



**COMMERCE DE DÉTAIL NON ALIMENTAIRE (CDNA)
(IDCC 1517)**

**CONDITIONS GÉNÉRALES COMMUNES
AUX CONTRATS COLLECTIFS N° 13492**

MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE

SOMMAIRE

PARTIE I DISPOSITIONS GÉNÉRALES	4
1. Objet	4
2. Base légale	4
3. Attribution de compétence	4
4. Communication par voie électronique	4
5. Engagement juridique	4
6. Fondement - Effet - Durée - Renouvellement	5
7. Résiliation du contrat	6
8. Participants	6
9. Ouverture des garanties, portabilité des droits et cessation des garanties	7
10. Base des cotisations	8
11. Recouvrement des cotisations	8
12. Non-paiement des cotisations	9
13. Déclaration sociale nominative (DSN) et ajustement annuel des cotisations	9
14. Assiette des prestations	9
15. Déclaration des sinistres - déchéances	10
16. Maintien des garanties et des prestations	10
17. Exclusions	10
18. Modification des garanties	10
19. Contrôle	10
20. Sauvegarde, redressement ou liquidation judiciaire	10
21. Prescription	11
22. Élection de domicile	11
23. Mobilité des participants à l'étranger	11
24. Recours contre tiers responsable	11
25. Contrôle des Organismes assureurs	12
26. Fausse déclaration	12
27. Réclamation - Médiation - Règlement des litiges	12
28. Protection des données à caractère personnel	12
PARTIE II DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AUX FRAIS DE MÉDICAUX	13
1. Objet de la garantie	13
2. Bénéficiaires	13
3. Nature des remboursements	14
4. Montant des remboursements	14
5. Fait générateur	14
6. Limite des remboursements	15
7. Modalités de changement de niveau	15
8. Modalités d'adhésion et d'affiliation	15
9. Modalités de résiliation	16
10. Renonciation	16
11. Cessation des garanties et attestation de droit tiers payant	16
12. Indus	17
13. Contrat responsable	17
ANNEXE COORDONNÉES DES ORGANISMES ASSUREURS	18

Les partenaires sociaux ont accordé leur confiance à APICIL Prévoyance, Malakoff Humanis et KLESIA Prévoyance, dans le cadre d'une labellisation, pour proposer aux entreprises de la branche un contrat d'adhésion conforme aux dispositions de l'accord du 22/06/2015 et des avenants y afférent :

- APICIL Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, et immatriculée sous le numéro 321 862 500 dont le siège social est situé 38 rue François Peissel à Caluire et Cuire (69300) ;
- KLESIA Prévoyance, institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale située au 4 rue Georges Picquart à Paris (75017) ;
- Malakoff Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la sécurité sociale, ayant son siège 21 rue Laffitte 75009 PARIS.

ci-après dénommés « l'(les) Organisme(s) assureur(s) ».

PARTIE I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objet

Les dispositions des présentes conditions générales déterminent les conditions dans lesquelles les Organismes assureurs assurent des garanties en frais médicaux, aux participants de l'entreprise adhérente ci-après dénommée « l'Adhérent » relevant des catégories de personnel visés au contrat ou qui ont adhéré individuellement.

Il est possible de déroger dans les conditions particulières / certificat d'adhésion aux dispositions des présentes conditions générales.

De manière générale, dans les présentes conditions générales, le terme « conditions particulières » peut également être entendu comme le certificat d'adhésion.

2. Base légale

Toutes les dispositions retenues pour la mise en œuvre et la cessation des garanties assurées par les Organismes assureurs, sont régies par le livre IX du Code de la sécurité sociale ainsi que par leurs statuts et les présentes conditions générales.

Dans les présentes conditions générales, le terme de « Sécurité sociale » représente tous les régimes légaux obligatoires.

3 Attribution de compétence

Le contrat collectif Frais de santé est régi par les dispositions du Code de la sécurité sociale et est exclusivement soumis à la loi française. Le règlement des éventuels litiges liés au présent contrat est du ressort des tribunaux français.

4. Communication par voie électronique

Conformément aux dispositions des articles 1366 et 1367 du Code civil, les courriels et les documents électroniques échangés entre l'Entreprise/vous et l'Organisme assureur et/ou le délégataire de gestion sont considérés comme étant équivalents à des documents écrits.

L'ensemble des parties reconnaît la valeur probante des courriels et des documents électroniques.

Cette disposition ne fait pas obstacle à la fourniture par vous-même des documents originaux éventuellement nécessaires à l'Organisme assureur pour le paiement des prestations, ainsi qu'au respect des dispositions des articles L932-12-2 et R.932-1-6 du Code de la sécurité sociale relatives aux modalités de résiliation du contrat.

5. Engagement juridique

5.1. Engagement de l'Adhérent

L'Adhérent s'engage à fournir pour la souscription du contrat :

- les conditions particulières du contrat dûment signé(e) par un représentant habilité ;

- la liste de l'ensemble du personnel bénéficiaire du contrat (nom et prénom, date et lieu de naissance, adresse, situation familiale) ;
- la liste des anciens salariés bénéficiant du maintien des garanties au titre de la portabilité des droits prévue par l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale, ainsi que la date du terme de ce maintien pour chacun des anciens salariés.

5.2. Contrat d'adhésion

Le contrat d'adhésion comprend les présentes conditions générales et les conditions particulières au contrat de l'Adhérent.

En cas de contradiction entre les dispositions des conditions générales et celles des conditions particulières, ces dernières l'emportent.

Le contrat indique notamment :

- **la date d'effet du contrat ;**
- **la définition des catégories de personnel visés par le contrat ;**
- **les conditions de l'entrée en vigueur et la durée des garanties souscrites ;**
- **les montants ou les taux et assiettes de cotisation qui s'y rapportent.**

Le contrat d'adhésion exprime l'intégralité de l'accord entre l'Adhérent et l'Organisme assureur. Il prévaut sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les parties se rapportant à l'objet du contrat d'adhésion.

