

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES INDUSTRIES ET DU COMMERCE DE LA RECUPERATION

CONDITIONS GENERALES

« REGIME FRAIS DE SANTE »

(Référéncées CG-CCN Récupération-santé- janvier 2020)

SOMMAIRE

PREMIERE PARTIE	4
DISPOSITIONS INTRODUCTIVES	4
ARTICLE 1 - OBJET ET ARCHITECTURE DES CONTRATS	4
ARTICLE 2 – ADHESION	5
DEUXIEME PARTIE CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE	6
ARTICLE 3 - OBJET DU CONTRAT	6
ARTICLE 4 - DUREE DU CONTRAT D'ADHESION - RENOUELEMENT	6
ARTICLE 5 - CONDITIONS D’AFFILIATION DES PARTICIPANTS	6
ARTICLE 6 - BENEFICIAIRES	8
ARTICLE 7 – ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE – SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN	10
ARTICLE 8 –CESSATION DE L’AFFILIATION DES PARTICIPANTS	12
ARTICLE 9 – MAINTIEN DES GARANTIES SANTE DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE	12
ARTICLE 10 - ASSIETTE ET MONTANT DES COTISATIONS DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE	15
ARTICLE 11 - PAIEMENT DES COTISATIONS DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE	15
ARTICLE 12 - REVISION DES COTISATIONS ET/OU DES GARANTIES DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE	16
ARTICLE 13 - RESILIATION DU CONTRAT D’ADHESION AU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE	16
TROISIEME PARTIE CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF	17
ARTICLE 14 - OBJET DU CONTRAT	17
ARTICLE 15 - DUREE DU CONTRAT D'ADHESION - RENOUELEMENT	17
ARTICLE 16 – PERSONNES COUVERTES AU TITRE DU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF	17
ARTICLE 17 - CONDITIONS D’AFFILIATION DES PARTICIPANTS	18
ARTICLE 18 – AFFILIATION DES MEMBRES DU PERSONNEL / ADHESION INDIVIDUELLE DES PERSONNES AU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF	20
ARTICLE 19 BENEFICIAIRES	21
ARTICLE 20 ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES DU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF	21
ARTICLE 21 DUREE ET RENOUELEMENT DE L’ADHESION INDIVIDUELLE DU PARTICIPANT (DANS LE CADRE D’UNE ADHESION COLLECTIVE FACULTATIVE) :	22
ARTICLE 22 – CESSATION DE L’AFFILIATION DES PARTICIPANTS (DANS LE CADRE D’UNE ADHESION COLLECTIVE OBLIGATOIRE)	23
ARTICLE 23 – DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL	23
ARTICLE 24 – MAINTIEN DU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF	24
ARTICLE 25 - ASSIETTE ET MONTANT DES COTISATIONS DU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF	25
ARTICLE 26 - PAIEMENT DES COTISATIONS DU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF	25
ARTICLE 27 REVISION DES COTISATIONS AFFERENTES AU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF	26
ARTICLE 28 - RESILIATION DU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF	26

QUATRIEME PARTIE DISPOSITIONS COMMUNES AUX DEUX CONTRATS	28
ARTICLE 29 – CHAMP D’APPLICATION	28
ARTICLE 30 - RECOURS - PRESCRIPTION	28
ARTICLE 31 - RECLAMATIONS – MEDIATION	29
ARTICLE 32 - CONTROLE DE L’INSTITUTION	29
ARTICLE 33 - DISPOSITIONS DIVERSES	29
CINQUIEME PARTIE DEFINITION DES GARANTIES	32
ARTICLE 34 – CHAMP D’APPLICATION	32
ARTICLE 35 – CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE	32
ARTICLE 36 - GARANTIES FRAIS DE SANTE	32
ARTICLE 37 DEGRE ELEVE DE SOLIDARITE	36
ARTICLE 38 – RISQUES EXCLUS	37
ARTICLE 39 - MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	37
POUR MIEUX SE COMPRENDRE	40
L’ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE	41

PREMIERE PARTIE

DISPOSITIONS INTRODUCTIVES

ARTICLE 1 - OBJET ET ARCHITECTURE DES CONTRATS

Les partenaires sociaux de la Convention collective nationale des Industries et du Commerce de la Récupération ont signé un accord paritaire national en date du 10 octobre 2019, instaurant un régime de Frais de santé au profit du personnel Non Cadre.

L'entreprise, ci-après dénommé « l'Adhérent » relevant de la Convention collective nationale des Industries et du Commerce de la Récupération, adhère au contrat d'assurance collective du régime frais de santé dénommée ci-après « contrat socle collectif obligatoire » et le cas échéant adhère au « contrat surcomplémentaire collectif ».

Ces contrats sont mis en œuvre par Malakoff Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est à PARIS (75009) 21 Rue Laffitte, ci-après dénommée « l'Institution » au profit du personnel Non Cadre.

Les présentes Conditions générales ont pour objet de définir les conditions d'adhésion des entreprises ainsi que des modalités d'affiliation du personnel assuré au contrat.

Elles organisent également la mise en place de l'extension facultative et individuelle des ayants droit des salariés.

Les Conditions Générales et les Contrats d'Adhésion associés ont pour objet d'instituer :

- une opération d'assurance à adhésion obligatoire à laquelle les membres du personnel de l'Adhérent appartenant à la catégorie assurée sont tenus de s'affilier, dénommée ci-après « contrat socle collectif obligatoire »,
- une opération d'assurance à adhésion obligatoire ou facultative offrant collectivement, et sous réserve de l'accord de l'Adhérent, des renforts complémentaires aux garanties du contrat socle collectif obligatoire, à laquelle les membres du personnel de l'Entreprise appartenant à la catégorie assurée peuvent ou doivent adhérer, dénommée ci-après « contrat surcomplémentaire collectif ».

Le contrat socle collectif obligatoire et, s'il a été souscrit, le contrat surcomplémentaire collectif prévoient donc, d'une part, des garanties de base obligatoires et, d'autre part, des garanties complémentaires.

Le contrat socle collectif obligatoire et, s'il est souscrit par l'Adhérent, le contrat surcomplémentaire collectif sont des contrats juridiquement distincts dont les souscriptions interviennent par la signature de contrats d'adhésion différents. La seule souscription du **contrat socle collectif obligatoire** n'emporte pas l'adhésion au contrat surcomplémentaire collectif, et la résiliation du contrat surcomplémentaire collectif n'emporte pas la résiliation du **contrat socle collectif obligatoire**. Les présentes conditions générales contiennent donc deux contrats différents.

La réunion, dans un même support (même *instrumentum*) des garanties de base obligatoires, offertes par le contrat socle collectif obligatoire et des garanties complémentaires, prévues par le contrat surcomplémentaire collectif, est instituée dans le but de renforcer l'information de l'Adhérent et des Participants et afin de faciliter la mise en œuvre d'une couverture globale adaptée aux besoins de chacun. Elle ne traduit nullement la volonté de l'Institution de soumettre l'ensemble de ces garanties à un même corps de règles légales et réglementaires, ni même de réunir, dans un même contrat, des garanties de natures différentes.

La souscription, la mise en œuvre et la disparition du contrat socle collectif obligatoire est régie par les dispositions des articles L. 932-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale et de l'article 2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 ainsi que par les différentes dispositions légales ou réglementaires applicables aux opérations d'assurances régies par ce dernier article.

La souscription, la mise en œuvre et la disparition du contrat surcomplémentaire collectif est régie par :

- les dispositions des articles L. 932-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale et de l'article 2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 ainsi que par les différentes dispositions légales ou réglementaires applicables aux opérations d'assurances régies par ce dernier article lorsque l'adhésion est obligatoire,
- par celles des articles L. 932-14 et suivants du Code de la Sécurité Sociale et de l'article 3 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 ainsi que par les différentes dispositions légales ou réglementaires applicables aux opérations d'assurance régies par ce dernier article lorsque l'adhésion est facultative.

Les garanties, qu'elles soient de « base obligatoire » ou « complémentaires », ont pour objet le remboursement des frais de santé.

Les garanties souscrites par l'Adhérent sont précisées au(x) Contrat(s) d'Adhésion.

Le présent contrat est régi par les dispositions du Code de la Sécurité Sociale.

ARTICLE 2 – ADHESION

Afin d'adhérer au(x) contrat(s), l'entreprise devra retourner à l'Institution le(s) contrat(s) d'adhésion, dûment rempli(s), daté(s) et signé(s).

L'adhésion est acquise à l'entreprise, ci-après dénommée « l'Adhérent » à la date d'effet indiquée au(x) contrat(s) d'adhésion contresigné(s) et retourné(s) à l'employeur et en tout état de cause à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

Le(s) contrat(s) susvisé(s) accompagné(s) des présentes Conditions Générales forme(nt) le(s) contrat(s) de l'Adhérent.

DEUXIEME PARTIE

CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE

ARTICLE 3 - OBJET DU CONTRAT

Les partenaires sociaux de la Convention collective nationale des Industries et du Commerce de la Récupération ont signé un accord paritaire national en date du 10 octobre 2019, instaurant un régime de Frais de santé au profit du personnel Non Cadre.

Le contrat socle collectif obligatoire a pour objet la souscription des garanties de base obligatoires dans les conditions définies à la présente partie des Conditions Générales, de l'article 4 à l'article 13 inclus.

ARTICLE 4 - DUREE DU CONTRAT D'ADHESION - RENOUELEMENT

Le contrat d'adhésion au contrat socle collectif obligatoire de l'employeur expire le 31 décembre de l'année de l'adhésion. Il se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties effectuée par lettre recommandée et moyennant le respect d'un préavis de deux mois.

La résiliation doit être adressée à l'Institution au plus tard le 31 octobre de l'année en cours par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec accusé de réception, le cachet de la poste ou la date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi recommandé électronique faisant foi. Elle ne prend effet qu'au 31 décembre de la même année.

La résiliation adressée à l'Institution après le 31 octobre est de nul effet. Le cas échéant, elle doit être renouvelée avant le 31 octobre de l'année suivante pour prendre effet au 31 décembre de cette même année.

La dénonciation de l'adhésion au contrat socle collectif obligatoire emporte nécessairement la dénonciation de l'adhésion au contrat surcomplémentaire collectif.

ARTICLE 5 - CONDITIONS D'AFFILIATION DES PARTICIPANTS

5.1 Obligations de l'Adhérent :

L'Adhérent devra obligatoirement :

1. Affilier l'ensemble de ses salariés Non Cadres, sous contrat de travail à la date d'effet du contrat d'adhésion ainsi que ceux embauchés ultérieurement, sous réserve des cas de dispenses d'affiliation mentionnés à l'article 5.1 de l'accord de prévoyance conventionnel.

On entend par salariés non cadres, le personnel ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres.

2. Veiller au paramétrage exhaustif de sa DSN (Déclaration Sociale Nominative) selon la fiche de paramétrage fournie par l'Institution pour son ou ses contrats de prévoyance complémentaire, si l'Adhérent entre dans le périmètre de la DSN (Déclaration Sociale Nominative).

3. Communiquer à l'Institution le Bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle visée ci-dessous dûment renseignée par chaque participant, si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par la DSN (Déclaration Sociale Nominative), dans un délai de trente jours suivant :
- soit la date d'effet du contrat d'adhésion,
 - soit la date de l'entrée du participant dans la catégorie assurée.

