, pour la période de droits restant à courir, sauf dans le cas où l'assureur précédent maintient sa couverture jusqu'à expiration des droits au dispositif.

4.2. Cessation des garanties

1. Pour les assurés

Les garanties cessent :

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

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

Pendant les périodes de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à maintien de garanties, l'assuré peut demander le maintien de sa couverture frais de santé, pour lui-même et le cas échéant ses ayants droit qui en bénéficiaient, en contrepartie du paiement de l'intégralité de la cotisation (parts salariale et patronale cumulées). Pour être recevable, la demande du salarié doit être adressée au plus tard dans les 30 jours qui suivent la date de la suspension du contrat de travail.

2. Pour les ayants droit

Les garanties cessent à la même date que celles de l'assuré. De plus, les garanties cessent à la date à laquelle les ayants droit ne répondent plus aux conditions prévues pour être définis comme ayants droit.

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

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

- maintien de salaire, total ou partiel ;
- arrêt de travail pour maladie, maternité, adoption ou paternité, pour accident du travail, accident de trajet ou maladie professionnelle, exercice du droit de grève ;
- congé non rémunéré qui n'excède pas un mois consécutif.

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

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

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

Ce maintien est également accordé aux ayants droit de l'assuré qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de la cessation du contrat de travail.

Les droits à garanties doivent avoir été ouverts avant la cessation du contrat de travail. Vous êtes tenu :

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

Le maintien des garanties prend effet au lendemain 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 du dernier contrat de travail de l'ancien salarié ou de la durée totale de ses contrats successifs chez un même employeur, 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.

Le maintien des garanties cesse à :

- la date de cessation du versement des allocations payées par le régime d'assurance chômage ;
- la date d'effet de la retraite Sécurité sociale de l'ancien salarié ;
- 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 de votre contrat.

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

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

Les anciens salariés bénéficiant de prestations d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, ou d'un revenu de remplacement s'ils sont privés d'emploi, ainsi que les ayants droit de salariés décédés, peuvent demander à bénéficier :

- du maintien des garanties frais de santé définies au présent contrat (Loi Evin) ;

ou

- de garanties frais de santé adaptées à leur nouvelle situation (offre Malakoff Humanis).

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

Pour l'application de ce dispositif, sont admis à titre d'ayants droit les enfants nés viables postérieurement au décès du salarié et dont la filiation avec celui-ci est établie.

1. Quel que soit le choix retenu :

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

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

Vous devez nous informer du décès d'un assuré ou de la cessation du contrat de travail des salariés, éligibles au maintien individuel des garanties, dans un délai de trente jours afin de nous permettre d'adresser la proposition

de couverture aux anciens salariés ou aux ayants droit selon le cas.

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

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

Dans le cadre du maintien des garanties du présent contrat :

- le maintien des garanties aux anciens salariés ci-dessus visés est viager ;
- le maintien des garanties aux ayants droit **cesse au terme d'une période de 12 mois** à compter du décès du salarié.

Le montant des cotisations tiendra compte de la réglementation en vigueur à la date d'effet du maintien.

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

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

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

ARTICLE 5. LES COTISATIONS

5.1. Montant et révision des cotisations

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

Le montant des cotisations inclut le financement du degré élevé de solidarité prévu dans l'accord de branche ayant instauré le régime frais de santé (cf. article 1.2).

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

5.2. Paiement des cotisations

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

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

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

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

Le dispositif de portabilité exposé à l'article 4.4 est accordé sans contrepartie de cotisations pendant la période de maintien ; son coût est intégré à la cotisation acquittée pour les salariés en activité.

5.3. Recouvrement de vos cotisations

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

À défaut de paiement de l'intégralité 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.

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

ARTICLE 6. LES PRESTATIONS

6.1. Choix de la garantie

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

- socle de base ;
- socle de base + surcomplémentaire 1 ;
- socle de base + surcomplémentaire 2.

6.2. Définition des prestations

Votre contrat prend en charge l'ensemble des garanties décrites aux conditions particulières. Les garanties indiquées au tableau des garanties sont exprimées y compris le Régime obligatoire de la Sécurité sociale française (RO), sauf indication contraire, et dans la limite des frais engagés.

Pour les niveaux surcomplémentaires 1 et 2 ce montant inclus également le régime de base.

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 française 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.

Concernant les actes « Ostéopathie – Chiropractie – Acupuncture » :

- **le remboursement est conditionné** à la présentation d'une facture établie par le praticien mentionnant le diplôme de celui-ci ;
- **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 des médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins et titulaires d'un diplôme d'État appelé « capacité de médecine en acupuncture » ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes titulaires d'un diplôme interuniversitaire.

