



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

**CONDITIONS GÉNÉRALES DE LA NOTICE D'INFORMATION
COMMUNES AUX CONTRATS COLLECTIFS N° 13493**

MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE

SOMMAIRE

| | | |
|-------------------|---|----|
| PARTIE I | DISPOSITIONS GÉNÉRALES | 9 |
| 1. | Objet | 9 |
| 2. | Personnes assurables | 9 |
| 3. | Ouverture des garanties | 9 |
| 4. | Suspension des garanties | 10 |
| 5. | Cessation des garanties | 10 |
| 6. | Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail | 11 |
| 7. | Maintien des garanties en cas de cessation du contrat de travail (portabilité) | 11 |
| 8. | Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail au titre de l'article 4 de la loi Evin | 12 |
| 9. | Territorialité | 13 |
| PARTIE II | COTISATIONS | 13 |
| 10. | Montant et structure des cotisations | 13 |
| 11. | Modalités de paiement | 14 |
| 12. | Défaut de paiement des cotisations | 15 |
| PARTIE III | PRESTATIONS | 15 |
| 13. | Contrat « Surcomplémentaire » | 15 |
| 14. | Contrat « Extension famille » | 16 |
| 15. | Renonciation aux contrats d'assurances collectifs à adhésion facultative | 17 |
| 16. | Fait générateur | 17 |
| 17. | Indus | 18 |
| 18. | Montant des remboursements | 18 |
| 19. | Détail des prestations | 18 |
| 20. | Délais et modalités de règlement des prestations | 23 |
| 21. | Contrat responsable | 23 |
| 22. | Exclusions | 24 |
| PARTIE IV | DISPOSITIONS DIVERSES | 24 |
| 23. | Communication par voie électronique | 24 |
| 24. | Prescription | 24 |
| 25. | Contrôle médical | 25 |
| 26. | Recours contre tiers responsable | 25 |
| 27. | Contrôle des Organismes assureurs | 25 |
| 28. | Fausse déclaration | 25 |
| 29. | Réclamations - Médiation | 26 |
| 30. | Protection des données à caractère personnel | 26 |
| ANNEXE 1 | LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES | 29 |
| | Pièces nécessaires à l'affiliation | 29 |
| | Pièces nécessaires au paiement des prestations | 29 |
| ANNEXE 2 | PROTECTION DES DONNÉES / BASE LÉGALE DE TRAITEMENT | 30 |
| ANNEXE 3 | COORDONNÉES DES ORGANISMES ASSUREURS | 33 |

LEXIQUE

Dans le présent contrat, les termes suivants sont utilisés :

| | |
|---|---|
| L'Organisme assureur | 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. Le contrat est régi par le Code de la sécurité sociale. |
| L'adhérent | La personne morale relevant de la convention collective nationale des Commerces de Détail Non Alimentaires (CDNA) , qui a conclu le contrat d'assurance avec l'Organisme assureur au bénéfice des salariés appartenant à la catégorie assurée. |
| La catégorie assurée | L'ensemble des salariés de l'adhérent appartenant à la catégorie assurée définie aux conditions particulières, répondant aux conditions d'affiliation prévues à l'article 2. « Personnes assurables ». Si ces catégories assurées se 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. |
| Le participant | La personne physique, affiliée au(x) présent(s) contrat(s), sur la tête de laquelle repose le risque et appartenant à la catégorie assurée. |
| Les ayants droit | <p>Le conjoint s'entend comme :</p> <ul style="list-style-type: none">• 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). <p>Les enfants à charge :</p> <ul style="list-style-type: none">• les enfants du participant ou ceux de son conjoint qui remplissent la condition suivante :<ul style="list-style-type: none">• 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. <p>Cette limite d'âge est portée à moins de 26 ans pour les enfants qui remplissent la condition suivante :</p> <ul style="list-style-type: none">• 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. |
| Les bénéficiaires | <ul style="list-style-type: none">- le participant tel que défini ci-avant ;- sous réserve de la structure de cotisation choisie et décrite aux conditions particulières ainsi que des dispositions mentionnées à l'article 3 « Ouverture des garanties », le conjoint et les enfants à charge tels que définis ci-avant. |
| Contrat complémentaire « Socle » | <p>Contrat complémentaire responsable à adhésion obligatoire prévoyant la couverture, de la catégorie de personnel mentionnée aux conditions particulières, dans le respect des obligations conventionnelles.</p> <p>Ce contrat intervient immédiatement après la Sécurité sociale et avant les éventuels contrats surcomplémentaires.</p> <p>Le contrat socle se compose de 3 niveaux de couverture au choix de l'adhérent :</p> <ul style="list-style-type: none">- Base 1 ;- Base 2 (Base 1 + Option 1) ;- Base 3 (Base 1 + Option 2). <p>Dans la suite du texte, le contrat sera décrit comme étant le contrat « Socle ».</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Contrat complémentaire « Extension famille »</p> | <p>Contrat complémentaire responsable à adhésion facultative, prévoyant la faculté pour le salarié d'étendre le bénéfice des garanties souscrites à son conjoint et ses enfants tels que définis ci-avant, dans le respect des obligations conventionnelles.</p> <p>Le conjoint et les enfants bénéficient du même niveau de garanties que le salarié.</p> <p>La cotisation correspondante est à la charge exclusive du salarié.</p> <p>Dans la suite du texte, le contrat sera décrit comme étant le contrat « Extension famille ».</p> |
| <p>Contrat « Surcomplémentaire »</p> | <p>Contrat surcomplémentaire responsable à adhésion facultative, prévoyant la faculté pour le salarié d'améliorer ses garanties et celles de ses ayants droit, selon le choix opéré par l'adhérent dans le cadre du contrat « Socle ».</p> <p>En fonction du choix de l'adhérent, le salarié peut demander à atteindre un niveau de couverture supérieur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Base 2 (Base 1 + Option 1) ; - Base 3 (Base 1 + Option 2). <p>Ce contrat intervient après le remboursement de la Sécurité sociale et le contrat « Socle » dans la limite des frais réellement engagés.</p> <p>Les enfants et le conjoint éventuel bénéficient du même niveau de garanties que le salarié.</p> <p>La cotisation correspondante est à la charge exclusive du salarié.</p> <p>Dans la suite du texte, le contrat sera décrit comme étant le contrat « Surcomplémentaire ».</p> |
| <p>Accident</p> | <p>Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure au participant</p> |
| <p>Actes</p> | <p>Les actes pris en considération sont ceux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - référencés par la Sécurité sociale aux nomenclatures définissant les actes, produits et prestations pris en charge et leurs conditions de remboursement ; - non référencés par la Sécurité sociale aux nomenclatures mais expressément prévus aux conditions particulières qui sont prescrits et pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et disposant d'un numéro de SIRET ou ADELI. |
| <p>Base de remboursement de la Sécurité sociale</p> | <p>Le tarif défini par la Sécurité sociale pour rembourser les frais médicaux.</p> |
| <p>Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée</p> | <p>Dispositifs prévus par une ou plusieurs conventions nationales signées par l'UNOCAM et au moins une des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé, ayant pour objet la maîtrise de leurs dépassements d'honoraires : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO spécialité chirurgicale ou de gynécologie-obstétrique).</p> <p>Les professionnels de santé conventionnés exerçant en secteur 2 ou titulaires d'un droit de dépassement ayant choisi un de ces dispositifs sont consultables sur ameli-direct.fr.</p> |
| <p>DSN</p> | <p>La déclaration sociale nominative est un fichier mensuel centralisé produit à partir de la paie et destiné à communiquer des informations nécessaires à la gestion de la protection sociale des salariés aux organismes et administrations concernées.</p> |
| <p>Franchise</p> | <p>La franchise est une somme déduite des remboursements effectués par la Sécurité sociale sur les frais pharmaceutiques, les auxiliaires médicaux, les frais de transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence.</p> <p>La franchise n'est pas remboursée par l'Organisme assureur.</p> |
| <p>Maladie</p> | <p>Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.</p> |
| <p>Maternité</p> | <p>Etat de la femme lui permettant de bénéficier des prestations de l'assurance maternité.</p> |