L'Adhérent peut communiquer à l'Institution, en lieu et place des Bulletins d'affiliation et d'adhésion individuelle susvisés, sur tout support de son choix dématérialisé ou non, une liste de toutes les personnes physiques travaillant pour le compte de l'Adhérent entrant dans la catégorie assurée, et comprenant notamment leurs nom, prénom, date de naissance et numéro de Sécurité sociale.

4. Déclarer à l'Institution tout salarié qui, au cours du contrat d'adhésion, entre dans la catégorie de salariés assurée.
5. Communiquer à l'Institution la liste des anciens salariés bénéficiant à la date d'effet du contrat d'adhésion, du maintien de leurs garanties frais de santé au titre de la portabilité des droits ou attester que ceux-ci restent couverts par l'ancien organisme assureur.
6. Déclarer à l'Institution tout salarié qui, au cours du contrat d'adhésion, quitte l'entreprise ou sort de la catégorie assurée notamment suite à un transfert dans une autre catégorie si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par la DSN (Déclaration Sociale Nominative). L'Adhérent précise la date et le motif du départ ou du transfert. Cette déclaration doit être effectuée dans les 30 jours du départ de l'entreprise ou du changement de catégorie.
7. Déclarer à l'Institution tout salarié dont le contrat de travail est suspendu et qui ne pourrait bénéficier du maintien de son affiliation en application de l'article 7 des présentes Conditions Générales.
8. Déclarer à l'Institution les participants dont le contrat de travail est suspendu pour une durée supérieure ou égale à un mois sans maintien de rémunération ou perception d'indemnités, qui souhaitent bénéficier du maintien des garanties visé à l'article 7 des présentes Conditions Générales.
9. Déclarer trimestriellement, à l'Institution, par le biais des appels de cotisations, l'effectif des salariés affiliés au présent contrat tant que ces informations ne sont pas transmises par l'Adhérent ni traitées par l'Institution par les flux DSN (Déclaration Sociale Nominative).
10. Communiquer annuellement à l'Institution, au plus tard le 31 janvier de l'année N + 1, un état nominatif annuel des salaires par voie dématérialisée. En coordination avec l'Institution, l'Adhérent peut choisir de remplir ses obligations déclaratives par la voie de la DSN (Déclaration Sociale Nominative).

5.2 Information des Participants

L'Adhérent reconnaît avoir été informé par l'Institution des obligations qui lui incombent en vertu des dispositions de l'article L 932-6 du Code de la Sécurité Sociale, en sa qualité de souscripteur du contrat.

Conformément à ces dispositions, l'Adhérent s'engage à remettre à chaque participant la notice d'information qui lui a été communiquée par l'Institution.

L'Adhérent s'engage à porter à la connaissance de chacun d'eux, par écrit, les modifications des garanties, notamment en leur remettant l'addenda modificatif de ladite notice ou la nouvelle notice d'information rédigée par l'Institution.

L'Adhérent est seul responsable à l'égard du participant en l'absence de remise de la notice d'information ou de l'addenda modificatif de celle-ci.

5.3 Affiliation des membres du personnel

Le contrat d'adhésion au contrat socle collectif obligatoire entraîne l'affiliation, à titre obligatoire, de chaque membre du personnel Non Cadre de l'Adhérent.

On entend par salariés non cadres, le personnel ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres.

Sont concernés les salariés en activité, les salariés en arrêt de travail pour maladie ou accident indemnisés par la Sécurité sociale, les salariés durant leur congé de maternité ou de paternité ainsi que les salariés en formation à l'extérieur de l'entreprise (projet de transition professionnelle (PTP)...))

Toutefois, conformément à l'article 5.1 de l'Accord de prévoyance, certains salariés ont la faculté de ne pas adhérer à la garantie frais de santé, sous réserve d'en faire expressément la demande auprès de l'Adhérent. A défaut de renonciation écrite exprimée par le salarié, celui-ci doit être obligatoirement affilié.

Les salariés ayant choisi d'être dispensés d'affiliation :

- doivent être affiliés au contrat socle collectif obligatoire dès qu'ils cessent de justifier de leur situation ou de remplir aux conditions posées à la dispense d'affiliation,
- peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur adhésion au contrat socle collectif obligatoire ; l'adhésion prendra effet le 1er jour du mois suivant la demande, et sera alors irrévocable.

Pour le présent contrat, chaque salarié ainsi affilié est appelé « participant ».

Lors de l'adhésion de l'entreprise ou de son entrée en fonction, chaque participant appartenant à la catégorie assurée renseigne et signe le Bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle établi par l'Institution sur support papier ou dématérialisé, si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par l'Adhérent par la DSN.

Il y précise notamment son état civil et, le cas échéant, celui de ses ayants droit.

Il appartient à l'Adhérent de s'assurer que l'Institution a bien eu connaissance, dans les conditions visées ci-dessus, de l'ensemble des membres du personnel ayant vocation à profiter des garanties.

Le défaut de déclaration, par l'Adhérent, d'un membre du personnel éligible aux présentes garanties emporte la seule responsabilité de l'Adhérent

ARTICLE 6 - BENEFICIAIRES

Le conjoint et les enfants à charge du participant tels que définis ci-dessous, peuvent être couverts par une extension facultative souscrite individuellement par chaque participant.

6.1 Définition des ayants droit

Définition du conjoint

Est considéré comme conjoint :

- le conjoint du participant marié, non séparé de corps judiciairement à la date de l'évènement donnant lieu à prestation,
- le partenaire lié au participant par un Pacte Civil de Solidarité (Pacs),
- le concubin du participant vivant maritalement sous le même toit, sous réserve que le concubin et le participant soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement, que le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus d'un an et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée d'un an est supprimée lorsqu'au moins un enfant est né de cette union, ou lorsque le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle.

Pour les couples travaillant dans l'entreprise, l'un des deux membres du couple peut être affilié en propre, l'autre pouvant l'être, dans ce cas, en tant qu'ayant droit.

Définition des enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge, indépendamment de la position fiscale, les enfants du participant, les enfants du participant qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou reconnus :

- jusqu'à leur 18^{ème} anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26^{ème} anniversaire sous condition, soit :
 - o de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED (Centre National d'Enseignement à Distance) ;
 - o d'être en apprentissage ;
 - o de poursuivre une formation professionnelle en alternance dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et d'autre part l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
 - o d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré :
 - inscrits auprès de Pôle Emploi comme demandeurs d'emploi,
 - ou stagiaires de la formation professionnelle,
 - o d'être employé dans un Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés,
- sans limitation d'âge lorsque l'enfant à charge du participant est reconnu avant son 26^{ème} anniversaire en invalidité équivalente à l'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité Sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'il bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé ou tant qu'il est titulaire de la carte d'invalidé civil ou la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité ».

6.2 Conditions d'affiliation et de modification des bénéficiaires

Le conjoint et les enfants à charge du participant tels que définis ci-dessus, peuvent être couverts par une extension facultative souscrite individuellement par chaque participant. En tout état de cause les garanties de l'extension facultative sont identiques aux garanties souscrites par le Participant au titre de son contrat socle collectif obligatoire et le cas échéant de son contrat surcomplémentaire collectif.

Le participant déclare à l'Adhérent et à l'Institution les ayants droit dont il entend assurer la couverture.

Cette déclaration a lieu à l'occasion de l'affiliation du participant. Toutefois, postérieurement à celle-ci, le participant peut affilier ou modifier les bénéficiaires au premier jour du mois suivant la date de réception par l'Institution de la demande d'extension familiale.

En tout état de cause le participant est tenu d'apporter les pièces justifiant sa situation et celle de ses ayants droit à l'Institution et de s'acquitter des cotisations afférentes.

Justificatifs à fournir

Le participant doit joindre avec le Bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle, selon sa situation :

- la copie du livret de famille,
- la copie du certificat de mariage,
- l'attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité,
- l'attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux concubins et la photocopie du dernier avis d'imposition,

- pour les enfants à charge selon leur situation :
 - le certificat de scolarité,
 - la copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
 - la copie de la carte d'invalidité ou la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité »,
 - l'attestation d'inscription au Pôle Emploi,
 - la copie du dernier bulletin de salaire.

Outre ces justificatifs, le Bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle doit être accompagné de la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale ou de la carte d'assuré au régime de Sécurité sociale obligatoire en vigueur à la date d'affiliation, pour tous les bénéficiaires ayant leur propre numéro.

L'Institution se réserve le droit de demander au participant toutes autres pièces justificatives.

Le participant s'engage à informer à l'Institution de toute modification de sa situation ou celle de l'un de ses ayants droit ne permettant plus à ce dernier d'avoir la qualité de bénéficiaire.

6.3 Cessation de l'affiliation des ayants droit

L'affiliation des ayants droit prend fin en cas de cessation de l'affiliation du participant.

Elle cesse également :

- à la date à laquelle les ayants droit ne remplissent plus les conditions posées à l'article 6.1 ci-avant ;
- au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de résiliation accompagnée de l'attestation de l'organisme assureur, pour les ayants droits justifiant par la suite d'une couverture à titre obligatoire, sous réserve des dispositions réglementaires en vigueur et à la condition que l'acte mettant en place les garanties le prévoit,
- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le participant demande la résiliation de l'ayant droit. Cette demande doit être adressée à l'Institution au plus tard le 31 octobre de la même année par lettre recommandée. La demande adressée à l'Institution après le 31 octobre est de nul effet. Le cas échéant, elle doit être renouvelée avant le 31 octobre de l'année suivante pour prendre effet au 31 décembre de cette même année.

La demande peut également être formalisée par envoi recommandé électronique, dans les mêmes conditions de préavis et de prise d'effet définies au contrat. La date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi recommandé électronique fait alors foi de la date d'envoi.

La cessation de l'affiliation des ayants droit au titre du contrat socle collectif obligatoire emporte nécessairement la cessation de l'affiliation des ayants droit du contrat surcomplémentaire collectif.

ARTICLE 7 – ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE – SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN

PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties du contrat socle collectif obligatoire souscrit par l'entreprise prennent effet :

- à la date d'effet de l'adhésion au contrat socle collectif obligatoire pour les participants présents à cette date, et ultérieurement à la date d'embauche, sous réserve des dispenses d'affiliation prévues par la Convention Collective Nationale des industries et du commerce de la récupération,
- au premier jour du mois qui suit la réception de la demande d'affiliation pour les salariés non cadre ayant demandé à bénéficier d'une dispense d'affiliation et qui viennent à cesser de justifier de leur situation, ou qui décident ultérieurement de renoncer à cette dispense.

Les garanties du contrat socle collectif obligatoire étendues aux membres de sa famille prennent effet, sous réserve de la production des justificatifs visés à l'article 6.2 :

- au plus tôt, à la même date d'affiliation que le participant, lorsque ce dernier a exprimé son choix d'étendre les garanties à sa famille.
- à défaut, au premier jour du mois qui suit la date de réception par l'Institution de la demande d'extension familiale.

CONDITIONS DE SUSPENSION DES GARANTIES

- ***Suspension du contrat de travail rémunérées ou indemnisées***

Le bénéfice des garanties du contrat socle collectif obligatoire est maintenu au participant dont le contrat de travail est suspendu moyennant le paiement des cotisations, s'il bénéficie :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire,
- soit d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité, complémentaires financées au moins pour partie par l'Adhérent, qu'elles soient versées directement par l'Adhérent ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

- ***Suspension du contrat de travail non rémunérées ou non indemnisées***

En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée d'une durée inférieure à un mois, l'affiliation contrat socle collectif obligatoire et par conséquent les garanties correspondantes sont maintenues au participant, moyennant le paiement des cotisations.