6.3. Limites des remboursements

Le total de nos remboursements, de ceux de la Sécurité sociale française 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.

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.

Nous ne prenons 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) ;**
- **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 et de Réanimation (SMUR) ;**
- **tout équipement optique composé de verres plans, sauf en cas d'atteinte oculaire unilatérale ;**
- **les achats de médicament sur internet non autorisé 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) ;**
- **la cigarette électronique.**

6.4. Critères du contrat responsable et de la couverture minimale

Votre contrat est qualifié de contrat « solidaire et responsable ».

Par « solidaire », il faut entendre que les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré.

Par « responsable », il faut entendre que votre contrat répond à l'ensemble des conditions mentionnées 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 L911-7 et D.911-1 de ce même code.

Conformément à la réglementation, votre contrat prend en charge les niveaux minimums de remboursements suivants :

- 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.160-16-1 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 ;
- 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.

Votre 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.

Votre contrat prend également en charge, en sus des prestations obligatoires du contrat responsable, les niveaux minimums de remboursements suivants :

- à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base de calcul des prestations d'assurance maladie, les frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dento-faciale pour les actes autres que ceux mentionnés au 5° de l'article R.871-2 ;
- un montant minimum pour les équipements d'optique médicale (verres et monture) de classe B (définie au paragraphe « précisions sur l'application du 100 % santé ») soumis au remboursement de l'assurance maladie, dans la limite des frais exposés par l'assuré.

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 de votre 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, en 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 de garanties mentionne 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

- 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

- 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 l-8DI soit -9D

B. 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 nos soins, 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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 entreront 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**, 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 entreront 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 nos soins, depuis le 1^{er} janvier 2017. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

6.5. Tiers payant

Votre contrat permet à l'assuré et à ses ayants droit éventuels 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.

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.

6.6. Contrôle médical

Nous pouvons effectuer un contrôle pour tout assuré demandant des prestations 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 des conclusions de l'expertise, l'assuré devra adresser à notre médecin-conseil ou dentiste consultant, dans les trente jours suivant la notification, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant l'objet de la contestation et joindre des éléments médicaux argumentés.

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

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

ARTICLE 7. LES GÉNÉRALITÉS DE VOTRE CONTRAT

7.1. Pièces justificatives

Le paiement des prestations est subordonné à la réception des pièces justificatives. Nous pourrions demander la transmission des originaux de toutes pièces permettant de justifier la dépense réelle engagée afin de contrôler la réalité et le montant des prestations.

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

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

7.2. Prescription

Les actions relatives à votre contrat sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- **en cas de réticence, omission, déclaration 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 ses ayants droit 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 de ses ayants droit ou a été indemnisé par vos soins, l'assuré ou ses ayants droit.

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

- **la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, prévue à l'article 2240 du Code civil ;**
- **la demande en justice, même en référé, prévue de l'article 2241 à 2243 de ce même code ;**
- **un acte d'exécution forcée, prévue 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec avis de réception soit que nous vous adressons en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit que l'assuré ou ses ayants droit nous adresse(nt) en ce qui concerne le règlement de la prestation.

7.3. Mobilité des assurés à l'étranger

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

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

Les remboursements complémentaires, établis en fonction de la codification des actes médicaux fixée par la Sécurité sociale française, 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 des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

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).

7.4. Subrogation

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

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

7.5. Réclamation

En cas de difficultés dans l'application de votre contrat, vous, l'assuré ou ses ayants droit pouvez nous contacter :

- pour vous : reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse du Service Réclamations Entreprises Assurance - 78288 Guyancourt Cedex ;
- pour l'assuré et ses ayants droit : reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse du Service Réclamations Particuliers Assurance - 78288 Guyancourt Cedex.

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif à vos garanties n'a pu être trouvée, vous, l'assuré et/ou ses ayants droit pouvez, sans préjudice du droit d'agir en justice, vous adresser au médiateur de la Protection Sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance - CTIP), à l'adresse suivante : M. le médiateur de la protection sociale CTIP, 10 rue Cambacérès, 75008 Paris ou par voie électronique : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>.

7.6. Informatique et libertés

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

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

1. Les données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

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

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'assuré et des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

7.7. Autorité de contrôle

Nous sommes soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - ACPR, 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09.

TITRE II – COUVERTURE FACULTATIVE À L'INITIATIVE DU SALARIÉ

Le présent titre a pour objet d'exposer les dispositions spécifiques qui permettent à l'assuré d'organiser, à titre facultatif :

- un niveau de couverture amélioré ;
- l'extension de la couverture santé au bénéficiaire du conjoint lorsque ce dernier n'est pas inclus dans la couverture obligatoire.