Les garanties s'appliquent à partir de la date d'effet stipulée dans le contrat, **sous réserve du retour à l'Organisme assureur dans les 30 jours suivant leur date d'émission, de tous les exemplaires du contrat dûment signés par l'entreprise.**

5.3. Notice d'information

L'Organisme assureur remet à l'Adhérent une notice d'information relative à son contrat d'adhésion, laquelle définit les garanties souscrites ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

L'Adhérent est tenu de remettre cette notice à chaque participant.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des participants, l'Adhérent est également tenu d'informer chaque participant en lui remettant une notice établie à cet effet par l'Organisme assureur.

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

6. Fondement - Effet - Durée - Renouvellement

À moins qu'elles ne soient instituées par des dispositions législatives ou réglementaires, les garanties prévues par un contrat collectif et obligatoire sont déterminées en vertu :

- **soit d'une convention ou d'un accord collectif ;**
- **soit de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise ;**
- **soit d'une décision unilatérale du chef d'entreprise, constatée dans un écrit remis par celui-ci à chaque intéressé.**

Si l'Adhérent entend bénéficier des exonérations de charges sociales et fiscales attachées aux régimes collectifs et obligatoires de santé, il lui incombe :

- **la formalisation de la mise en place desdits régimes conformément à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale ;**
- **le respect entre autres des dispositions des articles L.242-1, R.242-1 à R.242-6, et D.242-1 du Code de la sécurité sociale ainsi que de l'article 83 1° quater du Code général des impôts.**

Le contrat prend effet à la date prévue aux conditions particulières et expire le 31 décembre suivant.

Il se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, **sauf résiliation à l'initiative de l'une ou l'autre partie notifiée, au moins deux mois avant l'échéance du contrat.**

7. Résiliation du contrat

7.1. Résiliation par l'Organisme assureur

Le contrat frais de santé peut être résilié par l'Organisme assureur, par lettre recommandée avec avis de réception.

Cette résiliation peut intervenir :

- **à l'échéance du contrat**, au moins deux mois avant l'échéance, le cachet de la poste faisant foi ;
- **en cas de non-paiement des cotisations**, conformément à l'article L.932-9 du Code de la sécurité sociale ;
- **en cas de cessation d'activité**, de plein droit à la date de cessation de l'activité ;
- **en cas de refus par l'Adhérent de la modification du contrat par l'Organisme assureur (révision des cotisations ou réduction des garanties)**, dans un délai d'un mois suivant la proposition de modification. La résiliation prend effet à la date d'entrée en vigueur de la modification.

7.2. Résiliation par l'Adhérent

Le contrat frais de santé peut être résilié à l'initiative de l'Entreprise :

- **à l'échéance du contrat**, sous réserve d'en faire la demande deux mois avant l'échéance ;
- **après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription**. Cette résiliation prendra effet un mois à compter de la réception de la demande.

La résiliation à l'initiative de l'entreprise peut être effectuée au choix :

- **par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique ;**
- **par lettre simple ou tout support durable ;**
- **par déclaration au siège social ou chez le représentant de l'Organisme assureur ;**
- **par acte extrajudiciaire ;**
- **lorsque l'Organisme assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;**
- **par tout autre moyen prévu par le contrat.**

Le destinataire attestera par écrit la réception de la notification de l'Adhérent.

8. Participants

8.1. Participants à titre collectif obligatoire

À la date d'effet du contrat, sont garantis en qualité de participants tous les salariés qui appartiennent aux catégories de personnel définies aux conditions particulières du contrat.

L'Adhérent s'engage, en application du contrat collectif et obligatoire qu'il souscrit, à affilier aussi tous les salariés futurs répondant aux conditions précédentes, dans les 10 jours suivant leur embauche.

De même, il s'oblige, dans le même délai, à informer l'Organisme assureur du départ de tout salarié.

Les dérogations éventuelles à l'obligation d'affilier l'ensemble des salariés relevant des catégories de personnel concernées sont précisées dans les conditions particulières ou dans l'acte fondateur instituant votre régime Frais de santé.

Dans tous les cas, l'Adhérent est tenu de fournir à l'Organisme assureur, pour chaque salarié concerné, les éléments constitutifs de son dossier individuel selon les modalités qu'elle fixe et de remettre à ce dernier une notice d'information conformément à l'article 5.3 ci-avant.

8.2. Participants à titre collectif facultatif

En complément des garanties collectives et obligatoires souscrites par leur employeur adhérent, les participants peuvent avoir la faculté de souscrire des garanties supplémentaires.

8.3. Participants anciens salariés

Les anciens salariés en état d'incapacité de travail ou d'invalidité, les retraités ou préretraités, les chômeurs indemnisés et les ayants droit d'un salarié décédé peuvent de même demander le maintien, sans délai d'attente ni formalités médicales, d'une couverture frais médicaux, dans les conditions définies à l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et ses décrets d'application.

L'ancien salarié ne peut souscrire que le niveau sur lequel il était couvert en base obligatoire dans l'entreprise.

Pour les chômeurs indemnisés, ils peuvent demander l'application du système de prolongation de garanties dans les 6 mois suivant l'expiration de la période de maintien des garanties prévu par l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale (cf. article 9-2 sur la portabilité des droits en santé).

De plus, sont garantis, sous réserve des conditions définies notamment aux articles 9.1 et 9.2 du présent contrat, les anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des droits en application de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

9. Ouverture des garanties, portabilité des droits et cessation des garanties

9.1. Ouverture des garanties

L'ouverture des garanties est subordonnée à l'accomplissement préalable de formalités administratives destinées à fournir les éléments constitutifs du dossier individuel de chaque salarié intégrant les catégories de personnel visées par le contrat.