En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée d'une durée supérieure ou égale à un mois, les garanties du contrat socle collectif obligatoire sont suspendues.

La suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'Institution en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'Institution de la déclaration faite par l'Adhérent.

Toutefois, ces derniers ont la possibilité de demander le maintien des garanties du contrat socle collectif obligatoire, pendant la suspension de son contrat de travail dans le cadre d'un contrat collectif facultatif.

Ce maintien donne lieu à paiement à la charge exclusive du participant des cotisations prévues en annexe II des présentes Conditions Générales.

1) L'Adhérent est tenu :

- d'informer l'Institution de la suspension du contrat de travail,
- d'informer l'Institution du choix du participant de bénéficier du maintien des garanties et, le cas échéant, du maintien des garanties au profit de ses ayants droit ; ainsi que de communiquer à l'Institution, tout document émanant du participant et constatant le choix de celui-ci.

2) Le Participant est tenu :

- de remplir et d'envoyer à l'Institution un Bulletin Individuel d'Affiliation
- de fournir à l'Institution les informations nécessaires au paiement des cotisations permettant le maintien des garanties (coordonnées bancaires, autorisation de prélèvement...);
- de payer les cotisations afférentes au maintien des garanties.

Les cotisations seront recouvrées selon la périodicité indiquée sur le Bulletin Individuel d'Affiliation.

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, le participant peut se voir appliquer des majorations de retard fixées au taux annuel à hauteur de 3 fois le taux d'intérêt légal et courant, à compter de l'échéance.

A défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, l'adhésion individuelle du participant pourra être résiliée dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations dues doivent être payées. La résiliation de l'adhésion individuelle par l'Institution ne la prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues, y compris les majorations de retard. L'adhésion individuelle non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'Institution les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

ARTICLE 8 –CESSATION DE L’AFFILIATION DES PARTICIPANTS

Sous réserve de l'application de l'article 9.1 des présentes Conditions Générales, l'affiliation du participant cesse de plein droit :

- Soit à la date de résiliation ou de non renouvellement du contrat d'adhésion de l'entreprise au contrat socle collectif obligatoire,
- soit à la date de sortie des effectifs,
- soit à la date de départ à la retraite, à l'exception des participants reprenant, sans interruption de fait, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès de l'Adhérent,
- soit à la date d'évolution dans une catégorie non assurée,
- et, en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat socle collectif obligatoire.

La cessation de l'affiliation entraîne la fin des garanties du contrat socle collectif obligatoire ainsi que celle des garanties complémentaires du contrat surcomplémentaire collectif.

Le participant qui bénéficiait du tiers payant s'engage, lors de son départ, à remettre à l'Adhérent sa carte de tiers payant. L'Adhérent doit la retourner à l'Institution.

L'Institution récupère auprès du participant toutes prestations indûment réglées.

La radiation du participant entraîne, à la même date, la radiation de l'ensemble des membres de sa famille.

ARTICLE 9 – MAINTIEN DES GARANTIES SANTE DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE

9.1 Maintien des garanties santé au titre de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale « Portabilité des droits »

CONDITIONS AU MAINTIEN DE L’AFFILIATION

Sous réserve pour le participant d'être éligible au dispositif de l'article L911-8 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'Institution tient à la disposition de l'Adhérent un formulaire type « Déclaration de portabilité » qu'il devra lui retourner dûment renseigné et signé pour permettre le maintien de la couverture.

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

L'Institution n'est tenue du maintien des garanties qu'autant que :

- conformément au 5° de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale, le Participant satisfait aux obligations déclaratives rappelées ci-après,
- conformément au 6° de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale, l'Adhérent a informé l'Institution de la rupture du contrat de travail du Participant.

EFFET ET DUREE DU MAINTIEN DE L’AFFILIATION

L’affiliation du participant au contrat socle collectif obligatoire 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 douze 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 au contrat socle collectif obligatoire du participant cesse de plein droit :

- à la date à laquelle il cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d’assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d’une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès) ;
- en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après.
- en cas de résiliation du contrat d’adhésion de l’entreprise au contrat socle collectif obligatoire.

OBLIGATIONS DECLARATIVES

Conformément au 5° de l’article L.911-8 du code de la Sécurité sociale, le Participant souhaitant bénéficier du maintien des garanties doit fournir à l’Institution :

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

GARANTIES

Le participant conserve les garanties dont il bénéficiait effectivement lors de la cessation de son contrat de travail. Le maintien de garanties est accordé aux ayants droit, tels que définis au contrat lorsqu’ils en bénéficiaient au jour de la cessation du contrat de travail du Participant.

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat socle collectif obligatoire ainsi que la résiliation de celui-ci intervenant durant la période de portabilité sont opposables au participant.

L’Adhérent s’engage à informer le participant de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat socle collectif obligatoire, notamment en lui remettant l’addenda modificatif de la notice d’information ou la nouvelle notice d’information établie par l’Institution.

FINANCEMENT

Ce maintien est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif de maintien de garanties sont couverts **sans paiement de cotisations** après la cessation de leur contrat de travail.

9.2 Maintien de garanties Santé au titre de l’article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989

Dans le cadre du contrat socle collectif obligatoire, et conformément aux dispositions de l’article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, les garanties Frais de santé peuvent être maintenue par la souscription d’un contrat individuel proposé sans condition de période probatoire ni d’examens ou questionnaires médicaux au profit des personnes suivantes :

- Les anciens salariés bénéficiaires de prestations d’incapacité ou d’invalidité,
- Les anciens salariés bénéficiaires d’une pension de retraite,
- Les anciens salariés privés d’emploi, bénéficiaires d’un revenu de remplacement,
- Les personnes garanties en tant qu’ayant(s) droit du participant décédé.

Sous réserve d’être informé par l’Adhérent de la cessation du contrat de travail pour l’un des motifs ci-dessus, ou du décès du participant, l’Institution leur adressera la proposition de maintien individuel de la couverture aux

intéressés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire au titre de l'article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale ou du décès du participant.

Les intéressés doivent en faire la demande auprès de l'Institution dans les six mois suivant la rupture du contrat de travail ou le cas échéant suivant la fin de la portabilité des droits ou dans les six mois suivant le décès du participant.

Les prestations proposées seront identiques à prévues par le contrat socle collectif obligatoire.
Le nouveau contrat prévoit que la garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

ARTICLE 10 - ASSIETTE ET MONTANT DES COTISATIONS DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE

Les cotisations annuelles sont fixées en fonction notamment des garanties souscrites et compte tenu des dispositions réglementaires et des bases de remboursement de la Sécurité sociale en vigueur.

Les taux de cotisations du contrat socle collectif obligatoire sont mentionnés en annexe II des présentes Conditions Générales.

Pour les participants dont l'affiliation prend effet ou cesse en cours d'année, le montant des cotisations est calculé prorata temporis de leur durée d'appartenance

Pour le calcul de ce prorata, les mois sont comptés pour une durée de 30 jours.

Les bénéficiaires des garanties sont ceux pour lesquels une cotisation est versée sous réserve de leur déclaration par le participant et de la communication à l'Institution des justificatifs visés à l'article 6.2 des Conditions Générales.

Le taux de cotisation est différent selon que le participant est la seule personne couverte ou qu'il affine un ou tous ses ayants droit.

ARTICLE 11 - PAIEMENT DES COTISATIONS DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE

Les cotisations sont exprimées forfaitairement.

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu par l'Adhérent.

Elles sont recouvrées trimestriellement à terme échu auprès de l'Adhérent. Elles sont payables dans les 10 jours qui suivent l'échéance.

La répartition du coût des cotisations entre l'Adhérent et les participants est fixée par la Convention collective. Toutefois, l'Adhérent est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations vis-à-vis de l'Institution. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à l'Institution, aux différentes échéances prévues.

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, l'Adhérent se voit appliquer des majorations de retard fixées à 3 fois le taux d'intérêt légal et courant à compter de l'échéance.

En outre, l'Institution se réserve le droit de résilier le présent contrat, dans les conditions légales et réglementaires et conformément aux dispositions ci-dessous.

À défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, les garanties peuvent être suspendues trente jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par l'Institution, par lettre recommandée avec avis de réception, à l'Adhérent. Lorsque la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. À défaut de paiement des cotisations dues après l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le cachet de la poste faisant foi, l'Institution pourra résilier l'adhésion sans préjudice de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues y compris les majorations de retard mentionnées précédemment.

L'Institution se réserve le droit d'informer directement les Participants de la défaillance de l'Adhérent.

Le contrat non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'Institution les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

ARTICLE 12 - REVISION DES COTISATIONS ET/OU DES GARANTIES DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE

Les modifications apportées au contrat font l'objet d'une lettre avenant adressée à l'Adhérent par l'Institution. Les parties excluent l'application de l'article 1195 du code civil dans sa rédaction issue de l'ordonnance N° 2016-131 du 10 février 2016. Elles conviennent d'appliquer exclusivement les dispositions figurant ci-après aux articles 12.1 et 12.2.

12.1 Modifications du régime conventionnel

Lorsque les partenaires sociaux apportent des modifications au régime conventionnel, le présent contrat est modifié en conséquence.

12.2 Modifications du cadre législatif et/ou réglementaire

Le niveau des garanties ainsi que les taux de cotisations ont été définis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de leur prise d'effet.

Les cotisations et/ou les garanties peuvent être modifiées par l'Institution après accord des partenaires sociaux en fonction de l'évolution de la réglementation et notamment celle relative à la Sécurité sociale, suite par exemple à des mesures de désengagement ou des modifications des bases de remboursement et à la fiscalité.

ARTICLE 13 - RESILIATION DU CONTRAT D'ADHESION AU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE

Outre le cas de la dénonciation annuelle décrit à l'article 4, l'adhésion au contrat socle collectif obligatoire peut être résiliée dans le cas et dans le respect des conditions définies ci-après.

13.1 Non-paiement des cotisations

En cas de défaut de paiement des cotisations par l'Adhérent, le contrat socle collectif obligatoire pourra être résilié selon les conditions définies à l'article 11.

13.2 Redressement, liquidation judiciaire ou procédure de sauvegarde de l'ADHERENT

Le contrat subsiste en cas de redressement, de liquidation judiciaire ou de procédure de sauvegarde de l'entreprise souscriptrice du contrat.

Toutefois, le contrat peut être résilié dans les cas et conditions posés à l'article L. 622-13 du Code de commerce.

La résiliation est alors opposable à l'ensemble des Participants, y compris à ceux bénéficiant de la portabilité des droits au titre de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale.

13.3 Effet de la résiliation ou du non renouvellement du contrat d'adhésion

Vis-à-vis de l'ADHERENT

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat d'adhésion au contrat socle collectif obligatoire, l'Adhérent n'a aucun droit à faire valoir sur le patrimoine de l'Institution et sur ses différents fonds de réserve.

Le débiteur des cotisations reste tenu de payer l'intégralité des cotisations dues et des différents frais y afférents.

Tout paiement de cotisation après la résiliation du contrat socle collectif obligatoire, qu'il soit total ou partiel, ne constituera qu'une régularisation du compte entre les parties et ne pourra, sauf demande expresse de l'Adhérent acceptée par courrier de l'Institution, constituer un renouvellement tacite du contrat et par conséquent une remise en vigueur des garanties.