| | |
|--|--|
| Montant remboursé par la Sécurité sociale | Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) multipliée par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale. |
| Nomenclatures | Codification des actes et des médicaments donnant lieu à remboursement de la Sécurité sociale. |
| Parcours de soins | <p>Passage par un médecin traitant choisi par le participant avant d'être orienté vers un autre médecin, sauf en cas d'urgence, d'éloignement du domicile ou lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé (ophtalmologue, gynécologue, stomatologue ainsi que psychiatre et neuropsychiatre pour les patients âgés de 16 à moins de 26 ans).</p> <p>Le non-respect du parcours de soin engendre la majoration du ticket modérateur qui ne sera pas pris en charge par l'Organisme assureur.</p> |
| Participations forfaitaires | <p>Participation forfaitaire : montant forfaitaire non remboursé par la Sécurité sociale à la charge des bénéficiaires qui concerne les consultations, les actes des médecins et les actes biologiques.</p> <p>Cette participation forfaitaire n'est pas remboursée par l'Organisme assureur.</p> <p>Participation forfaitaire « actes lourds » : ticket modérateur forfaitaire appliqué sur les actes supérieurs au montant fixé par l'Etat et dont le coefficient est égal ou supérieur à 60.</p> <p>Cette participation forfaitaire est remboursée par l'Organisme assureur.</p> |
| Plafond annuel de la Sécurité sociale | <p>Salaire de référence fixé annuellement par arrêté publié au journal officiel qui sert au calcul des tranches de cotisations sociales. Sa valeur annuelle peut servir au calcul de la cotisation due par le souscripteur. Certaines prestations sont exprimées en pourcentage de sa valeur mensuelle.</p> <p>Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr.</p> |
| Portabilité | Le maintien des garanties frais de santé accordé aux anciens salariés demandeurs d'emploi et bénéficiaires de ce dispositif en vertu de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale. |
| Prestations en nature | Le remboursement des dépenses de frais de soins (frais médicaux, frais chirurgicaux, pharmaceutiques...) ou de service (séjour en établissement hospitalier) exposées par les bénéficiaires. |
| Procédures collectives | Les procédures de sauvegarde, redressement et liquidation judiciaires telles que visées aux articles L.621-1 et suivants L.631-1 et suivants L.641-1 et suivants du Code de commerce et consultables sur le site www.légifrance.fr . |
| Reste à charge | <p>Part des dépenses de santé qui reste à la charge du participant après le remboursement de la Sécurité sociale. Il est constitué :</p> <ul style="list-style-type: none"> - du ticket modérateur, étant rappelé que la participation forfaitaire et la franchise ne sont pas prises en charge par l'Organisme assureur ; - de l'éventuel dépassement d'honoraires. |
| Secteur conventionné | L'ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale et pratiquant des tarifs contrôlés. A l'intérieur de ce secteur conventionné, les professionnels du secteur 1 s'engagent à respecter les bases de remboursement de la Sécurité sociale. Ceux du secteur 2 sont autorisés par convention à dépasser les bases de remboursements de la Sécurité sociale. Le ticket modérateur et le dépassement de la base de remboursement du régime obligatoire sont à la charge des bénéficiaires. |
| Secteur non conventionné | L'ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale et pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des actes par la Sécurité sociale est alors effectué sur une base minorée. |
| Sécurité sociale (Régime obligatoire) | Régime général ou local de Sécurité sociale française dont dépendent les bénéficiaires tels que définis au Lexique. |
| Service médical rendu (S.M.R.) : | Critère utilisé en santé publique pour classer les médicaments en 4 niveaux (majeur, modéré, faible, insuffisant) et fixer leur taux de remboursement par la Sécurité sociale. |
| Sinistre | La survenance des soins. |

| | |
|--------------------------|---|
| Ticket Modérateur | Participation du participant aux tarifs définis par la Sécurité sociale pour rembourser les frais médicaux. Cette participation peut être réduite, majorée ou supprimée dans certains cas mentionnés au code de la Sécurité sociale. |
| UNOCAM | <p>Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, association, fondée le 23 mai 2005, représente à travers ses membres tous les opérateurs en assurance maladie complémentaire. Ces derniers échangent et se concertent pour construire des positions communes sur toute question relative à l'assurance maladie et à l'évolution du financement du système de santé. Dans ce cadre, l'UNOCAM a établi un « glossaire » explicatif des termes utilisés par les différents acteurs permettant aux participants de mieux comprendre leurs garanties.</p> <p>Ce « glossaire » est consultable sur : https://unocam.fr/glossary/ .</p> |

La présente notice d'information permet de connaître les garanties de frais de santé souscrites par l'adhérent auprès de l'un des Organismes ci-dessous :

- 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) ».

Elle comprend deux parties : la notice proprement dite et le tableau des garanties.

En cas de dispositions contradictoires entre ce qui est prévu dans la notice et ce que prévoit le tableau de garanties, c'est ce qui est marqué au tableau de garanties qui s'impose.

Ce document est remis par l'adhérent aux participants.

PARTIE I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objet

La garantie frais médicaux a pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer aux salariés ainsi qu'éventuellement à leur famille, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par la Sécurité sociale.

Cette notice correspond aux garanties mises en place dans la branche des commerces de détail non alimentaires.

2. Personnes assurables

Dans le cadre du contrat du contrat collectif à adhésion obligatoire « Socle », sous réserve qu'elles aient été déclarées par l'adhérent, les personnes assurables sont :

- la totalité des salariés de l'adhérent, appartenant à la catégorie assurée définie aux conditions particulières, dont le contrat de travail est en vigueur, y compris les salariés en arrêt de travail bénéficiaires d'un maintien total ou partiel de leur rémunération par l'adhérent ou indemnisés à ce titre par un régime complémentaire que l'adhérent finance au moins en partie ;
- les anciens salariés de l'adhérent bénéficiant de la portabilité et couverts à ce titre par un contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire immédiatement antérieur, de la date d'effet du contrat jusqu'à expiration de leurs droits.

Dans le cadre des contrats « Extension famille » et « Surcomplémentaire », sous réserve que le participant en face la demande, les personnes assurables sont :

- le participant lui-même ;
- ses ayants droit, tels que définis au Lexique.

Le participant peut également, en cas de suspension de son contrat de travail, pour une autre cause que maladie ou accident sans maintien de rémunération, demander le maintien des garanties pour lui-même et ses ayants droit.

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 ne sont pas traitées par l'Organisme assureur via la DSN, les participants doivent accomplir les formalités d'affiliation suivantes :

- compléter et signer un « bulletin individuel d'affiliation » accompagné des pièces nécessaires rappelées sur ce dernier et en Annexe 1 « Liste des pièces justificatives » et si le contrat le prévoit choisir l'option de garanties applicable ;
- selon le contrat souscrit, déclarer leurs éventuels ayants droit à couvrir à titre facultatif (leur conjoint et/ou leur(s) enfant(s)).

L'Adhérent doit retourner le bulletin individuel d'affiliation dans les 30 jours qui suivent la date d'affiliation demandée.

3. Ouverture des garanties

Dans tous les cas, l'ouverture des garanties est subordonnée à l'envoi du bulletin d'affiliation dans les 30 jours qui suivent la date d'affiliation demandée et à la fourniture des pièces justificatives précisées en Annexe 1.

3.1. Dans le cadre du contrat collectif à adhésion obligatoire

Les garanties s'appliquent pour le participant :

- à partir de la date d'effet du contrat ;
- à partir de la date de fin de suspension du contrat de travail sans salaire (ne sont pas concernés les cas particuliers d'arrêts de travail non indemnisés pour lesquels le participant paye l'intégralité de la cotisation) ;
- à partir de la date d'embauche pour les nouveaux salariés ou de promotion dans la catégorie concernée ;
- à partir du premier jour du mois qui suit la demande d'un salarié ayant initialement choisi de ne pas adhérer au régime et qui a souhaité revenir sur sa décision ou qui cesse de justifier de sa situation.

3.2. Dans le cadre du contrat collectif à adhésion facultative « Extension famille »

Les garanties s'appliquent pour les ayants droit :

- à la même date que celles du participant ;
- à la date à laquelle ils répondent aux conditions d'ayants droit ;
- au jour où est intervenu le changement de situation de famille.

En tout état de cause, les personnes couvertes bénéficient du même niveau de garanties que le participant.

Toute modification relative aux bénéficiaires des garanties et ayant un impact tarifaire (naissance, décès etc.) doit être notifiée à l'Organisme assureur en utilisant le bulletin individuel d'affiliation.

3.3. Dans le cadre du contrat collectif à adhésion facultative « Surcomplémentaire »

Les garanties s'appliquent pour le participant et pour ses ayants droit éventuels :

- à la date de la demande ;
- à la date de changement de situation professionnelle ;
- au jour où est intervenu le changement de situation de famille ;
- à défaut, à la date de l'accord de l'Organisme assureur.

Pour le contrat « Surcomplémentaire » les ayants droit couverts sont nécessairement les mêmes que ceux couverts au titre du contrat « Extension famille ».

4. Suspension des garanties

Les garanties sont suspendues :

- à la date d'effet de la suspension des garanties pour non-paiement des cotisations ;
 - à la date de suspension du contrat de travail sans salaire et à défaut du paiement des cotisations correspondantes par le salarié ;
- La suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise 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 informé 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 votre entreprise.
- et enfin, en cas de refus de se soumettre à un contrôle.

La suspension des garanties s'applique au contrat collectif obligatoire « Socle », mais aussi aux contrats collectifs facultatifs « Extension famille » et « Surcomplémentaire ».