Une fois ces formalités accomplies, et sauf désaccord de l'Organisme assureur, les garanties s'appliquent :

- **à partir de la date d'effet du contrat ou de l'avenant, à tous les salariés répondant aux conditions de l'article 8 ;**
- **à partir de la date d'embauche ou de promotion dans la catégorie concernée, pour les nouveaux participants.**

9.2. Portabilité des droits

En application de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale, les anciens salariés bénéficiaires d'allocations chômage (hors le cas de licenciement pour faute lourde) continuent à avoir droit à titre gratuit au régime de protection sociale complémentaire appliqué dans leur ancienne entreprise pendant une durée égale à la période d'indemnisation du 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, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, **sans pouvoir excéder 12 mois.**

Ce dispositif de portabilité entre en application à la date de cessation du contrat de travail.

Le bénéfice du maintien de ces garanties est subordonné à la condition que les droits à couverture complémentaire aient été ouverts auprès du dernier employeur.

Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise adhérente.

Aussi, le participant bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail. Le cas échéant, le maintien de garanties est accordé aux ayants droit, tels que définis au contrat.

La portabilité sera appliquée au participant à partir des éléments connus au sein de la DSN.

L'entreprise a néanmoins l'obligation d'informer le participant de ses droits à portabilité.

Pour pouvoir faire bénéficier les participants de la portabilité des droits, l'Adhérent a l'obligation de remplir et adresser à l'Organisme assureur le bulletin individuel d'affiliation, intitulé « Maintien des garanties souscrites par l'entreprise après rupture du contrat de travail », dans les 10 jours qui suivent la cessation du contrat de travail.

Pour pouvoir bénéficier de ce droit à portabilité, l'ancien salarié a l'obligation de fournir à l'Organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, les justificatifs de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise. Aussi, en cas de résiliation du contrat, la portabilité cesse d'être maintenue par l'Organisme assureur.

En cas de changement d'organisme assureur, les Organismes assureurs s'engagent de la manière suivante :

a- En tant qu'organisme assureur sortant : l'Organisme s'assure auprès de l'Adhérent partant que celui-ci dispose des informations nécessaires à la bonne reprise des personnes en portabilité.

b- En tant que nouvel organisme assureur : une fois le nouveau contrat souscrit, l'Organisme assureur, à partir des éléments fournis par l'Adhérent entrant, pourra se manifester auprès des participants en portabilité pour les informer du changement d'Organisme assureur, des éventuelles modifications de garanties et de l'actualisation de leurs droits (signature des conditions particulières, etc.).

9.3. Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- à la date d'effet de la suspension des garanties ou de la résiliation du contrat, tant pour les salariés actifs et leurs ayants droit que les salariés en portabilité ;
- à la date de rupture du contrat de travail ou de passage dans une catégorie de personnel non visée par le contrat, ou à la fin de la portabilité des droits (notamment en cas d'arrivée au terme des droits ou en cas de cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage telle qu'en cas de reprise d'une activité professionnelle) ;
- à la date de suspension du contrat de travail sans salaire et à défaut du paiement des cotisations correspondantes par le salarié. En effet, le salarié peut souhaiter maintenir le régime frais de santé moyennant le versement des cotisations correspondantes (part salariale + part patronale) ;
- la suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de la catégorie de personnel visée par le contrat, sous réserve que l'Organisme assureur en soit informée dans un délai de 10 jours suivant la reprise. À défaut, les garanties ne prendront effet qu'à compter de la réception par l'Organisme assureur de la déclaration faite par l'Entreprise ;
- à la date d'effet de la liquidation de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale du membre participant ou de sa préretraite, sous réserve de la rupture du contrat de travail ;
- à la date de résiliation du contrat socle en frais de santé ; cette résiliation entraînant automatiquement la résiliation du contrat surcomplémentaire et/ou des options afférentes au contrat ;
- en cas de décès du participant.

10. Base des cotisations

En obligatoire dans l'entreprise, la structure de cotisation est « salarié seul », quelle que soit sa situation de famille.

Les cotisations mensuelles sont exprimées en pourcentage du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale).

Les taux de cotisation et la périodicité sont précisés dans les conditions particulières.

Particularité du salarié en arrêt de travail : Les cotisations sont toujours dues.

Particularité des éventuelles exonérations partielles ou totales de cotisations Sécurité sociale dont pourrait bénéficier l'entreprise : Les cotisations santé sont dues malgré ces exonérations.

Le taux de cotisation pourra également être révisé en fonction des résultats techniques mutualisés de l'ensemble des contrats souscrits, ainsi que des évolutions législatives et réglementaires.

11. Recouvrement des cotisations

Contrats collectifs obligatoires : Paiement mensuel ou trimestriel, à terme échu, des primes par virement ou prélèvement ou au moyen de la DSN.

Les cotisations obligatoires doivent être payées par l'entreprise dans les 10 jours de leur échéance.

Chaque contrat doit être accompagné de la déclaration indiquant :

- **l'effectif des participants ;**
- **les éléments correspondant à la base de calcul des cotisations pour cette même période.**

Ces éléments sont déclarés par la DSN.

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

Les cotisations réglées en totalité ou en partie hors délai supportent des majorations de retard à la charge exclusive de l'Adhérent dont les modalités de calcul sont fixées par le conseil d'administration de l'Organisme assureur.

Contrats collectifs à adhésion facultative : Paiement d'avance des cotisations selon une périodicité mensuelle ou trimestrielle choisie par le salarié et un mode de règlement privilégiant le prélèvement automatique.