ARTICLE 8. NIVEAU DE COUVERTURE AMÉLIORÉ (SURCOMPLÉMENTAIRE)

8.1. Généralités

Le niveau de couverture améliorée auquel peuvent accéder vos salariés dépend du niveau de couverture que vous avez choisi pour la couverture obligatoire :

Niveau de couverture obligatoire que vous avez choisi		Niveaux surcomplémentaires proposés aux salariés
Socle de base	→	Surcomplémentaire 1 ou 2
Base + surcomplémentaire 1	→	Surcomplémentaire 2

La couverture facultative obéit impérativement à la même structure de cotisations que celle qui a été retenue pour la couverture obligatoire, c'est-à-dire « famille » ou « famille à charge au sens du contrat » comme exposé à l'article 3.3 (quelle que soit la situation de famille réelle).

De même, si l'assuré a par ailleurs demandé l'affiliation facultative de son conjoint « non à charge au sens de la SS » (cf. article 9), alors l'affiliation facultative au niveau surcomplémentaire vaudra également pour ledit conjoint.

8.2. Demande d'affiliation

Les assurés peuvent demander leur affiliation, qui vaut pour eux-mêmes et leurs ayants droit, uniquement dans les six mois qui suivent :

- la date à laquelle ils sont affiliés à titre obligatoire ;
- un changement de situation familiale (mariage, Pacs, concubinage, naissance, adoption).

Pour bénéficier des garanties, les assurés doivent compléter et signer un bulletin individuel d'affiliation et en joignant les pièces justificatives nécessaires, l'ensemble des documents devant nous être adressé dans les meilleurs délais.

En cas de pluralité de niveaux surcomplémentaires, les assurés expriment leur choix sur ce bulletin ; ce choix vaut obligatoirement pour l'ensemble des bénéficiaires. Ils doivent signaler tout changement de situation familiale par le même document d'affiliation.

8.3. Changement de niveau surcomplémentaire

En cas de pluralité de niveaux surcomplémentaires, les assurés peuvent être amenés à souhaiter changer de formule, ceci pour l'ensemble des bénéficiaires.

Le changement de formule est possible :

- en cas de modification de sa situation familiale (nouvel ayant droit ou ayant droit cessant de remplir les conditions requises), notifiée dans les trente jours qui suivent l'événement, le changement prenant effet au 1^{er} jour du mois qui suit la demande ;
- en dehors de ce cas et/ou au-delà de ce délai, le changement est possible au 1^{er} janvier de chaque année civile, sous réserve de nous en informer au plus tard le 31 octobre qui précède ; **toutefois, le changement à la baisse n'est possible qu'après deux années d'affiliation au niveau supérieur.**

ARTICLE 9. COUVERTURE DU CONJOINT NON À CHARGE

9.1. Généralités

Lorsque votre contrat prévoit la couverture obligatoire des salariés et de leurs ayants droit à charge au sens du contrat, alors les salariés qui le souhaitent peuvent demander l'extension de leur niveau de garantie frais

de santé, au bénéfice de leur conjoint « non à charge au sens du contrat ».

L'assuré ne peut couvrir son conjoint à un niveau différent de celui dont il bénéficie lui-même.

9.2. Demande d'affiliation

Vos salariés peuvent demander l'affiliation de leur conjoint uniquement dans les six mois qui suivent :

- la date à laquelle ils sont eux-mêmes affiliés à titre obligatoire ;
- la date à laquelle le conjoint répond à la condition d'être « non à charge au sens de la Sécurité sociale » (par suite de mariage, Pacs, concubinage, ou encore par suite d'une cessation du rattachement SS).

Vos salariés doivent compléter et signer un bulletin individuel d'affiliation, en déclarant leur conjoint et en joignant les pièces justificatives nécessaires, l'ensemble des documents devant nous être adressé dans les meilleurs délais.

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

ARTICLE 10. LA DURÉE DES GARANTIES

10.1. Prise d'effet des garanties

Sous réserve que la demande d'affiliation nous parvienne dans les trente jours suivant l'un des événements visés aux articles 8.2 (niveau surcomplémentaire) et 9.2 (extension conjoint), les garanties prennent effet à la date de l'événement.

Au-delà de ce délai de 30 jours, les garanties prennent effet au premier jour du mois civil suivant la demande.

Lorsque l'affiliation à un niveau surcomplémentaire a pris effet, il est précisé que tout nouvel ayant droit inclus dans la définition de la « famille » ou de la « famille à charge au sens du contrat », en bénéficie dès la date de l'événement lui conférant cette qualité (cet événement n'ayant pas d'impact sur la cotisation qui est uniforme pour l'ensemble de la famille ainsi définie).