5. Cessation des garanties

5.1. Dans le cadre du contrat collectif à adhésion obligatoire

Les garanties cessent pour le participant :

- 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 pour les salariés en portabilité (cette cessation des garanties vaut tant pour le contrat « Socle » que pour le contrat « Surcomplémentaire » et le contrat « Extension famille ») ;
- en cas de liquidation judiciaire de l'entreprise adhérente, tant pour les salariés actifs que pour ceux 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 ;
- à la date d'effet de la liquidation de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale du participant (sauf dans le cas de cumul emploi retraite) ou de la préretraite, sous réserve de la rupture du contrat de travail ;
- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 12.1 « Dans le cadre du contrat « Socle » » ;
- en cas de décès du participant.

À compter de cette date, la carte de tiers payant ne doit plus être utilisée et doit être restituée à l'Organisme assureur.

La cessation des garanties s'applique au contrat collectif obligatoire « Socle », mais aussi aux contrats collectifs facultatifs « Surcomplémentaire » et « Extension famille ».

5.2. Dans le cadre du contrat collectif à adhésion facultative « Extension famille »

Les garanties cessent pour chaque ayant droit :

- à la date à laquelle il ne répond plus aux conditions prévues pour être défini comme ayant droit ;
- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 12.2. « Dans le cadre des contrats « Extension famille » et « Surcomplémentaire » » ;
- à la même date que celle du participant ;
- à la date à laquelle le participant ne souhaite plus le faire bénéficier du contrat.

5.3. Dans le cadre du contrat collectif à adhésion facultative « Surcomplémentaire »

Les garanties cessent pour le participant et pour l'ensemble de ses ayants droit éventuels :

- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 12.2. « Dans le cadre des contrats « Extension famille » et « Surcomplémentaire » » ;
- à la date à laquelle le participant ne souhaite plus bénéficier du contrat.

6. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

6.1. Suspension du contrat de travail rémunéré

Les garanties et leurs évolutions continuent à s'appliquer aux participants dont le contrat de travail est suspendu, s'ils sont :

- bénéficiaires d'un maintien total ou partiel de rémunération de l'adhérent ;
ou
- en arrêt de travail, indemnisés à ce titre par le régime complémentaire de prévoyance que l'adhérent finance au moins pour partie.

6.2. Suspension du contrat de travail non rémunéré

En cas de suspension du contrat de travail non visé à l'article 6.1. « Suspension du contrat de travail rémunéré », les garanties sont suspendues dès le premier jour de la suspension du contrat de travail. Le participant peut demander à l'Organisme assureur le maintien des garanties mentionnées aux conditions particulières, moyennant le paiement des cotisations (part salariale et part patronale) à sa charge exclusive.

Les garanties et leurs évolutions peuvent continuer à s'appliquer aux participants dont le contrat de travail est suspendu, sans maintien de rémunération notamment pour congés parental, d'éducation, pour création d'entreprise, de formation, de présence parentale, de solidarité familiale et sabbatique, sous réserve que l'adhérent en avise l'Organisme assureur au moins 30 jours avant la prise d'effet de la suspension.

Dans tous les cas, les garanties sont maintenues pour chaque bénéficiaire, sous réserve que les cotisations soient payées et tant que les participants remplissent les conditions ci-avant.

Les cotisations sont dues dans les conditions prévues à la Partie II « Cotisations », étant précisé qu'en cas de suspension du contrat de travail sans maintien de rémunération, les cotisations sont intégralement à la charge du participant.

7. Maintien des garanties en cas de cessation du contrat de travail (portabilité)

7.1. Conditions au maintien de l'affiliation

En application de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale, l'affiliation et par conséquent les garanties dont profitaient effectivement les bénéficiaires sont maintenues en cas de cessation du contrat de travail du participant à condition que la cessation résulte d'un motif autre qu'un licenciement pour faute lourde et qu'elle ouvre droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

L'Organisme assureur tient à la disposition de l'adhérent un formulaire type « bulletin individuel d'affiliation : Maintien des garanties souscrites par l'entreprise après rupture du contrat de travail » qu'elle devra lui renvoyer dûment renseigné et signé pour permettre le maintien de la couverture.

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

Il incombe à l'entreprise d'informer le participant du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

7.2. Effets et durée du maintien de l'affiliation

L'affiliation du participant est maintenue à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties **qui ne sera pas prolongée d'autant.**

En tout état de cause, l'affiliation du participant cesse de plein droit :

- en cas de cessation de paiement des allocations du régime d'assurance chômage quel qu'en soit la cause ;
- à la date de la liquidation de la pension de vieillesse du régime obligatoire de celui-ci ;

- à la date de cessation de la durée de maintien à laquelle il a le droit ;
- à la date de résiliation du contrat.

7.3. Obligations déclaratives

Pour pouvoir bénéficier de ce droit à portabilité, le participant s'engage à fournir à l'Organisme assureur :

- à l'ouverture de la période de maintien des garanties, le justificatif initial de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage ;
- au cours de la période de maintien des garanties, l'attestation de paiement des allocations chômage.

7.4. Garanties

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

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 lexique.

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat intervenant durant la période de portabilité sont opposables au participant.

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

- en tant qu'Organisme assureur sortant : l'Organisme assureur s'assure auprès de l'adhérent partant que celui-ci dispose des informations nécessaires à la bonne reprise des personnes en portabilité ;
- 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 anciens salariés 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.).

7.5 Financement

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité, ce qui entraîne l'absence de cotisations au titre de périodes postérieures à la cessation du contrat de travail du participant.

8. Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail au titre de l'article 4 de la loi Evin

Après rupture du contrat de travail d'un participant, ce dernier bénéficiant de prestations d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, ou d'un revenu de remplacement s'il est privé d'emploi et ayant épuisé ses droits à la portabilité, peut demander :

- à bénéficier pour lui seul (à l'exclusion de ses ayants droit) du maintien des garanties figées à la date de rupture du contrat de travail avec des conditions tarifaires encadrées réglementairement en conformité avec le dispositif de l'article 4 de la « Loi Évin » (contrat loi « Évin ») ;

ou

- à souscrire un contrat adapté à sa nouvelle situation hors du dispositif « Loi Évin » (contrat « Sortie de groupe »).

Au décès du salarié, ses ayants droit qui bénéficiaient des garanties du contrat du fait de son affiliation peuvent également demander à bénéficier d'un maintien desdites garanties (contrat loi « Évin ») ou à souscrire à un contrat adapté à leur nouvelle situation (contrat « Sortie de groupe »).

Le choix effectué doit être adressé par écrit à l'Organisme assureur.

8.1. Modalités et prise d'effet du maintien

L'adhérent doit informer l'Organisme assureur dans un délai de 30 jours :

- de la rupture du contrat de travail d'un salarié, éligible au maintien individuel des garanties ;
- ou
- du décès d'un salarié dont les ayants droit sont éligibles audit maintien.

afin que l'Organisme assureur puisse adresser la proposition de couverture correspondante.

La demande de souscription doit être faite dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou le terme de la portabilité ou le décès du salarié.

Aucune formalité médicale ou période probatoire ne sera requise.

Les garanties prendront effet le jour de la demande et au plus tôt le lendemain de la rupture du contrat de travail ou du terme de la portabilité ou du décès du salarié.

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

Le maintien des garanties aux :

- anciens salariés est viager ;
- ayants droit d'un salarié décédé cesse au terme d'une période de 12 mois à compter dudit décès.

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

8.3. Garanties proposées hors du cadre de l'article 4 de la loi « Évin » (« Sortie de groupe »)

Le contrat qui sera proposé s'adaptera aux besoins de couverture de frais de santé et aux ressources :

- des anciens salariés et le cas échéant leur permettra de couvrir leurs ayants droit ;
- des ayants droit d'un salarié décédé.

Le tarif applicable tiendra compte de ces éléments.

9. Territorialité

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

Toutefois, les frais engagés à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge directement ou indirectement par un régime obligatoire d'Assurance Maladie français et à concurrence de ce qui aurait été accordé si les soins avaient été réalisés en France (ces frais font normalement l'objet d'un décompte de Sécurité sociale). Les remboursements sont alors effectués en euros.

Ces frais engagés à l'étranger sont remboursés conformément au remboursement hors OPTAM / OPTAM CO.

En conséquence, les actes non pris en charge par la Sécurité sociale ou n'entrant pas dans le cadre légal effectués à l'étranger ne sont pas remboursés.

Tous les actes relatifs à l'exécution du contrat frais de santé seront notifiés au domicile du participant figurant sur le bulletin d'affiliation.

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

PARTIE II COTISATIONS

10. Montant et structure des cotisations

10.1. Assiette et montant

Quel que soit le contrat (contrats « Socle », « Extension famille » ou « Surcomplémentaire »), les garanties sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation mensuelle exprimée en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale, telle qu'indiquée aux conditions particulières.