12. Non-paiement des cotisations

12.1. Non-paiement au titre d'un contrat collectif

À défaut de paiement de la totalité des cotisations échues dans les conditions prévues par l'article 11, l'Organisme assureur met en demeure l'Adhérent, par lettre recommandée de régler les cotisations impayées.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'Adhérent, l'Organisme assureur informe celui-ci des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

En cas de persistance du non-paiement, les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure.

L'Organisme assureur se réserve le droit d'informer directement chaque participant ou les instances représentatives du personnel de la suspension des garanties.

Passé le délai de 30 jours précité, l'Organisme assureur pourra mettre en œuvre toutes mesures judiciaires pour recouvrer les cotisations arriérées, les frais engagés à cet effet étant supportés par l'adhérent.

L'Organisme assureur peut enfin décider de résilier le contrat, quarante jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure, si le paiement n'est toujours pas intervenu.

12.2. Non-paiement au titre d'une garantie à adhésion facultative

À défaut de paiement de la cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'Organisme assureur met en demeure le participant, par lettre recommandée, de régler la cotisation impayée.

Dans la mise en demeure, le participant est informé qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours après l'envoi de la lettre recommandée, la persistance du non-paiement est susceptible d'entraîner la résiliation de son contrat.

13. Déclaration sociale nominative (DSN) et ajustement annuel des cotisations

13.1. Déclaration sociale nominative (DSN)

L'Entreprise doit retourner à l'Organisme assureur la DSN avant le 15 du mois suivant.

13.2. Ajustement annuel des cotisations

À partir de la DSN ou de toute autre précision apportée par l'Adhérent, l'Organisme assureur s'assure chaque année de l'adéquation des cotisations versées par l'Adhérent avec les cotisations dues au regard des salaires versés ou des périodes assurées.

L'éventuel solde des cotisations relatif à l'exercice précédent est alors adressé à l'Adhérent. Celui-ci dispose du délai de 15 jours suivant la réception de ce document pour régulariser son compte.

À défaut, une lettre recommandée est envoyée à l'adhérent qui a valeur :

- **de mise en demeure de régulariser son compte ;**
- **de notification des majorations de retard ;**
- **de notification de suspension des garanties 30 jours après l'envoi de la lettre recommandée si le solde restant dû représente plus de 1/12ème des cotisations de l'exercice.**

Passé le délai de 30 jours précité, l'Organisme assureur pourra mettre en œuvre toutes mesures judiciaires pour recouvrer les cotisations arriérées, les frais engagés à cet effet étant supportés par l'Adhérent.

L'Organisme assureur pourra enfin décider de résilier le contrat dans les conditions prévues par l'article 12.1.

En l'absence totale ou partielle de déclaration ou de précisions nécessaires au calcul des cotisations de l'Adhérent, l'Organisme assureur se réserve le droit de procéder à l'ajustement du compte en fonction des seuls éléments mis à sa disposition. L'Organisme assureur est habilitée à vérifier l'exactitude et la sincérité des déclarations de l'entreprise par tous moyens à sa convenance.

14. Assiette des prestations

La base de calcul des prestations accordées pour tout accident, maladie ou maternité ayant donné lieu à remboursement de la Sécurité sociale pendant la période de garantie est le montant, dûment justifié, des dépenses de santé qui ont fait l'objet du remboursement.

Si le contrat d'adhésion prévoit des prestations pour certains actes non remboursés par la Sécurité sociale, leur base de calcul est également le montant, dûment justifié, des dépenses de santé faisant l'objet des prestations.

En tout état de cause, le montant du remboursement total (Sécurité sociale et complémentaire santé) ne peut excéder les frais réellement engagés.

15. Déclaration des sinistres - déchéances

15.1. Frais médicaux

Les demandes de prestations doivent être adressées aux Organismes assureurs au plus tard 2 ans après la date des soins, sans préjudice des dispositions prévues à l'article 21.

15.2. Modalités de déclaration

Toutes les déclarations de sinistre s'effectuent selon les modalités définies par les Organismes assureurs, lesquelles sont définies au sein de la notice d'information, étant précisé que les Organismes assureurs pourront demander toute pièce utile au versement des prestations.

16. Maintien des garanties et des prestations

Pendant toute la durée d'ouverture du droit aux prestations d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente et tant que le participant en arrêt de travail fait partie du personnel couvert par le contrat, les garanties frais médicaux lui sont maintenues en contrepartie du versement des cotisations contractuelles.

Lorsque le participant en arrêt de travail voit son contrat de travail rompu, et à l'issue de l'éventuelle période de portabilité, la garantie peut être maintenue dans les conditions prévues à l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

17. Exclusions

Tous les risques de frais médicaux sont couverts par l'Organisme assureur ; toutefois, ne donnent pas lieu à remboursement :

- **les frais non remboursés par la Sécurité sociale, tels que certaines prothèses dentaires provisoires, cures de sommeil, d'amaigrissement ou de désintoxication (sauf les cas prévus au tableau des garanties) ;**
- **les frais engagés en dehors de la période de garantie comprise entre la date d'effet du contrat et sa date de résiliation d'une part et, d'autre part, la date d'entrée du membre participant dans le groupe assuré (embauche - promotion) et la date de sortie (démission, licenciement ou fin de portabilité des droits) ; la date des soins figurant sur le décompte de la Sécurité sociale étant seule prise en considération ;**
- **dans le cadre de l'hospitalisation et de l'allocation maternité sont exclus les frais annexes tels que : boissons, téléphone, télévision, équipement vidéo, blanchisserie, frais de dossier ainsi que toute dépense à caractère somptuaire comme la mise à disposition d'un espace de vie confortable et spacieux, sauf si la prestation est expressément prévue au tableau de garanties ;**
- **sont aussi exclus, mais uniquement dans le cadre de l'hospitalisation :**
 - **les frais de chambre particulière facturés lors de permission de sortie ;**
 - **les frais d'hébergement résultant d'une admission en secteur « long séjour » au sens de la Sécurité sociale.**

18. Modification des garanties

Toutes modifications des garanties définies aux conditions particulières sont applicables dès qu'elles sont notifiées à l'adhérent qui en informera les participants.