Vis-à-vis du PARTICIPANT ou de ses ayants droit

La résiliation ou le non-renouvellement du contrat d'adhésion au contrat socle collectif obligatoire de l'Adhérent met fin aux garanties du contrat socle collectif obligatoire.

Les demandes de remboursements de soins adressées à l'Institution après la fin des garanties seront prises en compte à la condition que la date des soins indiquée sur les décomptes de la Sécurité sociale soit antérieure à la date de fin de couverture et sous réserve des dispositions de l'article 38 des présentes Conditions Générales.

TROISIEME PARTIE

CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF

ARTICLE 14 - OBJET DU CONTRAT

La souscription du contrat surcomplémentaire collectif est juridiquement distincte de la souscription du contrat socle collectif obligatoire.

Au-delà des garanties du contrat socle collectif obligatoire, l'Adhérent a la possibilité de souscrire au contrat surcomplémentaire collectif permettant d'améliorer les prestations du contrat socle collectif obligatoire.

L'adhésion à ce contrat est obligatoire ou facultative, au choix de l'Adhérent.

ARTICLE 15 - DUREE DU CONTRAT D'ADHESION - RENOUVELLEMENT

Seuls peuvent souscrire au contrat surcomplémentaire collectif les adhérents au contrat socle collectif obligatoire.

La souscription du contrat surcomplémentaire collectif peut intervenir en même temps que la souscription du contrat socle collectif obligatoire. Elle peut également être réalisée postérieurement à celle-ci, en cours d'exécution du contrat socle collectif obligatoire.

La souscription du contrat surcomplémentaire collectif nécessite l'expression d'un consentement exprès, distincte de l'expression du consentement à la souscription du contrat socle collectif obligatoire, de l'Adhérent et de l'Institution. Les deux adhésions se réalisent au moyen de contrats d'adhésions différents.

Le contrat surcomplémentaire collectif de l'employeur expire le 31 décembre de l'année de l'adhésion. Il se renouvelle par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une ou par l'autre des parties effectuée par lettre recommandée moyennant le respect d'un préavis de deux mois.

La dénonciation doit être adressée à l'Institution au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, le cachet de la poste faisant foi. Elle ne prend effet qu'au 31 décembre de la même année.

Outre la résiliation annuelle du contrat par lettre recommandée, cette résiliation peut également être formalisée par l'entreprise souscriptrice par envoi recommandé électronique, dans les mêmes conditions de préavis et de prise d'effet définies au contrat. La date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi recommandé électronique fait alors foi de la date d'envoi.

La dénonciation du contrat socle collectif obligatoire emporte nécessairement la dénonciation du contrat surcomplémentaire collectif.

ARTICLE 16 – PERSONNES COUVERTES AU TITRE DU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF

Le contrat surcomplémentaire collectif offre une couverture surcomplémentaire au personnel ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres et nécessairement affilié au contrat socle collectif obligatoire.

ARTICLE 17 - CONDITIONS D’AFFILIATION DES PARTICIPANTS

17.1 Obligations de l’Adhérent :

17.1.1 Dans le cadre d’une adhésion collective obligatoire :

L’Adhérent devra obligatoirement :

1. Affilier l’ensemble de ses salariés Non Cadres, sous contrat de travail à la date d’effet du contrat d’adhésion ainsi que ceux embauchés ultérieurement, sous réserve des cas de dispenses d’affiliation mentionnés à l’article 5.1 de l’accord de prévoyance conventionnel.

On entend par salariés non cadres, le personnel ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l’accord du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres.

2. Veiller au paramétrage exhaustif de sa DSN (Déclaration Sociale Nominative) selon la fiche de paramétrage fournie par l’Institution pour son ou ses contrats de prévoyance complémentaire, si l’Adhérent entre dans le périmètre de la DSN (Déclaration Sociale Nominative).
3. Communiquer à l’Institution le Bulletin d’affiliation et d’adhésion individuelle visée ci-dessous dûment renseignée par chaque participant, si les données nécessaires à l’affiliation ne sont pas transmises par la DSN (Déclaration Sociale Nominative), dans un délai de trente jours suivant :
 - soit la date d’effet du contrat d’adhésion,
 - soit la date de l’entrée du participant dans la catégorie assurée.

L’Adhérent peut communiquer à l’Institution, en lieu et place des Bulletins d’affiliation et d’adhésion individuelle susvisés, sur tout support de son choix dématérialisé ou non, une liste de toutes les personnes physiques travaillant pour le compte de l’Adhérent entrant dans la catégorie assurée, et comprenant notamment leurs nom, prénom, date de naissance et numéro de Sécurité sociale.

4. Déclarer à l’Institution tout salarié qui, au cours du contrat d’adhésion, entre dans la catégorie de salariés assurée.
5. Communiquer à l’Institution la liste des anciens salariés bénéficiant à la date d’effet du contrat d’adhésion, du maintien de leurs garanties frais de santé au titre de la portabilité des droits ou attester que ceux-ci restent couverts par l’ancien organisme assureur.
6. Déclarer à l’Institution tout salarié qui, au cours du contrat d’adhésion, quitte l’entreprise ou sort de la catégorie assurée notamment suite à un transfert dans une autre catégorie si les données nécessaires à l’affiliation ne sont pas transmises par la DSN (Déclaration Sociale Nominative). L’Adhérent précise la date et le motif du départ ou du transfert. Cette déclaration doit être effectuée dans les 30 jours du départ de l’entreprise ou du changement de catégorie.
7. Déclarer à l’Institution tout salarié dont le contrat de travail est suspendu et qui ne pourrait bénéficier du maintien de son affiliation en application de l’article 23 des présentes Conditions Générales.
8. Déclarer à l’Institution les participants dont le contrat de travail est suspendu pour une durée supérieure ou égale à un mois sans maintien de rémunération ou perception d’indemnités, qui souhaitent bénéficier du maintien des garanties visé à l’article 23 des présentes Conditions Générales.
9. Déclarer trimestriellement, à l’Institution, par le biais des appels de cotisations, l’effectif des salariés affiliés au présent contrat tant que ces informations ne sont pas transmises par l’Adhérent ni traitées par l’Institution par les flux DSN (Déclaration Sociale Nominative).
10. Communiquer annuellement à l’Institution, au plus tard le 31 janvier de l’année N + 1, un état nominatif annuel des salaires par voie dématérialisée. En coordination avec l’Institution, l’Adhérent peut choisir de remplir ses obligations déclaratives par la voie de la DSN (Déclaration Sociale Nominative).

17.1.2 Dans le cadre d'une adhésion collective facultative :

L'Adhérent devra obligatoirement :

1. Répondre exactement aux questions de l'Institution relatives à la catégorie de personnes physiques que l'Adhérent envisage de garantir au titre du contrat surcomplémentaire collectif facultatif. Doivent être notamment fournies les caractéristiques socio-démographiques de la catégorie.
2. Veiller au paramétrage exhaustif de sa DSN (Déclaration Sociale Nominative) selon la fiche de paramétrage fournie par l'Institution pour son ou ses contrats de prévoyance complémentaire, si l'Adhérent entre dans le périmètre de la DSN (Déclaration Sociale Nominative).
3. Communiquer à l'Institution le Bulletin d'Affiliation et d'Adhésion Individuelle visé à l'article 18.2 dûment renseigné par chaque participant non cadre qui souhaite adhérer individuellement au contrat surcomplémentaire collectif facultatif, accompagné des pièces justificatives visées à l'article 6.2, dans un délai de trente jours suivant sa signature par le participant.

L'Adhérent peut communiquer à l'Institution, en lieu et place des Bulletins d'affiliation et d'adhésion individuelle susvisés, sur tout support de son choix dématérialisé ou non, une liste de toutes les personnes physiques travaillant pour le compte de l'Adhérent entrant dans la catégorie assurée, et comprenant notamment leurs nom, prénom, date de naissance et numéro de Sécurité sociale.

4. Déclarer à l'Institution tout salarié qui, au cours du contrat d'adhésion, entre dans la catégorie de salariés assurée et qui souhaite adhérer à titre individuel au contrat surcomplémentaire collectif facultatif.
5. Communiquer à l'Institution la liste des anciens salariés bénéficiant à la date d'effet du contrat d'adhésion, du maintien de leurs garanties frais de santé au titre de la portabilité des droits ou attester que ceux-ci restent couverts par l'ancien organisme assureur.
6. Déclarer à l'Institution tout salarié qui, au cours du contrat d'adhésion, quitte l'entreprise ou sort de la catégorie assurée notamment suite à un transfert dans une autre catégorie si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par la DSN (Déclaration Sociale Nominative). L'Adhérent précise la date et le motif du départ ou du transfert. Cette déclaration doit être effectuée dans les 30 jours du départ de l'entreprise ou du changement de catégorie.
7. Déclarer à l'Institution tout salarié dont le contrat de travail est suspendu et qui ne pourrait bénéficier du maintien de son adhésion en application de l'article 23.
8. Déclarer à l'Institution les participants dont le contrat de travail est suspendu pour une durée supérieure ou égale à un mois sans maintien de rémunération ou perception d'indemnités, qui souhaitent bénéficier du maintien des garanties visé à l'article 23 des présentes Conditions Générales.
9. Communiquer annuellement à l'Institution, au plus tard le 31 janvier de l'année N + 1, un état nominatif annuel des salaires par voie dématérialisée. En coordination avec l'Institution, l'Adhérent peut choisir de remplir ses obligations déclaratives par la voie de la DSN (Déclaration Sociale Nominative).

17.2 Information des Participants

L'Adhérent reconnaît avoir été informé par l'Institution des obligations qui lui incombent en vertu des dispositions de l'article L 932-6 du Code de la Sécurité Sociale, en sa qualité de souscripteur du contrat.

Conformément à ces dispositions, l'Adhérent s'engage à remettre à chaque participant la notice d'information qui lui a été communiquée par l'Institution.

L'Adhérent s'engage à porter à la connaissance de chacun d'eux, par écrit, les modifications des garanties, notamment en leur remettant l'addenda modificatif de ladite notice ou la nouvelle notice d'information rédigée par l'Institution.

L'Adhérent est seul responsable à l'égard du participant en l'absence de remise de la notice d'information ou de l'addenda modificatif de celle-ci.

ARTICLE 18 – AFFILIATION DES MEMBRES DU PERSONNEL / ADHESION INDIVIDUELLE DES PERSONNES AU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF

18.1 Dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire : Affiliation des membres du personnel

Le contrat d'adhésion au contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire entraîne l'affiliation, à titre obligatoire, de chaque membre du personnel Non Cadre de l'Adhérent.

On entend par salariés non cadres, le personnel ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres.

Sont concernés les salariés en activité, les salariés en arrêt de travail pour maladie ou accident indemnisés par la Sécurité sociale, les salariés durant leur congé de maternité ou de paternité ainsi que les salariés en formation à l'extérieur de l'entreprise (projet de transition professionnelle (PTP)...))

Toutefois, conformément à l'article 5.1 de l'Accord de prévoyance, certains salariés ont la faculté de ne pas adhérer à la garantie frais de santé, sous réserve d'en faire expressément la demande auprès de l'Adhérent. A défaut de renonciation écrite exprimée par le salarié, celui-ci doit être obligatoirement affilié.