Cette cotisation est fonction des garanties souscrites, des dispositions règlementaires et des bases de remboursement de la Sécurité sociale en vigueur.

L'évolution du taux de cotisation tient compte de l'évolution de la consommation médicale et des résultats du contrat. Elle tient également compte de l'évolution du plafond de la Sécurité sociale.

L'Organisme assureur se réserve le droit de réviser à la hausse le tarif au 1^{er} janvier, dans l'hypothèse où un déséquilibre technique du régime serait constaté.

Par ailleurs, les garanties et les cotisations peuvent être réactualisées à tout moment en cas de modification des remboursements des régimes de base, ou de la législation fiscale ou sociale qui viendrait modifier la portée des engagements de l'Organisme assureur.

10.2. Structures de cotisations

1. Dans le cadre du contrat « Socle »

Les cotisations sont structurées conformément au tableau ci-après.

| Structure de cotisations | Personnes assurées | Cotisations à payer |
|--------------------------|--------------------|----------------------------------|
| Salarié | Salarié | 1 cotisation pour le participant |

2. Dans le cadre du contrat « Extension famille »

Les cotisations sont structurées conformément au tableau ci-après.

En cas d'évolution de la situation familiale du participant, la cotisation évolue sous réserve de la déclaration par le participant dans les conditions de l'article 2 « Personnes assurables » et sous réserve que les ayants droit puissent bénéficier des garanties du contrat dans les conditions de l'article 3 « Ouverture des garanties ».

| Structure de cotisations | Personne assurée | Cotisations à payer |
|--------------------------|------------------|-------------------------------|
| Conjoint | Conjoint | 1 cotisation pour le conjoint |
| Enfant(s) | Enfant(s) | 1 cotisation par enfant |

La part de cotisations correspondante est à la charge exclusive du salarié.
Aucune cotisation n'est due à compter du 3^e enfant.

3. Dans le cadre des contrats « Surcomplémentaire »

Les cotisations sont structurées conformément au tableau ci-après.

En cas d'évolution de la situation familiale du participant, la cotisation évolue sous réserve de la déclaration par le participant dans les conditions de l'article 2 « Personnes assurables » et sous réserve que les ayants droit puissent bénéficier des garanties du contrat dans les conditions de l'article 3 « Ouverture des garanties ».

| Structure de cotisations | Personne assurée | Cotisations à payer |
|--------------------------|------------------|----------------------------------|
| Salarié | Salarié | 1 cotisation pour le participant |
| Conjoint | Conjoint | 1 cotisation pour le conjoint |
| Enfant(s) | Enfant(s) | 1 cotisation par enfant |

Les bénéficiaires couverts sont strictement identiques à ceux couverts au titre des contrats « Socle » et « Extension famille ».

La part de cotisations correspondante est à la charge exclusive du salarié.
Aucune cotisation n'est due à compter du 3^e enfant.

11. Modalités de paiement

11.1. Dans le cadre du contrat « Socle »

Les cotisations, y compris les taxes présentes ou futures et contributions éventuelles, sont payables **par l'adhérent**, mensuellement ou trimestriellement à terme échu dans les 10 premiers jours de chaque échéance.

L'adhérent est le seul responsable du paiement des cotisations. À ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues.

11.2. Dans le cadre des contrats « Extension conjoint » et « Surcomplémentaire »

Les cotisations, y compris les taxes présentes ou futures et contributions éventuelles, sont payables **par le participant**, mensuellement ou trimestriellement d'avance dans les 10 premiers jours de chaque mois civil, **par prélèvement automatique sur son compte bancaire ou par virement bancaire**.

Le participant est le seul responsable du paiement des cotisations.

Le choix de la périodicité ainsi que le moyen de paiement doivent être identiques pour les contrats « Extension famille » et « Surcomplémentaire ».

11.3. Dispositions communes

Lorsque le contrat est résilié dans les conditions prévues au contrat, l'adhérent ou le cas échéant dans le cadre des contrats « Extension famille » et « Surcomplémentaire » le participant, ne sont redevables que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation.

12. Défaut de paiement des cotisations

En cas de non-paiement d'une cotisation au terme du délai de 10 jours de son échéance mentionnée à l'article 11 « Modalités de paiement » et dans un délai de 10 jours suivant l'envoi de la proposition, l'Organisme assureur adresse une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception à l'adhérent ou au participant selon le cas.

Si le paiement n'intervient pas :

12.1. Dans le cadre du contrat « Socle »

Les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure à l'adhérent et le contrat est résilié 10 jours après la date d'effet de la suspension.

La résiliation met fin aux garanties pour l'ensemble des bénéficiaires.

12.2. Dans le cadre des contrats « Extension famille » et « Surcomplémentaire »

Les affiliations du participant, de son conjoint et de ses enfants cessent 40 jours après l'envoi de la mise en demeure au participant.

La cessation de l'affiliation met fin aux garanties pour l'ensemble des bénéficiaires (participant et ayants droit).

PARTIE III PRESTATIONS

13. Contrat « Surcomplémentaire »

13.1. Choix de l'option

En fonction du choix opéré par l'Adhérent dans le cadre du contrat « Socle », les participants peuvent améliorer leurs garanties et demander à atteindre un niveau de couverture supérieur.

| Choix de l'entreprise pour le contrat « Socle » : | Choix possible pour le participant : | |
|---|--------------------------------------|----------------------------|
| | Base 2 (Base 1 + Option 1) | Base 2 (Base 1 + Option 2) |
| Base 1 | X | X |
| Base 2 (Base 1 + Option 1) | - | X |
| Base 3 (Base 1 + Option 2) | - | - |

13.2. Principe

Ce choix vaut tant pour le participant que pour ses ayants droit, s'ils sont couverts par le contrat à adhésion facultative « Extension famille ».

L'affiliation à la formule se fait au moment de la mise en place du contrat à adhésion obligatoire « Socle » dans l'entreprise ou bien au 1^{er} janvier de l'année suivante, sous réserve d'en faire la demande avant le 31 octobre de l'année en cours.

13.3. Modification - Résiliation

Si le contrat le permet, le participant a la possibilité de changer de formule de prestations à la hausse ou à la baisse au 1^{er} janvier de chaque année sous réserve d'en faire la demande au moins 2 mois avant la fin de l'année civile, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec avis de réception.

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

La condition de deux années n'est pas requise en cas de changement de situation de famille (mariage, divorce, PACS, concubinage, naissance ou adoption d'un enfant, décès du conjoint, concubin, partenaire pacs etc.).

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 (sauf en cas de naissance ou adoption pour lesquels les garanties s'appliquent immédiatement).

L'affiliation 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, dans le cadre du contrat à adhésion facultative « Surcomplémentaire » peut dénoncer son affiliation :

- 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 de 1 an minimum d'affiliation. Dans ce cas, la dénonciation prend effet 1 mois après la réception de la demande par l'Organisme assureur ;
- en cas de modification des garanties, le participant peut renoncer aux garanties dans un délai de 1 mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information par l'employeur.

La notification de la dénonciation de l'affiliation ou de la renonciation peut être effectuée, au choix :

- par lettre 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 dénonciation peut s'effectuer par le même mode de communication ;
- par tout autre moyen prévu par le contrat.

Le destinataire attestera par écrit la réception de la notification du participant.

Dans l'éventualité où le participant dénonce son affiliation au contrat collectif à adhésion facultative « Surcomplémentaire », **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 :

- mariage/divorce, pacte civil de solidarité, mise en concubinage ou décès ;
- changement de situation professionnelle du conjoint entraînant l'adhésion ou la perte de qualité d'assuré à un contrat groupe obligatoire ;
- changement de la situation d'un enfant ne justifiant plus sa prise en charge ;
- naissance / adoption.

La résiliation du contrat collectif à adhésion obligatoire « Socle » entraîne automatiquement la résiliation du contrat collectif à adhésion facultative « Surcomplémentaire ».

14. Contrat « Extension famille »

14.1. Principe

L'extension famille permet au participant couvert dans le cadre du contrat collectif à adhésion obligatoire « Socle » de couvrir le reste de sa famille (conjoint et/ou enfant(s)) sur les garanties identiques aux siennes.

La souscription de cette extension se fait :

- au moment de la mise en place du contrat collectif à adhésion obligatoire « Socle » dans l'entreprise ;
- au 1^{er} janvier de l'année suivante, sous réserve d'en faire la demande avant le 31 octobre de l'année en cours ;
- dans les 3 mois suivant la date d'effet du contrat « Extension famille » au sein de l'entreprise ;
- dans le mois suivant le changement de situation de famille.

Il n'est pas possible pour le participant de prendre cette extension famille lorsque son contrat de travail est rompu (prolongations de garanties ou portabilité des droits).

Les garanties prennent effet, au plus tôt, le 1^{er} jour du mois civil suivant la date de réception du bulletin individuel d'affiliation par l'Organisme assureur ou à la date d'effet demandée si postérieure.