Le participant en arrêt de travail bénéficie de ces mêmes modifications.

19. Contrôle

Dans la mise en œuvre du service des prestations, l'Organisme assureur peut procéder à des contrôles de toutes natures, avant ou même après tout remboursement.

20. Sauvegarde, redressement ou liquidation judiciaire

En cas de procédure de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaire de l'Adhérent, l'Adhérent ou à défaut l'administrateur ou le liquidateur judiciaire est tenu d'en informer l'Organisme assureur dans les plus brefs délais.

21. Prescription

Toutes les actions relatives aux garanties souscrites par les Adhérents ou les participants sont prescrites par un délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et 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.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énumérées aux articles 2240 et suivants du Code civil.

Il s'agit :

- de la reconnaissance par le débiteur de l'obligation du droit de celui contre lequel la prescription devrait jouer ;
- de la demande en justice, même en référé, même portée devant une juridiction incompétente, ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure ;
- de la mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ;
- de l'acte d'exécution forcée ;
- de l'interpellation fait dans les conditions des articles 2245 et 2246 du Code civil.

22. Élection de domicile

L'Entreprise doit faire élection de domicile en France ou à Monaco.

Si son siège social ou son domicile légal est situé hors de France métropolitaine, l'Adhérent doit désigner sur le territoire français un garant de ses engagements contractuels vis-à-vis de l'Organisme assureur.

Tous les actes relatifs à l'exécution du contrat seront notifiés au siège social de l'Adhérent figurant sur les conditions particulières du contrat ou au domicile des participants figurant sur le bulletin d'affiliation.

Pour tout changement de domicile, l'Adhérent doit informer l'Organisme assureur par écrit ou via son espace digital de son changement d'adresse. À défaut, les lettres recommandées adressées à son dernier domicile connu produiront tous leurs effets.

23. Mobilité des participants à l'étranger

Les frais engagés à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge par un régime obligatoire d'assurance maladie français et s'ils ont fait l'objet d'un décompte de Sécurité sociale (à concurrence de ce qui aurait été accordé si les soins avaient été réalisés en France).

Les frais effectués à l'étranger sont remboursés conformément au remboursement hors OPTAM / OPTAM CO.

Les remboursements sont alors effectués en euros. En conséquence, **les actes hors nomenclature effectués à l'étranger ne sont pas remboursés.**

Salariés

Les garanties sont acquises aux participants exerçant leur activité sur le territoire de la France métropolitaine, les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM) ainsi qu'à Monaco.

Les garanties sont acquises aux participants actifs en situation de détachement au sens des articles L.761-1 et L.761-2 du Code de la sécurité sociale.

Anciens salariés et ayants droit

Les participants et leurs ayants droit **s'ils sont couverts**, bénéficient des prestations dès lors qu'ils relèvent du régime de Sécurité sociale français.

24. Recours contre tiers responsable

En cas d'accident, les Organismes assureurs sont subrogés de plein droit dans les actions à entreprendre contre le tiers responsable dans la limite des prestations indemnitaires qu'ils ont versés à un participant, à un ayant droit, ou à un professionnel de santé dans le cadre du tiers payant.

25. Contrôle des Organismes assureurs

Les Organismes assureurs sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

26. Fausse déclaration

Les déclarations faites tant par l'Adhérent et le cas échéant par son conseil que par le participant servent de base à la garantie. À ce titre, elles constituent un élément essentiel du contrat, aussi les Organismes assureurs se réservent la possibilité de vérifier les données communiquées.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'Adhérent, les Organismes assureurs pourront demander l'annulation du contrat.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du participant, la garantie accordée à celui-ci est nulle quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Organisme assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Dans ces deux cas, les cotisations payées demeurent acquises aux Organismes assureurs.

27. Réclamation - Médiation - Règlement des litiges

Toutes les réclamations relatives au contrat devront être envoyées à l'adresse de l'Organisme assureur figurant en annexe.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'Organisme assureur, l'avis d'un médiateur pourra être demandé sans préjudice d'une action ultérieure devant le Tribunal compétent.

Les saisines sont rédigées en langue française et adressées dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'Organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice :

Soit par voie postale :

Médiateur de la protection sociale (CTIP)
10 rue Cambacérès
75008 PARIS

Soit par internet à l'aide d'un formulaire disponible sur le site <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>.

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions du présent contrat serait considérée comme nulle et non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera réputée non écrite mais cela n'affectera en aucun cas la validité ou l'applicabilité des autres dispositions.

28. Protection des données à caractère personnel

Dans le cadre de la relation contractuelle qui lie l'Adhérent à l'Organisme assureur, ce dernier est amenée à traiter des données personnelles des assurés et des bénéficiaires du contrat, en tant que responsable de traitement au sens de la réglementation applicable en matière de données personnelles et en particulier le Règlement (UE) 2016/679 du parlement européen et du conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles et à la libre circulation de ces données (ci-après RGPD) ainsi que la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

À ce titre, l'Organisme assureur s'engage à respecter la réglementation en vigueur applicable en matière de protection des données personnelles et notamment à traiter les données personnelles pour les seules finalités qui font l'objet du contrat à savoir :

- la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ;
- la gestion de la relation commerciale ;
- la mise en place d'actions de prévention ;
- la prospection commerciale ;
- la lutte contre la fraude et les impayés ;
- la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ;
- le respect de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur.

Les données personnelles des assurés et des bénéficiaires ne sont transmises à aucun autre destinataire que ceux mentionnés dans la notice d'information.