Les garanties sont acquises en contrepartie du paiement des cotisations par l'assuré, dans les conditions visées à l'article 13. Dans le cas où des prestations s'avèreraient avoir été versées alors que la cotisation correspondante n'a pas été payée, l'Institution se réserve le droit d'en demander le remboursement à l'assuré.

10.2. Cessation des garanties

Les garanties facultatives cessent de plein droit à la même date que celle à laquelle cessent les garanties accordées à titre obligatoire, comme indiqué à l'article 4.2.

Les garanties facultatives cessent en outre :

- en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions précisées à l'article 13.3 ;
- au 31 décembre de l'exercice au cours duquel l'affiliation est dénoncée par l'assuré, dans les conditions visées à l'article 11 ;
- s'agissant de l'extension au conjoint non à charge au sens de la SS, à la date à laquelle le conjoint cesse de remplir les conditions requises.

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

Lorsque la suspension du contrat de travail donne lieu au maintien des garanties, tel qu'exposé à l'article 4.3, alors les garanties facultatives sont maintenues, selon le même principe.

Les cotisations continuent d'être intégralement dues dans les conditions prévues à l'article 13.

Lorsque la suspension du contrat de travail ne donne pas lieu au maintien des garanties obligatoires, alors selon le même principe, les garanties facultatives ne sont pas maintenues. Toutefois, si l'assuré a fait jouer, comme indiqué à l'article 4.2, la faculté de maintenir sa couverture de base pendant cette période de suspension, alors il pourra également maintenir les garanties facultatives.

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

Le dispositif de maintien exposé à l'article 4.4 est applicable aux garanties facultatives dans les mêmes conditions.

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

Le dispositif de maintien individuel exposé à l'article 4.5 est applicable aux garanties facultatives dans les mêmes conditions.

ARTICLE 11. FACULTÉ DE RENONCIATION

Qu'il s'agisse de la couverture améliorée (cf. article 8) ou de la couverture du conjoint non à charge (article 9), les assurés ont la faculté de renoncer à l'affiliation facultative, dans un délai de trente jours calendaires révolus à compter de l'affiliation.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée ou recommandé électronique avec avis de réception adressé(e) à notre siège social, suivant le modèle suivant : « Je soussigné(e) ayant le numéro de Sécurité sociale, déclare vouloir renoncer à l'affiliation facultative au niveau surcomplémentaire 1 (ou 2)(ou affiliation facultative de mon conjoint) portant la référence 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 ; l'assuré ne pourra plus demander l'affiliation aux garanties dénoncées, sauf à justifier d'un changement de situation familiale.

ARTICLE 12. FACULTÉ DE DÉNONCIATION

En cas de modification apportée à leurs droits et obligations, les assurés ont la faculté de dénoncer l'affiliation de l'ensemble des bénéficiaires, 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, à chaque échéance annuelle du 31 décembre, par lettre recommandée ou recommandé électronique avec avis de réception et en respectant un préavis de deux mois.

La dénonciation est définitive ; l'assuré ne pourra plus demander l'affiliation aux garanties dénoncées, sauf à justifier d'un changement de situation familiale.

ARTICLE 13. LES COTISATIONS

13.1. 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.

Un avis d'échéance est adressé annuellement aux assurés.

Lorsque des évolutions sont décidées, celles-ci se font en fonction du rapport sinistre/prime (adéquation des charges et des ressources) en tenant compte notamment de l'évolution de la consommation médicale totale (indice CMT), de l'évolution démographique des populations garanties, des résultats techniques mutualisés et perspectives pour l'ensemble des bénéficiaires à titre facultatif.

13.2. Paiement des cotisations

Les cotisations, y compris les taxes éventuelles, sont payables par les assurés, mensuellement d'avance dans les quinze 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.

13.3. Recouvrement des cotisations

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.

ARTICLE 14. LES PRESTATIONS

Les dispositions des articles 6.2 à 6.6, ainsi que celles de l'article 7, sont applicables aux garanties facultatives dans les mêmes conditions.

Les prestations complémentaires sont servies dans le respect des dispositions légales et réglementaires du **contrat responsable** prévues aux articles L. 871-1, R.871-1 et R. 871-2 du Code de la sécurité sociale (ceci quel que soit le niveau global de couverture dont bénéficient les assurés en cas de choix d'un niveau amélioré tel que prévu à l'article 8).



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

malakoffhumanis.com



MH-ALTW2004-9135