L'adhésion se renouvelle automatiquement au 1^{er} janvier de l'année suivante.

14.2. Garanties

Les garanties des ayants droit tels que définis au lexique sont strictement identiques à celles du participant.

14.3. Résiliation

Le participant peut dénoncer l'affiliation des ayants droit :

- 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 de 1 an minimum d'adhésion. Dans ce cas, la résiliation prend effet 1 mois après la réception de la demande de résiliation par l'Organisme assureur ;
- en cas de modification des garanties, le participant peut renoncer aux garanties dans un délai de 1 mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information par l'employeur.

La notification de la dénonciation de l'affiliation ou de la renonciation peut être effectuée, au choix :

- par lettre 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 dénonciation peut s'effectuer par le même mode de communication ;
- par tout autre moyen prévu par le contrat.

Le destinataire attestera par écrit la réception de la notification du participant.

Dans l'éventualité où le participant dénonce le contrat collectif à adhésion facultative « Extension famille », **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 :

- mariage/divorce, pacte civil de solidarité, mise en concubinage ou décès ;
- changement de situation professionnelle du conjoint entraînant l'adhésion ou la perte de qualité d'assuré à un contrat groupe obligatoire ;
- changement de la situation d'un enfant ne justifiant plus sa prise en charge ;
- naissance / adoption.

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 (sauf en cas de naissance ou adoption pour lesquels les garanties s'appliquent immédiatement).

La résiliation du contrat collectif à adhésion obligatoire « Socle » entraîne automatiquement la résiliation du contrat collectif à adhésion facultative « Extension famille ».

15. Renonciation aux contrats d'assurances collectifs à adhésion facultative

Dans le cadre des contrats collectifs à adhésion facultative « Extension famille » et/ou « Surcomplémentaire », le participant a la faculté de 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'affiliation a pris effet. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

La renonciation entraîne le remboursement intégral de la cotisation versée dans les 30 jours suivant la date de réception par l'Organisme assureur du courrier recommandé. Toutefois, si des prestations ont été versées, le participant et les bénéficiaires devront les restituer intégralement, préalablement à la restitution des cotisations.

Modèle de rédaction destiné à faciliter l'exercice du droit de renonciation :

« Je soussigné(e) (nom, prénom)....., demeurant (adresse complète)..... déclare renoncer à l'affiliation au contrat collectif à adhésion facultative (frais de santé) n°....., ayant pris effet le conformément aux dispositions de l'article 15 « renonciation aux contrats d'assurances collectifs à adhésion facultative ».

16. Fait générateur

Le montant des prestations mentionné aux conditions particulières de chaque contrat souscrit, est déterminé acte par acte, et exprimé soit « y compris le remboursement de la Sécurité sociale » soit « en complément du remboursement de la Sécurité sociale ».

Les garanties prises en compte par l'Organisme assureur pour le calcul de ces remboursements sont celles en vigueur à la date des soins. La date des soins est celle retenue par la Sécurité sociale ou celle de facturation pour les actes non pris en charge par cet organisme.

Les frais doivent avoir été engagés pendant la période de garantie et les demandes de prestations doivent être adressées à l'Organisme assureur dans un délai de 2 ans à compter de la date des soins tel que prévu à l'article 24 « Prescription ».

17. Indus

Le bénéficiaire reste redevable des sommes perçues à tort. À titre d'exemple, lorsqu'il a perçu des remboursements de frais engagés en dehors de la période de garantie ou en cas de fraude, 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.

En cas de paiement indu effectué par l'Organisme assureur au professionnel de santé, l'Organisme assureur pourra également agir auprès de celui-ci afin d'obtenir le remboursement.

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

18. Montant des remboursements

La nature des garanties et le niveau de leur remboursement sont précisés dans le tableau des garanties qui complète cette notice.

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 pour les lunettes ou sauf s'il en est disposé autrement sur le tableau des garanties.

Les remboursements, ajoutés à ceux dont le participant ou sa famille a bénéficié de la part de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme complémentaire, ne peuvent excéder le montant des dépenses engagées.

Les garanties de même nature que le participant a contractées auprès de plusieurs organismes produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir le remboursement en s'adressant à l'organisme de son choix.

En aucun cas l'Organisme assureur ne peut prendre en charge des dépassements d'honoraires ne faisant pas l'objet d'une déclaration à la Sécurité sociale.

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

19. Détail des prestations

19.1. Justificatifs

Les justificatifs qui seront adressés à l'Organisme assureur devront être des documents originaux (dans leur version papier adressée par voie postale ou dans leur version électronique issue du site Ameli). Le participant peut envoyer ses justificatifs par voie postale ou par voie électronique (uniquement pour les justificatifs de prestations).

La liste des pièces justificatives figure en Annexe 1.

En tout état de cause, l'Organisme assureur pourra demander toute pièce utile au remboursement des prestations.

Certains soins doivent avoir fait l'objet d'un devis préalable pour être remboursés de la part de l'Organisme assureur.

Pour connaître les soins concernés, il convient également de se reporter au tableau de garanties.

19.2. Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Les honoraires de médecins feront l'objet de remboursements différenciés selon qu'ils sont ou pas signataires d'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, tels que l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) ou l'OPTAM CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique).

19.3. Prise en charge du ticket modérateur

La prise en charge du ticket modérateur se fait sur les consultations et actes réalisés par les professionnels de santé, dès lors qu'il y a eu une prise en charge par la Sécurité sociale et déduction faite des prises en charge opérées par les assurances complémentaires qui interviennent avant la garantie prévue au contrat.

19.4. Détails

1. Soins médicaux

HONORAIRES MÉDICAUX

Pour un meilleur remboursement, le bénéficiaire, dans son intérêt, est invité à respecter le parcours de soins et à choisir un médecin spécialiste ayant signé le contrat sur le dispositif de pratique tarifaire maitrisée.

Le remboursement des médecins non conventionnés se fera sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

MÉDICAMENT

Pas de remboursement de pharmacie prescrite mais non remboursée par la Sécurité sociale, à l'exception de la contraception prescrite non remboursée par la Sécurité sociale, laquelle bénéficie d'un forfait annuel en euros.

FRAIS DE TRANSPORT

Il s'agit de tout transport remboursé par la Sécurité sociale (ambulance, véhicule sanitaire léger, taxi agréé) hors Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation SMUR.

MATÉRIEL MÉDICAL

Grand appareillage : il s'agit par exemple de fauteuils roulants, de lits médicalisés etc.

Petit appareillage : il s'agit par exemple de semelles orthopédiques, de bas de contention, de béquilles, de prothèses de jambe, de prothèses mammaires ou capillaires etc.

Dans les deux cas, la prestation est remboursée sur la base d'un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

2. Hospitalisation

Il est nécessaire d'adresser à l'Organisme assureur une facture détaillée et acquittée faisant apparaître la nature des actes et des prestations.

Pour pouvoir être indemnisé, le séjour doit donner lieu en outre à facturation du forfait journalier (sauf dans le cas de l'hospitalisation à domicile).

HONORAIRES

Quand un dépassement d'honoraires n'apparaît pas sur la facture hospitalière, il est nécessaire d'adresser le reçu d'honoraires du praticien à l'Organisme assureur.

Le remboursement des médecins non conventionnés se fera sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Cela concerne la prise en charge de l'intégralité du forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers de santé ainsi que les maisons de convalescence.

FRAIS DE SÉJOUR NON CONVENTIONNÉS

Les frais de séjour dans des établissements non conventionnés sont remboursés **dans la limite du ticket modérateur, soit 100 % de la base de remboursement Sécurité sociale (BR) moins le remboursement de la Sécurité sociale.**

PARTICIPATION FORFAITAIRE ACTES LOURDS

La participation forfaitaire (qui s'applique aux actes et frais dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60) est prise en charge.

CHAMBRE PARTICULIÈRE (Y COMPRIS MATERNITE)

La prestation (hospitalisation ou ambulatoire) est un forfait qui s'entend par jour dans la limite des frais engagés par bénéficiaire.

LIT D'ACCOMPAGNEMENT

La nuitée à l'hôpital ou en clinique comprend le lit d'accompagnement et le repas du soir.

La prestation s'entend par jour dans la double limite des frais engagés par bénéficiaire mais aussi de 15 jours par an.

3. Optique

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 le participant : 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 dans la limite de ces forfaits pour chaque composante.