L'Organisme assureur traite les données personnelles des assurés et des bénéficiaires en France ou en Europe. Néanmoins, si un transfert de données, vers des pays non reconnus par la Commission Européenne comme ayant un niveau de protection adéquat devait être envisagé, ils en seraient informés spécifiquement en précisant les garanties appropriées mises en place en conformité avec la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles, notamment les clauses contractuelles types de la Commission Européenne ou les règles d'entreprise contraignantes (ou Binding Corporate rules).

Sauf précision apportée dans la notice d'information, les données personnelles des assurés et des bénéficiaires sont conservées le temps de la relation commerciale ou contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire.

Les assurés et bénéficiaires disposent de droits (droit d'accès, de rectification, d'effacement dans certains cas, d'opposition, à la limitation du traitement, à la portabilité des données) qu'ils peuvent exercer auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) de l'Organisme assureur dont les coordonnées figurent en annexe.

Les assurés et les bénéficiaires disposent également d'une possibilité de formuler une réclamation près de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou <http://cnil.fr> .

Des informations plus détaillées sur le traitement des données sont fournies par l'Organisme assureur aux assurés et aux bénéficiaires dans la notice d'information.

PARTIE II DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AUX FRAIS DE MÉDICAUX

1. Objet de la garantie

La garantie a pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au participant et à ses ayants droit, acte par acte, le remboursement des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par la Sécurité sociale au titre des prestations en nature de l'assurance maladie.

Les Organismes assureurs peuvent également, conformément aux prestations figurant dans le tableau de garanties, rembourser des dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale et verser des indemnités forfaitaires.

Les prestations garanties sont précisées aux conditions particulières du contrat.

2. Bénéficiaires

La liste des bénéficiaires est précisée dans les conditions particulières.

Dans le cas de la mise en place du régime de base obligatoire pour les salariés, la couverture sera étendue facultativement au profit :

Du conjoint :

- l'époux ou l'épouse du participant, non-séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), ni divorcé(e) ;
- ou à défaut, le partenaire lié 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 le participant au sens de l'article 515-8 du Code civil, sous réserve que le participant et son concubin soient libre de tout engagement (mariage ou pacs).

Des enfants à charge:

- les enfants du participant ou ceux de son conjoint qui remplissent la condition suivante :
 - être âgés de moins de 16 ans, bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale du fait de l'affiliation du participant ou de celle de son conjoint ;
 - être âgés de plus de 16 ans et de moins de 20 ans bénéficiant d'un régime de Sécurité personnel sous réserve qu'ils soient à charge fiscalement du participant, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qui perçoivent une pension alimentaire que le participant déduit fiscalement de son revenu global.

Cette limite d'âge est portée à moins de 26 ans pour les enfants qui remplissent la condition suivante :

- s'ils poursuivent leurs études (secondaire ou supérieur) sous réserve qu'ils perçoivent une rémunération mensuelle inférieure ou égale à 55 % du SMIC et qu'ils soient à charge fiscalement du participant , c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qui perçoivent une pension alimentaire que le participant déduit fiscalement de son revenu global.

Le coût supplémentaire dû au titre des ayants droit sont intégralement financé par le salarié.

Toute modification relative aux bénéficiaires des garanties et ayant un impact tarifaire (par exemple la naissance ou le décès d'un ayant droit) doit être notifiée à l'Organisme assureur dans le mois qui suit l'évènement. Il en va de même si le participant ou l'un de ses ayants droit quitte définitivement la France Métropolitaine ou un Département d'Outre-Mer.

Les garanties des ayants droit cessent lorsqu'ils ne remplissent plus les conditions pour en être bénéficiaires.

3. Nature des remboursements

Dans la limite des prestations figurant au tableau des garanties annexé aux conditions particulières, les Organismes assureurs remboursent les dépenses correspondant à des frais engagés pour le participant ou l'un de ses ayants droit pendant la période de garantie.

Toujours dans la limite des prestations figurant sur ce tableau des garanties, les Organismes assureurs peuvent également rembourser des frais dits hors nomenclature et/ou n'ouvrant pas droit au remboursement de la Sécurité sociale.

Principales catégories de frais remboursables (telles que définies dans le tableau de garanties) :

- **soins courants** : Analyse et examen de laboratoire, Honoraires médicaux, Honoraires, paramédicaux, Autres soins courants, Médicaments, Matériel médical ;
- **Hospitalisation** : Honoraires chirurgicaux et médicaux, Forfait journalier hospitalier, Autres frais d'hospitalisation ;
- **Optique** : Equipement 100% Santé, Autre équipement, Autres dispositifs de correction optique ;
- **Dentaire** : Soins et prothèses 100% Santé, Soins, Prothèses, Autres dispositifs dentaires ;
- **Aides auditives** : Equipement 100% Santé, Autres équipements, Autres dispositifs auditifs ;
- **Prévention** (kit confort) /**Allocation maternité /Contraception** : Sont prises en charge, dans les conditions fixées par les lois et règlements, les prestations liées à la prévention, aux consultations du médecin traitant mentionné à l'article L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale et aux prescriptions de celui-ci.

4. Montant des remboursements

La nature des garanties et le niveau de leur remboursement sont précisés au tableau des garanties annexé au contrat.

La base de calcul des prestations accordées pour tout accident, maladie ou maternité ayant donné lieu à remboursement de la Sécurité sociale pendant la période de garantie, est le montant, dûment justifié, des dépenses de santé qui ont fait l'objet du remboursement.

Si le tableau des garanties annexé aux conditions particulières prévoit des prestations pour certains actes non remboursés par la Sécurité sociale, leur base de calcul est également le montant, dûment justifié, des dépenses de santé faisant l'objet des prestations.

En tout état de cause, le remboursement total (Sécurité sociale + complémentaire santé) ne peut être supérieur aux frais réellement engagés.