Les salariés ayant choisi d'être dispensés d'affiliation :

- doivent être affiliés au contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire dès qu'ils cessent de justifier de leur situation ou de remplir aux conditions posées à la dispense d'affiliation,
- peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur adhésion au contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire; l'adhésion prendra effet le 1er jour du mois suivant la demande, et sera alors irrévocable.

Pour le présent contrat, chaque salarié ainsi affilié est appelé « participant ».

Lors de l'adhésion de l'employeur ou de son entrée en fonction, chaque membre du personnel de l'Adhérent renseigne et signe le Bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle établi par l'Institution sur support papier ou dématérialisé, si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par l'Adhérent par la DSN.

Il y précise notamment son état civil et, le cas échéant, celui de ses ayants droit.

Il appartient à l'Adhérent de s'assurer que l'Institution a bien eu connaissance, dans les conditions visées ci-dessus, de l'ensemble des membres du personnel ayant vocation à profiter des garanties.

Le défaut de déclaration, par l'Adhérent, d'un membre du personnel éligible aux présentes garanties emporte la seule responsabilité de l'Adhérent

18.2 Dans le cadre d'une adhésion collective facultative : Adhésion individuelle des personnes

Le contrat permet à chaque membre du personnel Non Cadre de l'Adhérent, qui le souhaite, de bénéficier des garanties prévues au contrat surcomplémentaire collectif, moyennant le paiement des cotisations correspondantes.

On entend par salariés non cadres, le personnel ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres.

L'adhésion individuelle ne peut produire ses effets que dans la mesure où chaque Participant, renseigne intégralement et signe le Bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle établi par l'Institution, dans lequel il précise notamment son état civil et ses bénéficiaires.

L'Institution émet un document de confirmation d'adhésion individuelle mentionnant la date de prise d'effet des garanties et les caractéristiques de l'adhésion individuelle. En tout état de cause, seule la date d'effet figurant sur ce document fait foi entre les parties.

Sous réserve du respect des dispositions ci avant, l'adhésion individuelle prend effet :

- à la date à laquelle le Participant bénéficie du contrat socle collectif obligatoire, souscrit par l'Adhérent, s'il choisit d'adhérer à cette date,
- à défaut, si le Participant choisit d'adhérer à une date postérieure, au 1^{er} jour du mois suivant la réception par l'Institution de la demande du Participant.

ARTICLE 19 BENEFICIAIRES

COUVERTURE DES AYANTS DROIT

Si l'Adhérent a souscrit le contrat surcomplémentaire collectif, les bénéficiaires au titre de ce contrat doivent être identiques, en tout état de cause, à ceux affiliés au contrat socle collectif obligatoire.

DEFINITION DES AYANTS DROIT

Sont applicables, au contrat surcomplémentaire collectif, les dispositions de l'article 6.1 des présentes Conditions Générales.

CONDITIONS D'AFFILIATION ET DE MODIFICATION DES BENEFICIAIRES

Sont applicables au contrat surcomplémentaire collectif, les dispositions de l'article 6.2 des présentes Conditions Générales.

CESSATION DE L'ADHESION DES AYANTS DROIT

L'adhésion des ayants droit au contrat surcomplémentaire collectif prend fin

- en cas de cessation de l'affiliation du Participant au contrat socle collectif obligatoire,
- en cas de cessation de l'affiliation ou l'adhésion individuelle du Participant au contrat surcomplémentaire collectif.

Elle cesse également :

- à la date à laquelle les ayants droit ne remplissent plus les conditions posées à l'article 6.2 des présentes Conditions Générales,
- au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de résiliation accompagnée de l'attestation de l'organisme assureur, pour les ayants droit justifiant par la suite d'une couverture à titre obligatoire, sous réserve des dispositions réglementaires en vigueur et à la condition que l'acte mettant en place les garanties le prévoit ,
- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le Participant demande la résiliation de l'ayant droit. Cette demande doit être adressée à l'Institution au plus tard le 31 octobre de la même année par lettre recommandée. La demande adressée à l'Institution après le 31 octobre est de nul effet. Le cas échéant, elle doit être renouvelée avant le 31 octobre de l'année suivante pour prendre effet au 31 décembre de cette même année.

ARTICLE 20 ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES DU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF

20.1 Entrée en vigueur des garanties du contrat surcomplémentaire à adhésion obligatoire

Les garanties du contrat surcomplémentaire collectif souscrit par l'entreprise à adhésion obligatoire prennent effet :

- à la date d'effet de l'adhésion au contrat surcomplémentaire collectif obligatoire pour tous les Participants présents à cette date, et ultérieurement à la date d'embauche, sous réserve des dispenses d'affiliation,
- au premier jour du mois qui suit la demande d'affiliation pour les salariés ayant demandé à bénéficier d'une dispense d'affiliation et qui viennent à cesser de justifier de leur situation, ou qui décident ultérieurement de renoncer à cette dispense.

20.2 Entrée en vigueur des garanties du contrat surcomplémentaire à adhésion facultative

Les garanties du contrat surcomplémentaire collectif souscrit par l'entreprise à adhésion facultative prennent effet à la date d'effet de l'adhésion individuelle du Participant.

20.3 Entrée en vigueur des garanties des ayants droit

Les garanties du contrat surcomplémentaire collectif étendues aux membres de sa famille prennent effet :

- à la même date d'affiliation que le Participant au contrat surcomplémentaire collectif, lorsque ce dernier a exprimé son choix d'étendre les garanties à sa famille
- et dans les autres cas, au 1er jour du mois qui suit la date de réception par l'Institution de la demande d'extension familiale.

ARTICLE 21 DUREE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION INDIVIDUELLE DU PARTICIPANT (DANS LE CADRE D'UNE ADHESION COLLECTIVE FACULTATIVE) :

21.1 Durée et renouvellement de l'adhésion individuelle du Participant

L'adhésion individuelle du Participant au contrat surcomplémentaire collectif à adhésion facultative se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction d'année en année, sauf dans les cas de cessation visés ci-dessous.

21.2 Cessation de l'adhésion individuelle du Participant

Sous réserve de l'application de l'article 24.1 des présentes Conditions Générales, l'adhésion individuelle du Participant au contrat surcomplémentaire collectif facultatif cesse de plein droit :

- soit à la date de résiliation ou de non renouvellement de l'adhésion de l'entreprise au contrat socle collectif obligatoire
- soit à la date de résiliation ou de non-renouvellement de l'adhésion de l'entreprise au contrat surcomplémentaire collectif,
- soit à la date à laquelle le Participant ne fait plus partie de la catégorie assurée,
- soit à la date du décès du Participant.

L'adhésion individuelle du Participant peut également cesser :

- **à la demande du Participant :**
 - au 31 décembre de chaque année, par lettre recommandée avec avis de réception, sous réserve que cette demande parvienne à l'Institution au plus tard le 31 octobre.
Cette demande peut également être formalisée par envoi recommandé électronique, dans les mêmes conditions de préavis et de prise d'effet définies au contrat. La date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi recommandé électronique fait alors foi de la date d'envoi.
 - en cas de modification apportée à ses droits et obligations par l'Institution dans les conditions prévues à l'article 27.

La dénonciation par le Participant de son adhésion individuelle est définitive, de telle sorte qu'il ne pourra plus formuler de demande d'adhésion individuelle au contrat surcomplémentaire collectif facultatif, sauf dérogation accordée par l'Institution.

- **à la demande de l'Institution :**
 - en cas de non-paiement des cotisations, selon les dispositions prévues à l'article 26.
 - en cas de non acceptation par le Participant des propositions de révisions des cotisations formulées par l'Institution, selon les dispositions prévues à l'article 27. L'Institution procédera alors, de plein droit, à la résiliation de l'adhésion individuelle du Participant au dernier jour précédant la date de prise d'effet dudit changement.

La cessation de l'adhésion individuelle entraîne la fin des garanties du contrat surcomplémentaire collectif à adhésion facultative.

Le Participant qui bénéficiait du tiers payant s'engage, lors de la cessation de son adhésion individuelle à remettre à l'Adhérent sa carte de tiers payant. L'Adhérent doit la retourner à l'Institution.

L'Institution récupère auprès du Participant toutes prestations indûment réglées.

La radiation du Participant entraîne, à la même date, la radiation de l'ensemble des membres de sa famille.

ARTICLE 22 – CESSATION DE L’AFFILIATION DES PARTICIPANTS (DANS LE CADRE D’UNE ADHESION COLLECTIVE OBLIGATOIRE)

Sous réserve de l’application de l’article 24 des présentes Conditions Générales, l’affiliation du participant cesse de plein droit :

- Soit à la date de résiliation ou de non renouvellement du contrat d’adhésion de l’entreprise au contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire,
- soit à la date de sortie des effectifs,
- soit à la date de départ à la retraite, à l’exception des participants reprenant, sans interruption de fait, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès de l’Adhérent,
- soit à la date à laquelle le Participant ne fait plus partie de la catégorie assurée,
- et, en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire.

La cessation de l’affiliation entraîne la fin des garanties du contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire.

Le participant qui bénéficiait du tiers payant s’engage, lors de son départ, à remettre à l’Adhérent sa carte de tiers payant. L’Adhérent doit la retourner à l’Institution.

L’Institution récupère auprès du participant toutes prestations indûment réglées.

La radiation du participant entraîne, à la même date, la radiation de l’ensemble des membres de sa famille.

ARTICLE 23 – DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Le bénéfice du contrat surcomplémentaire collectif est maintenu au Participant dont le contrat de travail est suspendu moyennant le paiement des cotisations, s’il bénéficie :

- soit d’un maintien total ou partiel de salaire,
- soit d’indemnités journalières ou d’une rente d’invalidité, complémentaires financées au moins pour partie par l’Adhérent, qu’elles soient versées directement par l’Adhérent ou pour son compte par l’intermédiaire d’un tiers.

En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée d’une durée inférieure à un mois, l’affiliation au contrat surcomplémentaire collectif et par conséquent les garanties correspondantes sont maintenues au Participant, moyennant le paiement des cotisations.

En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée d’une durée supérieure ou égale à un mois, les garanties du contrat surcomplémentaire collectif sont suspendues.

La suspension intervient à la date de la cessation de l’activité professionnelle dans l’entreprise adhérente et s’achève dès la reprise effective du travail par l’intéressé au sein de l’effectif assuré, sous réserve que l’Institution en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu’à compter de la réception par l’Institution de la déclaration faite par l’Adhérent.

Toutefois, ces derniers ont la possibilité de demander le maintien des garanties du contrat surcomplémentaire collectif, pendant la suspension de son contrat de travail dans le cadre d’un contrat collectif facultatif.

Ce maintien donne lieu à paiement à la charge exclusive du Participant de cotisations spécifiques.

- 1) L’Adhérent est tenu :
 - d’informer l’Institution de la suspension du contrat de travail,
 - d’informer l’Institution du choix du participant de bénéficier du maintien des garanties et, le cas échéant, du maintien des garanties au profit de ses ayants droit ; ainsi que de communiquer à l’Institution, tout document émanant du participant et constatant le choix de celui-ci.

- 2) Le Participant est tenu :
- de remplir et d'envoyer à l'Institution un Bulletin Individuel d'Affiliation
 - de fournir à l'Institution les informations nécessaires au paiement des cotisations permettant le maintien des garanties (coordonnées bancaires, autorisation de prélèvement...);
 - de payer les cotisations afférentes au maintien des garanties.