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

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

| |
|--|
| VERRES SIMPLES <ul style="list-style-type: none">- verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries ;- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries. |
| VERRES COMPLEXES <ul style="list-style-type: none">- verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries ;- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;- verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries ;- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries. |
| VERRES TRÈS COMPLEXES <ul style="list-style-type: none">- verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries ;- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;*- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries. |

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

Délais de renouvellement

La périodicité de renouvellement de l'équipement est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'Organisme assureur, depuis le 1^{er} janvier 2018.

| Bénéficiaires concernés | Bénéficiaires de 16 ans et plus | Bénéficiaires de moins de 16 ans |
|---|--|---|
| Périodicité de renouvellement de droit commun | 2 ans suivant la dernière facturation | - 1 an suivant la dernière facturation ; - 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage. |

| Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue | | |
|--|--|---|
| Périodicité de renouvellement dérogoatoire | 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 dérogoatoire | <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 dérogoatoire | aucun délai de renouvellement des verres. | |
| Cas d'application de la périodicité dérogoatoire | 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. | |

LENTILLES

Seules les lentilles prises en charge par la Sécurité sociale sont remboursées, sur la base d'un pourcentage de la base de remboursement et **d'un forfait qui s'apprécie par an et par bénéficiaire.**

Les produits d'entretien ne sont pas pris en charge sauf mention contraire figurant dans le barème de garantie.

CHIRURGIE REFRACTIVE DE L'OEIL

La prestation s'entend par œil et par bénéficiaire.

Elle ne concerne que les restes à charge sur des actes chirurgicaux de ce type, dans la limite d'un forfait par an et par bénéficiaire.

4. Dentaire

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 modérés**, remboursé sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation et les garanties prévues dans le tableau de garanties ;
- un panier aux **tarifs libres**, permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués, remboursé dans la limite des garanties prévues dans le tableau de garanties.

Pour tous les travaux dentaires correspondants aux paniers modérés et/ libre, le bénéficiaire doit demander un devis préalable.

Chaque devis fera l'objet d'une analyse veillant au respect d'une bonne adéquation entre la prestation réalisée et les frais engagés.

ORTHODONTIE PRISE EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE

La participation est versée à la fin de chaque semestre de traitement (dit semestre actif) ou à la fin de l'année de contention.

Pour obtenir le remboursement, il est nécessaire de nous adresser une note d'honoraires détaillée précisant quel est le semestre de traitement concerné (1^{er}, 2^e, 3^e ou 4^e) et les dates de début et de fin de semestre ou de l'année de contention.

ORTHODONTIE NON PRISE EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE

La participation de l'Organisme assureur est versée à la fin de chaque semestre de traitement (dit semestre actif) ou à la fin de l'année de contention.

Pour ces traitements non pris en charge ou partiellement par la Sécurité sociale, l'intervention de l'Organisme assureur est limitée à un forfait annuel en euros dont le montant figure sur le tableau de garantie et qui s'apprécie par semestre et par bénéficiaire, dans la limite de 4 semestres maximum. Ainsi, ne seront pas pris en charge les semestres au-delà du 4^e, correspondants à :

- la poursuite d'un traitement, et ce indépendamment du changement d'orthodontiste (quand bien même pour lui ce serait le 1^{er} semestre) ;
- un nouveau traitement faisant suite à un premier traitement non adapté.

Et cela que tout ou partie des 4 premiers semestres aient été pris en charge par l'Organisme assureur ou un assureur antérieur.

Pour les travaux de maintien, l'intervention de l'Organisme assureur est limitée à une année de contention.

Pour obtenir le remboursement, il est nécessaire de nous adresser une note d'honoraires détaillée précisant quel est le semestre de traitement concerné (1er, 2e, 3e ou 4e) et les dates de début et de fin de semestre ou de l'année de contention.

PARODOTOLOGIE NON PRISE EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE

La participation de l'Organisme assureur est limitée à un forfait annuel exprimé en euros par bénéficiaire.

IMPLANTOLOGIE

La prestation d'implantologie est prise en charge dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros par année civile et par bénéficiaire.

Elle concerne exclusivement l'implant : les frais annexes (piliers sur implant, faux moignons, scanner en 3D, frais de salle) ne sont pas couverts au titre de cette garantie.

Il conviendra d'envoyer l'ensemble des justificatifs des traitements.

5. Aides auditives

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

6. Kit confort

SÉANCES

Seules des séances de professionnels reconnus et diplômés pourront faire l'objet d'une participation, sous réserve que le professionnel soit listé dans le tableau de garanties.

Les documents justificatifs servant de base au remboursement devront faire apparaître les qualités citées ci-avant. Un numéro ADELI ou RPPS est également obligatoire pour obtenir un remboursement sauf pour les étioopathes et acupuncteurs.

Ces séances seront prises en charge dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros par séance et par bénéficiaire, **avec un plafond annuel de séances valable pour l'ensemble de ces professionnels.**

ALLOCATION MATERNITÉ

Si la prestation est prévue dans le tableau des garanties, cette allocation est payée autant de fois qu'il y a de naissances. Elle est payée aussi en cas d'adoption.

Il convient de nous adresser une copie du livret de famille, un acte de naissance ou un jugement d'adoption plénier.

ACTES DE PRÉVENTION

Les garanties prennent en charge 100 % de la base de remboursement des prestations suivantes liées à la prévention et dont la liste a été établie par arrêté du 8 juin 2006, sous réserve du respect du parcours de soins :

1. Scellement des puits, sillons et fissures aux enfants de moins de 14 ans
2. Un détartrage annuel complet
3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit
4. Dépistage de l'hépatite B
5. Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans
6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'Assurance Maladie obligatoire
7. Les vaccinations suivantes :
 - a) DTP : tous âges ;
 - b) Coqueluche : avant 14 ans ;
 - c) Hépatite B : avant 14 ans ;
 - d) BCG : avant 6 ans ;
 - e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant;
 - f) Haemophilus influenzae B ;
 - g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

20. Délais et modalités de règlement des prestations

L'Organisme assureur règle ses prestations frais de santé par virement sur le compte bancaire du participant, dans un délai moyen de 8 jours après réception de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au règlement, délais de poste et bancaire non compris.

Ce délai est donné à titre indicatif et ne saurait en aucun cas engager la responsabilité de l'Organisme assureur.

21. Contrat responsable

Les prestations de l'Organisme assureur sont fournies dans les conditions prévues par l'article L. 871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale afférentes au contrat dit « responsable ».

Dans le cadre du contrat « Socle » celui-ci respecte en outre les critères de la couverture minimale prévus aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même code.

Il prévoit 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 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.

Les garanties du contrat d'assurance seront automatiquement adaptées en cas de modification des prescriptions liées au contrat responsable.

De plus, l'Organisme assureur s'engage 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.

22. Exclusions

Tous les risques sont couverts dans la limite des garanties.

Néanmoins, ne donnent entre autres pas lieu à remboursement :

- les frais non remboursés par la Sécurité sociale, tels que certaines prothèses dentaires provisoires, cures de sommeil, d'amaigrissement, de rajeunissement 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 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.

Enfin, dans le cadre de l'hospitalisation et de l'allocation maternité, sont exclus (sauf dispositions contraires prévues au tableau de garanties) 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 ;
- le forfait journalier résultant d'une admission en secteur « long séjour » au sens de la Sécurité sociale.

Le fait que l'Organisme assureur ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de sa prévaloir de ces exclusions.

PARTIE IV DISPOSITIONS DIVERSES

23. Communication par voie électronique

Conformément aux dispositions des articles 1366 et 1367 du Code civil, les courriels et les documents électroniques échangés entre l'adhérent / le participant et l'Organisme assureur 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 le participant 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.

24. Prescription

Les actions relatives aux contrats sont prescrites dans un délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Organisme assureur en a 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 ignorée jusque-là.

Lorsque l'adhérent, le participant ou le bénéficiaire intente une action en justice à l'encontre de l'Organisme assureur 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 l'encontre de l'adhérent, du participant ou du bénéficiaire ou a été indemnisé par l'adhérent, le participant ou le bénéficiaire.

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

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait prévue à l'article 2240 du Code civil ;
- la demande en justice, même en référé, prévue des articles 2241 à 2243 de ce même code ;
- un acte d'exécution forcée prévu des articles 2244 à 2246 de ce même code.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec avis de réception soit que l'Organisme assureur adresse à l'adhérent ou au participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit que le participant ou les bénéficiaires adresse(nt) à l'Organisme assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

25. Contrôle médical

L'Organisme assureur peut effectuer un contrôle pour tout bénéficiaire demandant des prestations au titre des garanties du contrat, avant ou après le paiement des prestations.

L'Organisme assureur peut avoir recours à une expertise médicale effectuée par un professionnel de santé de son choix, dont les honoraires sont à sa charge.

Lors du contrôle médical, le bénéficiaire a la faculté de se faire assister par le médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant.

Si le bénéficiaire refuse de se soumettre à cette expertise, les actes, prescriptions et généralement toutes dépenses faisant l'objet de la demande d'expertise ne donneront pas lieu à prise en charge ou feront l'objet d'une restitution des sommes indûment versées.

En cas de contestation des conclusions de l'expertise, le bénéficiaire devra adresser au médecin conseil ou dentiste consultant de l'Organisme assureur, dans les 30 jours suivants 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 du participant, sur requête de la partie la plus diligente.