Par ailleurs, si le participant relève du régime de la Sécurité sociale des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, les remboursements de l'Organisme assureur complètent ceux de ce régime.

Les conditions particulières du contrat peuvent prévoir le versement d'une ou plusieurs indemnités forfaitaires.

5. Fait générateur

Seuls les frais engagés durant la période de garantie, c'est-à-dire entre la date d'effet figurant sur le contrat et la date de cessation des garanties, ouvrent droit à prestations.

Ainsi s'agissant du remboursement des frais, la date des soins figurant sur le décompte de la Sécurité sociale est seule prise en considération (et non la date de prescription par le professionnel de santé). Il en ira de même pour les prothèses dentaires.

En cas de prise en charge hospitalière, il sera procédé de la façon suivante : si la prise en charge est donnée alors que le participant est encore affilié mais que la durée du séjour à l'hôpital va au-delà de la période de garantie (le participant n'étant plus affilié lors du départ de l'hôpital), l'Organisme assureur lui demandera alors le remboursement des sommes concernées.

Pour les actes en série (soins infirmiers, kinésithérapie) et l'orthodontie : en cas de cessation des garanties avant la fin des soins, ou si le traitement est engagé antérieurement à l'ouverture des garanties, la prise en charge se fera prorata temporis.

6. Limite des remboursements

Si les remboursements d'une prestation sont limités à un montant « par an et par bénéficiaire », il faut entendre cette expression par année civile sauf s'il en est disposé autrement sur le tableau des garanties.

Les remboursements des Organismes assureurs, ajoutés à ceux dont le participant ou sa famille ont bénéficié de la part de la Sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire, ne peuvent excéder le montant des dépenses engagées, déclarées à la Sécurité sociale et figurant comme telles sur le décompte de prestations de cet organisme.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription.

Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. En aucun cas les Organismes assureurs ne peuvent prendre en charge des dépassements d'honoraires pour des actes ne faisant pas l'objet d'une déclaration à la Sécurité sociale.

7. Modalités de changement de niveau

Le choix effectué par l'Adhérent est définitif pour l'année en cours. Le changement de niveau de garanties est possible au 1^{er} janvier de chaque année avec un délai de préavis de 2 mois, soit avant le 31 octobre de l'année en cours.

8. Modalités d'adhésion et d'affiliation

8.1. Choix de l'Adhérent

Le régime est constitué d'une base obligatoire et de deux options facultatives. Lors de la mise en place du régime, l'Adhérent peut faire le choix de souscrire à :

- **Base 1 ;**
- **Base 2 (Base 1 + Option 1) ;**
- **Base 3 (Base 1 + Option 2).**

Le choix de l'Adhérent déterminera le socle obligatoire pour l'ensemble des salariés de l'entreprise et l'éventuelle ou les éventuelles option(s) susceptible(s) d'être souscrite(s) individuellement par le salarié en complément du régime de base.

Choix de l'entreprise (socle obligatoire)	Choix du salarié (option facultative)
Base 1	Option 1 ou Option 2
Base 2 = Base 1 + Option 1	Option 2
Base 3 = Base 1 + Option 2	Pas d'Option possible

8.2. Choix du participant

Le contrat souscrit entre les Organismes assureurs et l'Adhérent prévoit, selon le niveau choisit par l'adhérent, un choix d'options (Option 1 / Option 2).

La structure de cotisation est de type : Salarié / Conjoint / Enfant pour le participant.

Il est rappelé que la couverture « Conjoint » correspond à la couverture du conjoint du salarié au sens de l'article 2 de la présente partie.

Il est rappelé que la couverture « Enfant » correspond à la couverture des enfants du salarié (enfants à charge au sens de l'article 2 de la présente partie).

Lorsque le participant adhère à une garantie facultative, cela le concerne lui mais également ses ayants droit bénéficiaires du contrat de base.

Chaque participant peut modifier son choix initial selon les conditions et modalités suivantes :

- **le choix d'option formulé par le participant lors de son affiliation ne peut être modifié qu'au 1^{er} janvier de l'année suivante, sous réserve d'en faire la demande avant le 31 octobre de l'année en cours.**

Un tel changement ne peut toutefois intervenir qu'après deux années complètes d'affiliation à l'une des formules.

- **lorsqu'un changement intervient dans la situation de famille du participant (mariage, naissance, décès, divorce, appartenance du conjoint à un contrat obligatoire etc.), la modification d'option est alors possible en cours d'année. Dans ce cas, la date d'effet de cette modification est fixée au 1^{er} jour du mois qui suit la demande du participant, accompagnée des pièces justificatives.**

La condition de deux années n'est pas requise en cas de changement de situation de famille.

9. Modalités de résiliation

L'adhésion à une garantie facultative est acquise dans le cadre de l'année civile et vient à échéance le 31 décembre de chaque année ; elle se poursuit par tacite reconduction.

Le participant peut demander la résiliation à une garantie facultative :

- **à l'échéance annuelle du 31 décembre sous réserve d'en faire la demande à l'organisme assureur 2 mois avant la date d'échéance, soit le 31 octobre ;**
- **à tout moment après un délai préalable d'un an minimum d'adhésion. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après la réception de la demande de résiliation par l'Organisme assureur ;**
- **en cas de modification des garanties, le participant peut demander la radiation de ses garanties optionnelles dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information par l'employeur. Cette demande de résiliation ne peut prendre effet qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux garanties.**

La notification de la résiliation de l'affiliation peut être effectué, au choix :

- **par lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique ;**
- **par lettre simple ou tout autre support durable ;**
- **par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Organisme assureur ;**
- **par un acte extrajudiciaire ;**
- **lorsque l'Organisme assureur propose la souscription par un mode de communication à distance, la résiliation peut s'effectuer par le même mode de communication ;**
- **par tout autre moyen prévu par le contrat.**

Dans l'hypothèse d'une résiliation à une garantie facultative, **toute nouvelle affiliation n'est possible qu'à l'issue d'un délai de 2 ans entre la dénonciation et la nouvelle affiliation. Ce délai ne court pas en cas de modification familiale ou professionnelle.**

10. Renonciation

Le participant peut renoncer à son adhésion à l'option ou à l'extension famille.