Les cotisations seront recouvrées selon la périodicité indiquée sur le Bulletin Individuel d'Affiliation.

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, le participant peut se voir appliquer des majorations de retard fixées au taux annuel à hauteur de 3 fois le taux d'intérêt légal et courant, à compter de l'échéance.

A défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, l'adhésion individuelle du participant pourra être résiliée dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations dues doivent être payées. La résiliation de l'adhésion individuelle par l'Institution ne la prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues, y compris les majorations de retard.

L'adhésion individuelle non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'Institution les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

ARTICLE 24 – MAINTIEN DU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF

24.1 Maintien des garanties santé au titre de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale « Portabilité des droits »

Les dispositions de l'article 9.1 des présentes Conditions Générales sont applicables, dans les mêmes conditions, au contrat surcomplémentaire collectif.

24.2 Dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire : Maintien de garanties Santé au titre de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989

Dans le cadre du contrat surcomplémentaire collectif obligatoire, et conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, les garanties Frais de santé peuvent être maintenue par la souscription d'un contrat individuel proposé sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des personnes suivantes :

- Les anciens salariés bénéficiaires de prestations d'incapacité ou d'invalidité,
- Les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite,
- Les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement,
- Les personnes garanties en tant qu'ayant(s) droit du participant décédé.

Sous réserve d'être informé par l'Adhérent de la cessation du contrat de travail pour l'un des motifs ci-dessus, ou du décès du participant, l'Institution leur adressera la proposition de maintien individuel de la couverture aux intéressés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire au titre de l'article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale ou du décès du participant.

Les intéressés doivent en faire la demande auprès de l'Institution dans les six mois suivant la rupture du contrat de travail ou le cas échéant suivant la fin de la portabilité des droits ou dans les six mois suivant le décès du participant.

Les prestations proposées seront identiques à prévues par le contrat socle surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire.

Le nouveau contrat prévoit que la garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

24.3 Maintien des garanties Santé dans le cadre d'une adhésion collective facultative

Sous réserve d'en faire la demande à l'Institution, les Participants peuvent continuer à bénéficier de garanties Frais de Santé à titre individuel, y compris au terme du maintien prévu à l'article 24.1, moyennant le paiement de cotisations spécifiques, dans les cas suivants :

- cessation de l'adhésion individuelle au contrat surcomplémentaire collectif facultatif,
- résiliation ou non-renouvellement de l'adhésion de l'entreprise au contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

ARTICLE 25 - ASSIETTE ET MONTANT DES COTISATIONS DU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF

Les cotisations annuelles sont fixées en fonction notamment des garanties souscrites et compte tenu des dispositions réglementaires et des bases de remboursement de la Sécurité sociale en vigueur.

Les taux de cotisations du contrat surcomplémentaire collectif sont mentionnés en annexe II des présentes Conditions Générales.

Pour les Participants dont l'affiliation prend effet ou cesse en cours d'année, le montant des cotisations est calculé prorata temporis de leur durée d'appartenance.

Pour le calcul de ce prorata, les mois sont comptés pour une durée de 30 jours.

Les bénéficiaires des garanties sont ceux pour lesquels une cotisation est versée sous réserve de leur déclaration par le Participant et de la communication à l'Institution des justificatifs visés à l'article 6.2 des Conditions Générales.

Le montant de la cotisation est prévu pour chaque personne couverte.

ARTICLE 26 - PAIEMENT DES COTISATIONS DU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF

Les cotisations sont exprimées forfaitairement.

26.1 Lorsque l'appel des cotisations est effectué auprès de l'Adhérent :

Elles sont recouvrées trimestriellement à terme échu auprès de l'Adhérent. Elles sont payables dans les 10 jours qui suivent l'échéance.

La répartition du coût des cotisations entre l'Adhérent et les Participants est fixée par l'acte juridique instituant ou modifiant les garanties collectives dans l'entreprise. Toutefois, l'Adhérent est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations vis-à-vis de l'Institution. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à l'Institution, aux différentes échéances prévues.

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, l'Adhérent se voit appliquer des majorations de retard fixées à 3 fois le taux d'intérêt légal et courant à compter de l'échéance.

En outre, l'Institution se réserve le droit de résilier le présent contrat, dans les conditions légales et réglementaires et conformément aux dispositions ci-dessous.

À défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, les garanties peuvent être suspendues trente jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par l'Institution, par lettre recommandée avec avis de réception, à l'Adhérent. Lorsque la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. À défaut de paiement des cotisations dues après l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le cachet de la poste faisant foi, l'Institution pourra résilier l'adhésion sans préjudice de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues y compris les majorations de retard mentionnées précédemment.

L'Institution se réserve le droit d'informer directement les Participants de la défaillance de l'Adhérent.

Le contrat non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'Institution les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

26.2 Lorsque l'appel des cotisations du contrat est effectué auprès du Participant :

Les cotisations seront recouvrées selon la périodicité indiquée sur le Bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle.

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, le Participant peut se voir appliquer des majorations de retard fixées à hauteur de trois fois le taux d'intérêt légal.

En outre, l'Institution se réserve le droit de résilier le contrat, dans les conditions légales et réglementaires et conformément aux dispositions ci-dessous.

A défaut de paiement de la cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date de son échéance, l'adhésion individuelle du Participant au contrat surcomplémentaire collectif et le cas échéant de l'extension des garanties aux membres de sa famille pourront être résiliées dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations dues doivent être payées.

La résiliation de l'adhésion au contrat surcomplémentaire collectif et le cas échéant de l'extension des garanties aux membres de la famille par l'Institution ne prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues y compris les intérêts de retards définis ci-après.

L'adhésion de l'Adhérent ou l'adhésion individuelle non résiliées reprennent effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'Institution les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement

ARTICLE 27 REVISION DES COTISATIONS AFFERENTES AU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF

Les modifications apportées au contrat font l'objet d'une lettre avenant adressée à l'Adhérent par l'Institution. Les parties excluent l'application de l'article 1195 du code civil dans sa rédaction issue de l'ordonnance N° 2016-131 du 10 février 2016. Elles conviennent d'appliquer exclusivement les dispositions figurant ci-après aux articles 27.1 et 27.2.

27.1 Modifications du régime conventionnel

Lorsque les partenaires sociaux apportent des modifications au régime conventionnel, le présent contrat est modifié en conséquence.

27.2 Modifications du cadre législatif et/ou réglementaire

Le niveau des garanties ainsi que les taux de cotisations ont été définis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de leur prise d'effet.

Les cotisations et/ou les garanties peuvent être modifiées par l'Institution après accord des partenaires sociaux en fonction de l'évolution de la réglementation et notamment celle relative à la Sécurité sociale, suite par exemple à des mesures de désengagement ou des modifications des bases de remboursement et à la fiscalité.

ARTICLE 28 - RESILIATION DU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF

Outre le cas de la dénonciation annuelle décrit à l'article 15, la résiliation intervenant à l'occasion de la modification du contrat et la résiliation ou le non renouvellement du contrat socle collectif obligatoire, l'adhésion au contrat surcomplémentaire collectif peut être résiliée dans les cas et dans le respect des conditions définies ci-après.

28.1 Non-paiement des cotisations

En cas de défaut de paiement des cotisations par l'Adhérent, le contrat surcomplémentaire collectif pourra être résilié selon les conditions définies à l'article 26.1.

28.2 Fausse déclaration dans le cadre d'une adhésion collective facultative

Conformément à l'article L932-16 du Code de la Sécurité sociale, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle d'un Participant susceptible de changer l'objet du risque ou d'en diminuer l'opinion pour l'Institution, alors même que le risque omis ou dénaturé par le Participant a été sans influence sur la réalisation du risque, l'affiliation au contrat est annulée de plein droit.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte de la part de l'Adhérent entraîne la nullité du contrat d'adhésion.

Les cotisations demeurent acquises à l'Institution et les prestations versées feront l'objet d'un remboursement par le Participant.

28.3 Redressement, liquidation judiciaire ou procédure de sauvegarde de l'ADHERENT

Le contrat subsiste en cas de redressement, de liquidation judiciaire ou de procédure de sauvegarde de l'entreprise souscriptrice du contrat.

Toutefois, le contrat peut être résilié dans les cas et conditions posés à l'article L. 622-13 du Code de commerce.

La résiliation est alors opposable à l'ensemble des Participants, y compris à ceux bénéficiant de la portabilité des droits au titre de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale.

28.4 Effet de la résiliation ou du non renouvellement du contrat d'adhésion

Vis-à-vis de l'ADHERENT

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat d'adhésion au contrat socle collectif obligatoire, l'Adhérent n'a aucun droit à faire valoir sur le patrimoine de l'Institution et sur ses différents fonds de réserve.

Le débiteur des cotisations reste tenu de payer l'intégralité des cotisations dues et des différents frais y afférents.

Tout paiement de cotisation après la résiliation de l'adhésion au contrat surcomplémentaire collectif, qu'il soit total ou partiel, ne constituera qu'une régularisation du compte entre les parties et ne pourra, sauf demande expresse de l'Adhérent acceptée par courrier de l'Institution, constituer un renouvellement tacite du contrat et par conséquent une remise en vigueur des garanties.

Vis-à-vis du PARTICIPANT ou de ses ayants droit

La résiliation ou le non-renouvellement du contrat d'adhésion au contrat socle collectif obligatoire de l'Adhérent met fin aux garanties du contrat socle collectif obligatoire.

Les demandes de remboursements de soins adressées à l'Institution après la fin des garanties seront prises en compte à la condition que la date des soins indiquée sur les décomptes de la Sécurité sociale soit antérieure à la date de fin de couverture et sous réserve des dispositions de l'article 37 des présentes Conditions Générales.

QUATRIEME PARTIE

DISPOSITIONS COMMUNES AUX DEUX CONTRATS

ARTICLE 29 – CHAMP D'APPLICATION

Les dispositions suivantes sont applicables, sauf stipulation contraire, aux relations contractuelles constituées au titre du contrat socle collectif obligatoire et à celles constituées au titre du contrat surcomplémentaire collectif.

ARTICLE 30 - RECOURS - PRESCRIPTION

RECOURS SUBROGATOIRE

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, à l'exclusion du cas de décès, la victime ou ses ayants droit donnent de plein droit subrogation à l'Institution dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite toutefois du montant des prestations versées. L'Institution se réserve la possibilité de leur demander une quittance subrogatoire.

Cette action en recours s'exerce en application des dispositions de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985.

Lorsque, du fait de la victime ou des ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, l'Institution n'a pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par **DEUX ANS** à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution 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'action de l'Adhérent ou des bénéficiaires contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent ou les bénéficiaires concernés ou a été indemnisé par celui-ci.

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

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

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter :

- en vue d'obtenir le paiement de cotisations, de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un recommandé électronique avec demande d'avis de réception par l'Institution à l'Adhérent, lorsque celui-ci assure le précompte de la cotisation au titre du contrat collectif ou au Participant, lorsque l'Adhérent n'assure pas ce précompte.
- de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un recommandé électronique avec demande d'avis de réception par le Participant ou ses ayants droit à l'Institution en vue d'obtenir le règlement d'une prestation.

La date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi du recommandé électronique fait foi de la date d'envoi.