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

En fonction des conclusions, l'Organisme assureur pourra ne pas assurer la prise en charge ou réclamer la restitution des sommes indûment versées.

26. Recours contre tiers responsable

En cas d'accident, l'Organisme assureur est subrogée de plein droit dans les actions à entreprendre contre le tiers responsable dans la limite des prestations qu'elle a versées à un participant, à un ayant droit ou à un professionnel de santé.

27. 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.

28. 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 l'Organisme assureur se réserve la possibilité de vérifier les données communiquées.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent, l'Organisme assureur pourra 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 à l'Organisme assureur.

En cas de fausse déclaration, l'Organisme assureur n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à des soins réels.

29. Réclamations - Médiation

29.1. Réclamations

Toutes les réclamations relatives au contrat devront être envoyées à l'adresse de l'Organisme assureur figurant en Annexe 3.

29.2. Détails

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 :

**Monsieur le 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/>.

30. Protection des données à caractère personnel

Dans le cadre de la relation contractuelle qui lie l'Organisme assureur et l'employeur, des données personnelles concernant le participant et les bénéficiaires sont collectées par les Organisme assureurs en tant que responsables de traitement au titre de leurs missions respectives.

Toutes les données sont obligatoires sauf celles identifiées comme facultatives. En effet, les données obligatoires sont nécessaires à la conclusion du contrat ou au respect de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. À défaut de fourniture des données obligatoires, l'Organisme assureur sera dans l'impossibilité de traiter vos demandes.

Les finalités de la collecte des données personnelles du participant et des bénéficiaires

Dans le cadre de l'exécution du contrat d'assurance, les données personnelles collectées par l'Organisme assureur vont permettre:

- l'étude des besoins spécifiques du participant nécessaire à la passation des contrats d'assurance afin de lui proposer des contrats adaptés ;
- la tarification, l'émission des documents précontractuels, contractuels et comptables, l'encaissement des primes ou cotisations et leur répartition éventuelle entre Apicil Prévoyance, KLESIA Prévoyance, et Malakoff Humanis Prévoyance et les réassureurs, le commissionnement, la surveillance des risques, et les autres opérations techniques nécessaires à la gestion des contrats d'assurance ;
- la gestion des prestations et la gestion des sinistres pour l'exécution des contrats d'assurance ;
- l'élaboration de statistiques et études actuarielles ;
- l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ;
- la gestion des demandes liées à l'exercice des droits du participant et des bénéficiaires.

Les données personnelles du participant et des bénéficiaires sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur.

Dans ce cadre et pour répondre à leurs obligations légales, l'organisme assureur met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.

Les différents traitements opérés par l'Organisme assureur sont basés sur l'intérêt légitime afin d'apporter au participant les meilleurs produits et services, de continuer à améliorer leur qualité et de mieux connaître le participant pour personnaliser les contenus et les services proposés et les adapter à ses besoins. Ils correspondent à :

- la mise en place d'actions de prévention ;
- la gestion de la relation commerciale notamment par le biais d'actions telles qu'un programme de fidélisation, des enquêtes de satisfaction, des sondages, des jeux concours ou des tests produits ou services ;
- la lutte contre la fraude à l'assurance et les impayés, le cas échéant, l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par l'Organisme assureur.
- la prospection commerciale pour les produits et services de l'Organisme assureur analogues ou complémentaires à ceux souscrits.

Le traitement des données de santé du participant et des bénéficiaires

Dans le cas où le traitement des données de santé du participant et des bénéficiaires par l'Organisme assureur est soumis au consentement du participant et des bénéficiaires, la conclusion du contrat d'assurance vaut recueil du consentement pour le traitement des données de santé à des fins de gestion du contrat et de lutte contre la fraude. Pour tout autre service nécessitant le traitement des données de santé du participant et des bénéficiaires, un consentement spécifique est recueilli. Dans tous les cas, les données de santé du participant et des bénéficiaires sont traitées en toute confidentialité et sont exclusivement destinées aux médecins conseils de l'Organisme assureur et leurs services médicaux ainsi qu'aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement.

Les décisions automatisées et le profilage

Dans certains cas, l'Organisme assureur pourra être amenée à mettre en œuvre des décisions automatisées ou des traitements de profilage fondés sur l'analyse des données du participant et des bénéficiaires. Dans chaque cas, l'Organisme assureur informera le participant et les bénéficiaires spécifiquement et leur permettra de contester une décision automatisée prise à leur égard.

Les destinataires des données personnelles du participant et des bénéficiaires

Dans le cadre des traitements de l'Organisme assureur, les données du participant et des bénéficiaires peuvent être transmises à différents destinataires listés en Annexe 2.

Le transfert des données personnelles du participant et des bénéficiaires hors de l'Union Européenne

L'Organisme assureur peut être amené à traiter les données personnelles en France ou au sein de l'Union européenne (UE). Néanmoins, si un transfert de données, vers des pays en dehors de l'UE non reconnus par la Commission Européenne comme ayant un niveau de protection adéquat devait être envisagé, l'Organisme assureur informera spécifiquement le participant et les bénéficiaires en précisant les garanties mises en place permettant la protection des données personnelles du participant et des bénéficiaires.

Les durées de conservation des données personnelles du participant et des bénéficiaires

Les données personnelles du participant 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 durées de conservation varient en fonction des finalités et sont détaillées en Annexe 2.

Les droits du participant et des bénéficiaires

Le participant et les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès aux données traitées, de rectification, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement, à la portabilité de leurs données.

Le droit à la portabilité permet la transmission des données à la personne concernée elle-même ou directement à un autre responsable de traitement de son choix. Ce droit ne concerne que le cas où les données personnelles sont fournies par le participant et les bénéficiaires et traitées sur la base de leur consentement ou de l'exécution d'un contrat.

Le participant et les bénéficiaires peuvent également s'opposer, à tout moment, à un traitement de leurs données :

- pour des raisons tenant à leur situation particulière ;
- lorsque leurs données sont traitées à des fins de prospection, sans avoir à se justifier.

De plus, si le participant ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale dans le cadre de démarchage téléphonique, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL. Pour plus d'informations, le participant peut consulter le site www.bloctel.gouv.fr.

Par ailleurs, le participant a la possibilité :

- de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont il entend que soient exercés ces droits, après son décès ;
- de retirer son consentement si le traitement de ses données repose uniquement sur celui-ci.

Enfin, le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la CNIL via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exerce auprès de l'organismes assureur.

L'exercice des droits du participant et des bénéficiaires

Ces droits peuvent être exercés par le participant et les bénéficiaires en justifiant de leur identité et en précisant le droit qu'ils souhaitent exercer. Pour toute information ou exercice de ces droits relatifs aux traitements de leurs données personnelles, ils peuvent contacter le Délégué à la Protection des Données (DPO) dont les coordonnées figurent en Annexe 3.

Le participant et les bénéficiaires disposent également d'une possibilité d'établir une réclamation relative à la protection de leurs données auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante :

3 Place de Fontenoy – TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou <https://www.cnil.fr/fr/agir>

ANNEXE 1 LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES

Pièces nécessaires à l'affiliation

Dans le cadre du contrat collectif à adhésion obligatoire « Socle »

| Type de bénéficiaire | Pièces à fournir |
|----------------------|---|
| Participant | <ul style="list-style-type: none">un relevé d'identité bancaire (RIB) pour le versement de vos prestations (NB. un seul RIB par famille).la photocopie de l'attestation carte vitale délivrée par la Sécurité sociale. |

Dans le cadre des contrats collectifs à adhésion facultative « Extension famille » et « Surcomplémentaire »

| Type de bénéficiaire | Pièces à fournir |
|---|--|
| Participant | <ul style="list-style-type: none">un mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé pour le règlement des cotisations y afférent (si ce mode de paiement est retenu par le participant). |
| Ensemble des bénéficiaires | <ul style="list-style-type: none">la photocopie de l'attestation carte vitale délivrée par la Sécurité sociale. |
| Partenaires de pacs et concubins | <ul style="list-style-type: none">une déclaration sur l'honneur signée des deux partenaires ou concubins. |
| Pour les enfants à charge qui ne figurent pas sur l'attestation carte vitale du participant ou de son conjoint : | <ul style="list-style-type: none">une attestation sur l'honneur complétée, datée et signée, précisant qu'ils sont bien fiscalement à charge au sens du(des) contrat(s) ; Le cas échéant, une copie :<ul style="list-style-type: none">du certificat de scolarité de l'année en cours (à renouveler chaque année) ;du contrat d'apprentissage ou d'alternance. |

Pièces nécessaires au paiement des prestations

Sous réserve que les garanties soient souscrites, le paiement des prestations est subordonné à la réception des pièces justificatives suivantes :

| Traitement par Noémie | Justificatifs à fournir |
|---|---|
| Hospitalisation | <ul style="list-style-type: none">facture acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés. |
| Soins courants | <ul style="list-style-type: none">aucun document. |
| Optique | <ul style="list-style-type: none">facture détaillée et acquittée accompagnée de la prescription médicale ;en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue, la prescription initiale modifiée par l'opticien ayant adapté la vue. |
| Dentaire | <ul style="list-style-type: none">facture acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés. |
| Aide auditive | <ul style="list-style-type: none">facture détaillée et acquittée accompagnée de la prescription médicale. |
| Maternité | <ul style="list-style-type: none">photocopie du livret de famille ou acte de naissance. |
| Adoption | <ul style="list-style-type: none">la copie du jugement d'adoption plénière. |
| Traitement hors Noémie | Justificatifs à fournir |
| Soins remboursés par la Sécurité sociale | <ul style="list-style-type: none">Décompte original de la Sécurité sociale complété le cas échéant des pièces ci-dessus ou le ticket modérateur. |
| Soins non remboursés par la Sécurité sociale | <ul style="list-style-type: none">Facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et rappelant selon le cas le numéro de SIRET, ADELI. |

L'Organisme assureur se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qu'il jugerait nécessaires y compris après paiement des prestations. Toute somme indûment versée sera réclamée par l'Organisme assureur.