Tout participant affilié à l'Organisme assureur ou qui a adhéré à un règlement ou souscrit un contrat auprès de celui-ci a la faculté d'y renoncer par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.932-21-3 du Code de la sécurité sociale, pendant un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'adhésion a pris effet.

11. Cessation des garanties et attestation de droit tiers payant

À compter de la date d'effet de la cessation des garanties, l'attestation de droit tiers payant ne doit plus être utilisée et doit être, soit restituée à l'Organisme assureur, soit détruite.

12. Indus

Le participant reste redevable des sommes perçues à tort, notamment lorsqu'il a perçu des remboursements de frais engagés en dehors de la période de garantie, qu'ils aient été perçus directement par le bénéficiaire ou payés pour son compte à des professionnels de santé dans le cadre du tiers payant.

Ce principe s'applique quelle que soit la date de déclaration de sa radiation.

En cas de paiement indu effectué par les Organismes assureurs auprès d'un professionnel de santé, les Organismes assureurs pourront également agir contre celui-ci afin d'en obtenir le remboursement.

13. Contrat responsable

Les garanties des Organismes assureurs sont fournies dans les conditions prévues par les articles L.871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la sécurité sociale afférentes au contrat dit « responsable ».

Ceux-ci prévoient des obligations minimales de prise en charge des prestations liées aux consultations du médecin traitant et de ses prescriptions.

Aussi, les obligations de prise en charge portent sur :

- l'intégralité de la participation des participants ou de leurs ayants droit définie à l'article R.322-1 du Code de la sécurité sociale ;
- les dépassements tarifaires des médecins dans certaines conditions ;
- les dépenses pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale dans des fourchettes hautes et basses ;
- l'intégralité des frais engagés pour les actes inclus dans la réforme du « 100% Santé » ;
- le tarif journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée.

À l'inverse, ne donnent pas lieu à remboursement :

- **la contribution forfaitaire prévue à l'article L. 160-13 II du Code de la sécurité sociale ;**
- **la franchise annuelle prévue à l'article L. 160-13 III du Code de la sécurité sociale (franchises médicales concernant les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical et les transports sanitaires) ;**
- **la part de dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations résultant du non-respect, par le participant ou un ayant droit, du parcours de soins, et au-delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable (soit à titre indicatif au minimum 8 euros) ;**
- **la majoration de la participation supportée par le participant et ses ayants droit lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés conformément à l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale ;**
- **et d'une manière générale les prestations ou la part de prestations remettant en cause le caractère responsable du contrat au sens de l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale.**

De plus, les Organismes assureurs s'engagent à permettre aux participants de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité lorsque son professionnel de santé l'accepte.

ANNEXE COORDONNÉES DES ORGANISMES ASSUREURS

Organismes Assureurs	Mentions légales	Réclamation	Protection des données personnelles	Support de Résiliation
APICIL Prévoyance	APICIL Prévoyance, Institution de Prévoyance régie par les dispositions du titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° 321 862 500, Siège social : 38 rue François Peissel - 69300 CALUIRE et CUIRE.	APICIL Prévoyance Direction Services clients – Equipe réclamation 38, rue François Peissel 69300 CALUIRE ET CUIRE	Par courrier électronique : dpo@apicil.com Par courrier postal : APICIL Prévoyance, Délégué à la protection des données (DPO), 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire. Plus d'information sur : https://www.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles	Directement depuis le site APICIL : http://mon.apicil.com/
KLESIA Prévoyance	KLESIA PRÉVOYANCE, Institution de Prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale située au 4 rue Georges Picquart à Paris (75017).	Pour l'adhésion entreprises et les cotisations obligatoires : KLESIA Prévoyance TSA 90200 69307 LYON CEDEX 07 01 71 39 15 15 (du lundi au vendredi, de 9 heures à 18 heures) www.klesia.fr Pour les adhésions du participant, les cotisations facultatives et les prestations : I GESTION Centre de gestion KLESIA TSA 80004 78457 VELIZY CEDEX 09 85 60 85 40 contactsante-klesia@igestion-gd.fr	Par courrier électronique : info.cnil@klesia.fr Par courrier postal à l'adresse : KLESIA- SERVICE INFO CNIL- CS 30027- 93108 Montreuil Cedex. Plus d'information sur : https://www.klesia.fr/donnees-caractere-personnel	Centre de Gestion KLESIA CDNA TSA 80004 78457 VELIZY CEDEX Par courriel : cdnasante-klesia@igestion-gd.fr
Malakoff Humanis Prévoyance	MALAKOFF HUMANIS, Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la sécurité sociale, ayant son siège 21 rue Laffitte 75009 PARIS.	Pour l'Adhérent : Par courriel : reclamation-entreprise-malakoffhumanis.com Par courrier : Service Réclamations Entreprises Assurance 78288 Guyancourt Cedex Pour le Participant et/ou les bénéficiaires : Par courriel : reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com Par courrier : Service Réclamations Particuliers Assurance 78288 Guyancourt Cedex.	Par courrier électronique : dpo@malakoffhumanis.com Par courrier postal à l'adresse : Malakoff Humanis – Pôle Informatique et Libertés – 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Plus d'information sur : https://www.malakoffhumanis.com/politique-protection-des-donnees/	Malakoff Humanis - Résiliation entreprise - 78288 Guyancourt Cedex



MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE

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

Siège : 21 rue Laffitte, 75009 Paris

N° SIREN 775 691 181