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, les délais visés ci-dessus ne courent qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

ARTICLE 31 - RECLAMATIONS – MEDIATION

L'Institution met à la disposition de l'Adhérent et des Participants la possibilité de contacter le service « Satisfaction Clients » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du présent régime, à l'adresse suivante :

Malakoff Humanis Prévoyance
Satisfaction Clients
303, rue Gabriel Debacq
45 777 SARAN Cedex

Tél. (appel non surtaxé) : numéro mentionné sur les correspondances adressées par le centre de gestion

A compter de la réception de la réclamation, l'Institution apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de dix jours ouvrés.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, l'Institution lui adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'Institution et après épuisement des voies de recours internes, l'entreprise, le Participant, les bénéficiaires ou les ayants droit, ou avec l'accord de ceux-ci, l'Institution, peuvent saisir le Médiateur de la protection sociale (du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP)), sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent :

Médiateur de la protection sociale (CTIP)
10 rue Cambacérés – 75008 PARIS
<https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

L'avis du médiateur de la protection sociale est remis aux parties dans un délai de 90 jours à compter de la date de réception du dossier complet. Ce délai peut être prolongé par le médiateur en cas de litige complexe, conformément à la charte de médiation du CTIP disponible sur le site internet susvisé.

ARTICLE 32 - CONTROLE DE L'INSTITUTION

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – 4 Place de Budapest, CS 92549, 75436 PARIS CEDEX 9.

ARTICLE 33 - DISPOSITIONS DIVERSES

CONFIDENTIALITE

Chacune des parties s'engage envers l'autre à préserver, pendant la durée des contrats et après son extinction pour une durée de cinq années, la stricte confidentialité de toutes les informations techniques ou financières qu'elles auront pu se communiquer ou dont elles auront pu avoir connaissance à l'occasion de l'exécution du contrat.

En particulier, l'Institution s'engage envers l'Adhérent à conserver la stricte confidentialité des informations concernant l'organisation de ses ressources humaines.

PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

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

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

1. Les données à caractère personnel du participant et des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CINQUIEME PARTIE

DEFINITION DES GARANTIES

ARTICLE 34 – CHAMP D'APPLICATION

Les dispositions suivantes sont applicables, aux relations contractuelles constituées au titre du contrat socle collectif obligatoire et à celles constituées, s'il a été souscrit, au titre du contrat surcomplémentaire collectif.

ARTICLE 35 – CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE

Le présent contrat respecte l'ensemble des conditions posées par les Pouvoirs Publics pour répondre aux définitions de « Contrat Solidaire ».

Les garanties du contrat respectent le cahier des charges des « Contrats Responsables » tel que défini aux articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

À ce titre, et sous réserve des évolutions légales ou réglementaires futures, **l'Institution ne rembourse pas :**

- **Conformément à l'article L. 160-13 II du Code de la Sécurité Sociale, la participation forfaitaire due par le Participant et ses ayants droit pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale.**
- **Conformément à l'article L. 160-13 III du Code de la Sécurité Sociale, la franchise appliquée à certains produits et prestations visés à cet article (médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du Code de la Santé Publique, actes pratiqués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, transports mentionnés au 2° de l'article L. 321-1 du Code de la Sécurité Sociale).**
- **Conformément à l'article L. 160-8 du Code de la Sécurité Sociale, 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.**

Le présent contrat est modifié de plein droit par l'évolution légale ou réglementaire des conditions posées au « Contrat Responsable » ou au « Contrat Solidaire ».

ARTICLE 36 - GARANTIES FRAIS DE SANTE

Les garanties du contrat figurent en annexe I des présentes Conditions Générales.

35.1 Objet et conditions des garanties

Les garanties Frais de Santé ont pour objet de permettre le service de prestations à l'occasion de frais médicaux exposés par les participants, en complément des remboursements de la Sécurité sociale française effectués au titre de l'assurance maladie et de l'assurance maternité, sous réserve de l'application des risques exclus mentionnés à l'article 36 ci-après et des frais non pris en charge visés à l'article 34 ci-avant.

Lorsque les professionnels de santé sont non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire, les remboursements complémentaires au titre de présent régime sont effectués sur la base du tarif d'autorité. Pour ouvrir droit à prise en charge, les actes ou soins doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'État et inscrits sur des registres nationaux.

Si le conjoint, le partenaire lié par un PACS ou le concubin est affilié à un régime de base de Sécurité sociale différent du Régime général (régimes spéciaux ou régime agricole), les remboursements Sécurité sociale seront rétablis sur la base des taux du Régime général de la Sécurité sociale s'ils sont supérieurs.

Par dérogation, certains frais inscrits à la nomenclature, mais non pris en charge par la Sécurité sociale, peuvent donner lieu cependant à un remboursement par l'Institution dans les conditions fixées au tableau des garanties annexé.

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire après remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Certaines garanties font l'objet d'une prise en charge différenciée selon que les médecins adhèrent ou non à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/ Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique. En adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention OPTAM / OPTAM-CO.

Donnent lieu à remboursement, selon les modalités prévues aux tableaux des garanties, les frais suivants :

HOSPITALISATION :

- **Hospitalisation chirurgicale :**
 - frais chirurgicaux proprement dits,
- **Hospitalisation médicale :**
 - pour tout séjour en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, la prise en charge commence **au 1er jour d'hospitalisation**.

Frais pouvant être pris en charge dans le cadre de chacune des hospitalisations chirurgicales ou médicales :

- Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la Liste des Produits et des Prestations (LPP) facturables et spécialités pharmaceutiques).
- Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux des praticiens et auxiliaires médicaux signataires ou non à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO), paramédicaux et actes de laboratoire.
- Frais de chambre particulière (**dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours**)
- Forfait hospitalier, **Il est pris en charge sans limitation de durée. Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD)**
- Lit d'accompagnant en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant de **moins de 12 ans** bénéficiaire du contrat (**dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours**). Ces frais comprennent les frais d'hébergement d'un seul des deux parents de l'enfant facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents ».
- Forfait pour acte lourd.

Pour les frais de chambre particulière et de lit d'accompagnant, la prise en charge est limitée à :

- **365 jours,**
- **180 jours en cas de séjour en psychiatrie.**

A l'expiration de cette période de 365 jours ou 180 jours, le bénéficiaire ne peut prétendre à nouveau au bénéfice des prestations qu'après une **interruption d'hospitalisation entre 2 séjours supérieure à 90 jours continus** et sous réserve qu'à la date de la nouvelle hospitalisation, il soit toujours couvert par la garantie.

SOINS COURANTS :

- Consultation, visite d'un généraliste ou d'un spécialiste ayant signé ou non les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),
- Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement,
- Frais d'analyse et de laboratoire,
- Actes de spécialité et petite chirurgie réalisés par un spécialiste ayant signé ou non les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).
- Radiologie et Ostéodensitométrie

PHARMACIE :

- Frais pharmaceutiques remboursés en tout ou partie par la Sécurité sociale.

TRANSPORT :

- Frais de transport (ambulance, taxi conventionné hors SMUR (service médical d'urgence régional)) pris en charge par la Sécurité sociale.

DENTAIRE :

- Soins dentaires pris en charge par la Sécurité sociale,
- A compter du 1^{er} janvier 2020 pour une partie des actes du panier « 100 % santé » puis au 1^{er} janvier 2021 pour le reste des soins prothétiques dentaires, trois paniers de soins prothétiques sont définis :
 - un panier « 100 % santé » (les soins prothétiques dentaires concernés sont définis dans l'arrêté du 24 mai 2019 paru au Journal Officiel du 30 mai 2019) remboursés à frais réels sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation qui s'imposent aux dentistes,
 - un panier aux tarifs maîtrisés / modérés, remboursé sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation et des garanties prévues dans le tableau des 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.
- Inlay core et inlay à clavette,
- Inlay onlay pris en charge par la Sécurité sociale,
- Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale,
- Implant dentaire (hors pilier dentaire).

OPTIQUE :

- **Prise en charge d'un équipement d'optique médicale (2 verres et 1 monture).**
Deux classes d'équipement optique sont définies :
 - **L'équipement optique de « classe A »** sans reste à charge pour le participant : cet équipement est remboursé à 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 la limite des garanties mentionnées dans le tableau des 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 ».

La prise en charge s'effectue dans la limite des forfaits dédiés à chaque composante de l'équipement (verres ou monture).

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

L'équipement d'optique médicale (verres et monture) est pris en charge par l'Institution sous réserve du respect des périodicités de renouvellement. La périodicité de renouvellement 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'Institution depuis le 1^{er} janvier 2018.

En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre par les verres, la période pendant laquelle un équipement (2 verres et 1 monture) peut être remboursé débute à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement.

En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Les périodicités de renouvellement sont définies comme suit :

- pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus, les équipements d'optique sont pris en charge à raison d'un équipement tous les deux ans suivant la dernière facturation, par bénéficiaire ;
- pour les enfants de moins de 16 ans, le renouvellement est possible au terme d'une période minimale d'un an suivant la dernière facturation d'un équipement ;
- par exception, pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois suivant la dernière facturation d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage.

Ce délai de renouvellement est réduit à un an pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans en cas d'évolution de la vue telle que définie ci-après.

Aucun délai pour le renouvellement des verres n'est exigé dans les cas suivants :

- pour les enfants de moins de 16 ans, en cas d'évolution de la vue objectivée par un ophtalmologiste sur prescription médicale ;
- sans distinction d'âge, en cas d'évolution de la réfraction constatée par une prescription médicale ophtalmologique et liée à une des situations médicales particulières listées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 paru au Journal Officiel du 13 décembre 2018.

La justification de cette évolution de la vue doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit par adaptation par l'opticien-lunetier de la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Constitue une évolution de la vue :

- la 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,
- la 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,
- la 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,
- la variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie,
- la variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries,
- la variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) supérieur à 4,00 dioptries.

- **Lentilles cornéennes prises en charge ou non par la Sécurité sociale** (y compris lentilles jetables).
- **Chirurgie réfractive** : toute chirurgie des yeux

ORTHOPEDIE ET AUTRES PROTHESES :

Appareillage dont prothèses capillaires et mammaires remboursées par la Sécurité sociale (hors aides auditives et optique).

AIDE AUDITIVE :

A compter du **1^{er} janvier 2021**, deux classes d'équipement auditif sont définies :

- L'équipement auditif de « **classe I** » sans reste à charge : cet équipement est remboursé à 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 1700 euros prévu dans le cadre du contrat responsable. Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le tickets modérateur des consommables, des piles ou accessoires. En revanche, ce plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

La prise en charge d'une aide auditive par oreille est limitée à une aide auditive tous les quatre ans suivant la date de facturation de l'aide auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, ou par l'Institution depuis le 1^{er} janvier 2017. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

ALLOCATIONS FORFAITAIRES :

- **Maternité** : une allocation, destinée à rembourser forfaitairement l'ensemble des frais afférents à la naissance, est versée pour la naissance d'un enfant du participant, déclaré à l'état civil.

Par assimilation, pour l'adoption d'un enfant de moins de 12 ans par le participant, la même allocation est versée.

Elle est doublée en cas de naissance multiple.

Seule la naissance d'un enfant du participant (qu'il soit le père ou la mère) ouvre droit à prestation. De même en cas d'adoption, l'enfant doit être adopté par le participant lui-même.