ANNEXE 2 PROTECTION DES DONNÉES / BASE LÉGALE DE TRAITEMENT

| BASE LÉGALE DU TRAITEMENT | | |
|---|--|---|
| FINALITÉS | DURÉES DE CONSERVATION | DESTINATAIRES |
| EXÉCUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • l'étude de vos besoins spécifiques nécessaire à la passation des contrats d'assurance afin de vous proposer des contrats adaptés ; • la tarification, l'émission des documents pré contractuels, contractuels et comptables, l'encaissement des primes ou cotisations et leur répartition éventuelle entre les co-assureurs et les réassureurs, le commissionnement, la surveillance des risques, et les autres opérations techniques nécessaires à la gestion des contrats d'assurance ; • la gestion des prestations et la gestion des sinistres pour l'exécution des contrats d'assurance ; • l'élaboration de statistiques et études actuarielles ; • l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ; • la gestion des demandes liées à l'exercice de vos droits. | <p>5 ans à compter de la fin du contrat</p> | <ul style="list-style-type: none"> • les personnels chargés de la passation, la gestion et l'exécution des contrats ; • les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les partenaires ; • les prestataires ; • les sous-traitants, ou les entités des Groupes Malakoff Humanis, KLESIA et APICIL dans le cadre de l'exercice de leurs missions ; • les organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires ; • les co-assureurs et réassureurs ainsi que les organismes professionnels et les fonds de garanties ; • les personnes intervenant au contrat tels que les avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs et professionnels de santé, médecins-conseils et le personnel habilité ; • les organismes sociaux lorsque les régimes sociaux interviennent dans le règlement des sinistres ou lorsque les organismes d'assurances offrent des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux ; • les souscripteurs, les participants, les adhérents et les bénéficiaires des contrats et s'il y a lieu, leurs ayants droit et représentants ; • s'il y a lieu les bénéficiaires d'une cession ou d'une subrogation des droits relatifs au contrat ; • s'il y a lieu le responsable, les victimes et leurs mandataires ; les témoins, les tiers intéressés à l'exécution du contrat ; • s'il y a lieu les juridictions concernées, les arbitres, les médiateurs ; • les ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ; • les services chargés du contrôle tels que les commissaires aux comptes et les auditeurs ainsi que les services chargés du contrôle interne. |
| OBLIGATION LÉGALE, RÉGLEMENTAIRE ET ADMINISTRATIVE | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. | <p>Sous réserve de dispositions plus contraignantes (par exemple droit de communication de l'administration fiscale) :</p> <p>5 ans à compter de la clôture du compte ou de la cessation de la relation pour les données et documents relatifs à l'identité des clients.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • les personnes en relation avec la clientèle et les gestionnaires de contrat et de sinistre pour les clients dont ils ont la charge ; • les personnes habilitées à prendre la décision de nouer ou de maintenir une relation d'affaires avec une Personne Politiquement Exposée ; • les personnels habilités du (ou des) service(s) chargé(s) de la lutte contre le blanchiment ; • la cellule de renseignement financier Tracfin du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, la Direction générale du Trésor ; • les autorités de contrôle compétentes ; • les autorités de contrôle compétentes d'autres états habilitées. |

BASE LÉGALE DU TRAITEMENT

| FINALITÉS | DURÉES DE CONSERVATION | DESTINATAIRES |
|--|---|---|
| INTÉRÊT LÉGITIME DU RESPONSABLE DE TRAITEMENT | | |
| <ul style="list-style-type: none"> la mise en place d'actions de prévention | <p>Le temps strictement nécessaire à la réalisation des actions.</p> | <ul style="list-style-type: none"> les personnels habilités des Groupes Malakoff Humanis, KLESIA et APICIL ; les sous-traitants, ou les entités des Groupes Malakoff Humanis, KLESIA et APICIL dans le cadre de l'exercice de leurs missions. |
| <ul style="list-style-type: none"> la gestion de notre relation commerciale | <p>Pour les clients :</p> <p>3 ans à compter de la fin de la relation commerciale.</p> <p>Pour les prospects (en l'absence de relation contractuelle) :</p> <p>3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect</p> | <ul style="list-style-type: none"> les personnes chargées du service marketing, du service commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques ; les services chargés du contrôle ; les sous-traitants et les partenaires ; les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les médiateurs. |
| <ul style="list-style-type: none"> la lutte contre la fraude à l'assurance et, le cas échéant, l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités des Groupes Malakoff Humanis, KLESIA ou APICIL | <p>6 mois à compter de l'émission de l'alerte ;</p> <p>ou</p> <p>5 ans à compter de la clôture du dossier fraude ;</p> <p>ou</p> <p>2 ans à compter du terme de la procédure judiciaire.</p> <p>Concernant l'inscription sur liste de personnes présentant un risque fraude :</p> <p>5 ans à compter de l'inscription.</p> | <ul style="list-style-type: none"> les personnels en relation avec la clientèle et les gestionnaires de contrats et de sinistres ; les autres entités des Groupes Malakoff Humanis, KLESIA et APICIL dès lors qu'elles sont concernées par la fraude ou interviennent dans la gestion des dossiers ou de maîtrise du risque de fraude ; les personnels habilités en charge de la lutte contre la fraude, de la lutte anti-blanchiment et du contrôle interne ; les inspecteurs, enquêteurs, experts et auditeurs ; le personnel habilité de la direction générale, la direction juridique ou du service du contentieux pour la gestion des contentieux ; le personnel habilité des sous-traitants ; les autres organismes d'assurance ou intermédiaires intervenant dans le cadre de dossier présentant une fraude ; les organismes sociaux lorsque les régimes sociaux interviennent dans le règlement des sinistres ou lorsque les organismes d'assurances offrent des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux ; les organismes professionnels intervenant dans le cadre de dossiers présentant une fraude ; les auxiliaires de justice et officiers ministériels ; l'autorité judiciaire, médiateur, arbitre saisis d'un litige ; les organismes tiers autorisés par une disposition légale à obtenir la communication de données à caractère personnel relatives à des précontentieux, contentieux ou condamnations ; s'il y a lieu les victimes de fraudes ou leurs représentants. |
| <ul style="list-style-type: none"> la prospection commerciale pour les produits et services des Groupes Malakoff Humanis, KLESIA et APICIL analogues ou complémentaires à ceux que vous avez souscrits. | <p>Pour les clients :</p> <p>3 ans à compter de la fin de la relation commerciale</p> <p>Pour les prospects (en l'absence de relation contractuelle) :</p> <p>3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect</p> | <ul style="list-style-type: none"> les personnes habilitées des services marketing et commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques ; les services chargés du contrôle ; les sous-traitants, les partenaires, les sociétés extérieures ; les entités des Groupes Malakoff Humanis, KLESIA et APICIL ; les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les arbitres, les médiateurs. |

BASE LÉGALE DU TRAITEMENT

FINALITÉS

DURÉES DE CONSERVATION

DESTINATAIRES

CONSENTEMENT

| | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> la prospection commerciale. | <p>Suppression à tout moment en cas de retrait de votre consentement.</p> <p>En l'absence du retrait du consentement :</p> <p>Pour les clients :</p> <p>3 ans à compter de la fin de la relation commerciale</p> <p>Pour les prospects :</p> <p>3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect</p> | <ul style="list-style-type: none"> les personnes habilitées des services marketing et commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques ; les services chargés du contrôle ; les sous-traitants, les partenaires, les sociétés extérieures ; les entités des Groupes Malakoff Humanis, KLESIA et APICIL ; les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les médiateurs. |
|---|--|---|

ANNEXE 3 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