ACTES HORS NOMENCLATURE :

- **Médecine Alternative** : par dérogation à l'article 8 - RISQUES EXCLUS, peuvent être pris en charge les actes effectués par les praticiens mentionnés au tableau des garanties.

Les actes doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'Etat, inscrits au registre préfectoral et exerçant en France.

- **Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale sur prescription médicale.**

7.2 Soins engagés hors de France

L'Institution garantit les dépenses de soins ou interventions engagées à l'étranger dans le cadre de l'Union Européenne ou dans les pays ayant signé une convention de même nature avec le régime français.

Séjours temporaires à l'étranger, salariés détachés, résidents à l'étranger

L'Institution intervient dès lors que les participants bénéficient d'une prise en charge par la Sécurité sociale française ou par le régime de Sécurité sociale du pays d'accueil.

Dans les deux cas elle intervient en complément des tarifs théoriques de la Sécurité sociale française éventuellement reconstitués et selon les garanties prévues par le contrat.

Le contrat ne couvre pas les salariés expatriés.

Justificatifs

L'Institution peut prendre en charge les soins à l'étranger sous réserve de recevoir les factures détaillées et acquittées des soins, éventuellement traduites, précisant au minimum la nature et le montant de chaque dépense engagée et le remboursement auquel elle a donné lieu.

ARTICLE 37 DEGRE ELEVE DE SOLIDARITE

Outre la mise en place d'un régime collectif de couverture des frais de santé, votre Convention collective institue un fonds de solidarité permettant notamment la mise en œuvre d'aides individuelles ou de compléments de prestations et comprenant un caractère non contributif, et ce afin de satisfaire aux dispositions de l'article L.912-1, du code de la sécurité sociale.

ARTICLE 38 – RISQUES EXCLUS

Ne donnent pas lieu aux garanties définies à l'article 7 les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique qui ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale.

En aucun cas, l'Institution ne prendra en charge les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité sociale ou pratiqués par un professionnel de santé non autorisé à effectuer de tels dépassements.

Le fait que l'Institution 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 se prévaloir de ces exclusions.

ARTICLE 39 - MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

39.1 Services de Tiers Payant

Conformément aux dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et de ses textes réglementaires d'application, l'Institution met à la disposition du participant et ses bénéficiaires un service de dispense d'avance de frais de santé (tiers-payant) sur l'ensemble des garanties prévues au contrat faisant l'objet d'un tarif de responsabilité.

L'utilisation du tiers-payant auprès du professionnel de santé est conditionnée à l'acceptation de ce dernier. Sauf mention particulière sur la carte de tiers-payant, la dispense d'avance de frais est limitée au tarif de responsabilité. Le participant et ses bénéficiaires doivent donc régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du professionnel de santé.

Le participant et ses bénéficiaires qui n'utilisent pas leur carte de tiers-payant ou se voient refuser ce service par le professionnel de santé doivent demander une facture auprès du professionnel de santé afin d'être remboursés par l'Institution.

39.2 Assistance

Des garanties d'assistance et de téléconsultation, assurées auprès d'AUXIA Assistance*, s'appliquent au titre du contrat socle collectif obligatoire. Elles sont détaillées au sein des Conditions Générales valant notice d'information, dénommées "ASSISTANCE SANTE A DOMICILE" référencées "Convention n° 753734", téléchargeable à l'adresse suivante :

<http://univers.malakoffmederic.com/assistance-teleconsultation.html>.

* AUXIA Assistance, entreprise régie par le Code des assurances, SA au capital entièrement libéré de 1 780 000 euros, RCS de Paris 351 733 761 - siège social au 21, rue Laffitte, 75009 Paris.

39.2 La prise en charge hospitalière

Dès qu'il a connaissance de l'hospitalisation d'un bénéficiaire en établissement conventionné avec la Sécurité sociale, le participant en informe l'Institution qui lui délivrera une attestation de prise en charge.

Cette attestation de prise en charge dispensera le bénéficiaire de tout paiement des frais d'hospitalisation, dans la limite du contrat et en tout état de cause **dans la limite de 300 % de la Base de Remboursement** pour les honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire, à l'exception des frais personnels.

Si l'hospitalisation n'a donné lieu à aucune prise en charge par l'Institution, le bénéficiaire règle son séjour hospitalier à l'établissement.

39.4 Demandes de Remboursement

- **Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs visés ci-dessous doivent être produites à l'Institution dans un délai maximum de deux ans suivant la date du décompte de Sécurité sociale ou de survenance des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale. A défaut, le bénéficiaire se voit opposer la prescription visée à l'article 29.**
- Les bénéficiaires et l'Adhérent sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du contrat, de fournir à l'Institution les déclarations et pièces justificatives listées ci-après.

L'Institution se réserve le droit de demander au participant toute autre pièce justificative pour tenir compte notamment des spécificités des garanties souscrites.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du bénéficiaire de la prestation.

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

- Il appartient aux bénéficiaires d'informer l'Institution de toute modification de ses coordonnées bancaires, **notamment en cas de modification de la situation familiale (instance de divorce, procédure en cours de rupture du PACS ou de séparation des concubins, succession).**

39.5 Justificatifs et contrôle

- Afin d'assurer la protection de ses données personnelles de santé, le bénéficiaire a la possibilité d'adresser par voie postale tout document comportant ce type de données, sous pli cacheté portant la mention « Confidentiel », à l'attention de Monsieur le Médecin-conseil – Centre de Service Prestations Santé dont l'adresse figure sur sa carte de tiers payant.
- Le service médical de l'Institution peut faire procéder par un médecin, un chirurgien-dentiste ou tout autre professionnel de santé désigné par lui, au contrôle médical du participant ou de son ayant droit affilié qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre du contrat.

La charge des honoraires des professionnels de santé missionnés par le service médical est supportée par l'Institution ou par le bénéficiaire lui-même en cas de fraude avérée.

Outre les pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, le service médical de l'Institution se réserve la possibilité de demander des pièces complémentaires permettant une juste appréciation de la situation du bénéficiaire et de s'assurer du respect effectif des dispositions de l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale.

L'Institution peut également demander tout renseignement ou pièce permettant d'établir la réalité du paiement des dépenses engagées (notamment documents comptables et bancaires) ou la réalité des prestations elles-mêmes. Ces pièces peuvent être demandées avant ou après le paiement des prestations, y compris après résiliation du contrat.

- Pour ouvrir droit à prise en charge, les actes ou soins doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'Etat et inscrits sur des registres nationaux.

L'Institution se réserve la possibilité de demander tous les justificatifs établissant la qualité et/ou le statut du professionnel de santé dont les actes ou soins sont à l'origine de la demande de prestations (inscription sur des registres nationaux, N° d'inscription Adeli, etc.)

- En cas de refus de se soumettre au contrôle médical ou à défaut de fournir les justificatifs demandés, les actes ne donnent pas lieu à prise en charge.

Les justificatifs à fournir par le participant pour ses demandes de remboursement :

	Bénéficiaire NOEMIE
Hospitalisation chirurgicale ou médicale Etablissement conventionné ou non conventionné	Sans demande de prise en charge : facture originale acquittée de l'établissement hospitalier (forfait hospitalier, chambre particulière, lit d'accompagnement...)
Soins courants (consultation, visite, pharmacie, soins dentaires, pratique médicale courante,...)	Aucun document
Médecine alternative	Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...)
Optique - Chirurgie réfractive	Facture détaillée et acquittée En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue : <ul style="list-style-type: none"> - Soit nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction, - Soit prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction, - Et prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent. Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité Sociale Note d'honoraires originale du praticien détaillant le nombre d'œil opéré
Prothèses dentaires – Orthodontie - Prises en charge par la Sécurité sociale	Imprimé type de l'INSTITUTION et/ou facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la Nomenclature de la Sécurité sociale. *
Maternité	Photocopie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance ou acte d'enfant sans vie
Adoption	Photocopie du certificat définitif d'adoption

	Non Bénéficiaire Noémie
Pour les soins pris en charge par la Sécurité sociale	Décompte original de la Sécurité sociale Justificatifs ci-dessus

* Le participant peut transmettre à l'Institution, pour avis préalable sur le montant de sa prestation, un devis détaillé du praticien indiquant la codification des actes.

Pour tout acte ou frais non pris en charge par la Sécurité sociale : facture originale acquittée.

En cas de tiers payant avec la Sécurité sociale mais sans tiers payant avec l'Institution : Facture acquittée du Ticket Modérateur.

POUR MIEUX SE COMPRENDRE

Actes Hors Nomenclature : actes non reconnus par la Sécurité sociale et non inscrits aux nomenclatures.

Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) : assiette servant de calcul aux prestations en nature de la Sécurité sociale.

Contrat d'accès aux soins : Contrat conclu par le médecin de secteur 2, par le médecin de secteur 1 titulaire du droit permanent à dépassement et par le médecin de secteur 1 disposant des titres leur permettant d'accéder au secteur 2, ayant pour objet d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en développant l'activité à tarif opposable et en améliorant le niveau de remboursement par l'assurance maladie.

Contrat Solidaire : Contrat collectif ayant pour objet le remboursement de Frais de Santé dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurables.

Contrat Responsable : Contrat collectif ayant pour objet le remboursement de Frais de Santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application.

Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR) : Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) multiplié par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale.

Nomenclature : cette notion désigne aussi bien la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), que la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), que la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) et que la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux, documents qui codifient les actes et les médicaments donnant lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.

OPTAM / OPTAM-CO : Suite à la nouvelle convention médicale du 25 août 2016, publiée au Journal Officiel du 23 octobre 2016 et afin de maintenir le caractère responsable du contrat, les mentions contractuelles « Contrat d'Accès aux Soins », « CAS » et « non CAS » sont remplacées respectivement par :

- « dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée »,
- « OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) / OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique)»
- et « non OPTAM/ non OPTAM CO ».

Le dispositif de Contrat d'Accès aux Soins, pouvant être conclu jusqu'au 31 décembre 2016 pour une durée de trois ans, s'achèvera au plus tard au 31 décembre 2019. Durant cette période, il y aura coexistence des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée CAS – OPTAM/ OPTAM-CO, sans autre impact sur les garanties et cotisations.

Plafond de la Sécurité sociale : Plafond servant de base au calcul des cotisations de Sécurité sociale et prévu aux articles L. 241-3 et D. 242-17 du Code de la Sécurité sociale et modifié chaque année par arrêté.

Sécurité sociale : Tout régime légalement obligatoire d'assurance maladie.

Tarif forfaitaire de responsabilité : Base de Remboursement de la Sécurité sociale pour le principe d'un médicament (original d'un médicament) ainsi que pour les médicaments génériques qui y sont rattachés.

Ticket Modérateur : Part des frais de santé non remboursée par le régime d'assurance maladie obligatoire en application de l'article L. 322-2 I du Code de la Sécurité sociale.

L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE

Nos équipes, composées de professionnels de l'action sociale, sont à votre disposition en cas de difficultés consécutives à un problème de santé, de handicap ou d'invalidité.

Au-delà de l'écoute et du soutien, elles peuvent selon les situations :

- ✓ orienter vers des organismes compétents pour apporter leur concours à l'obtention de droits ou la résolution de difficultés,
- ✓ conseiller sur les démarches à entreprendre,
- ✓ étudier la possibilité d'une aide financière, en fonction de votre situation économique et sociale.

Ces aides ne sont pas systématiques. Elles ne peuvent en aucun cas être assimilées à un complément des garanties contractuelles.

