

Convention Collective Nationale des gardiens, concierges et employés d'immeubles

Contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire
Conditions Générales Frais de santé n°12869

Assurés par MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE

Édition janvier 2021

SOMMAIRE

TITRE I ADHÉSION AU CONTRAT	4
ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT	4
ARTICLE 2 – ADHÉSION	4
ARTICLE 3 - DURÉE DU CONTRAT D'ADHESION - RENOUELEMENT	4
ARTICLE 4 - CONDITIONS D’AFFILIATION DES PARTICIPANTS	5
ARTICLE 5 - BÉNÉFICIAIRES	6
TITRE II GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	8
ARTICLE 6 – CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE	8
ARTICLE 7 - GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	8
ARTICLE 8 – RISQUES EXCLUS	12
ARTICLE 9 - MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	12
ARTICLE 10 – FONDS DE SOLIDARITE	15
TITRE III DISPOSITIONS GÉNÉRALES	16
ARTICLE 11 – ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES – SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN	16
ARTICLE 12 –CESSATION DE L’AFFILIATION DES PARTICIPANTS	17
ARTICLE 13 – MAINTIEN DES GARANTIES SANTÉ	17
ARTICLE 14 - ASSIETTE ET MONTANT DES COTISATIONS	18
ARTICLE 15 - PAIEMENT DES COTISATIONS	19
ARTICLE 16 - RÉVISION DES COTISATIONS ET/OU DES GARANTIES PAR L’INSTITUTION	20
ARTICLE 17 - RÉSILIATION DU CONTRAT	20
ARTICLE 18 - RECOURS - PRESCRIPTION	21
ARTICLE 19 - DISPOSITIONS DIVERSES	21
ARTICLE 20 - RÉCLAMATIONS – MÉDIATION	23
ARTICLE 21 - CONTRÔLE DE L’INSTITUTION	23
POUR MIEUX SE COMPRENDRE	24
L’ACCOMPAGNEMENT SOCIAL EST A VOS COTES	25

TITRE I

ADHÉSION AU CONTRAT

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Les partenaires sociaux de la Convention Collective Nationale des Gardiens, Concierges et Employés d'Immeubles (dénommée ci-après « la Convention collective ») ont signé un accord paritaire national en date du 6 décembre 2013 et des avenants modificatifs, instaurant un régime de Frais de Santé obligatoire au profit de l'ensemble du personnel, dénommé ci-après « l'Accord ».

L'employeur, ci-après dénommé « l'Adhérent » relevant de la Convention Collective Nationale des Gardiens, Concierges et Employés d'Immeubles, adhère au contrat d'assurance collective obligatoire du régime de Frais de Santé mis en œuvre par Malakoff Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 691 181, dont le siège social est à Paris (75009) 21 rue Laffitte, ci-après dénommée « l'Institution ».

Les présentes Conditions Générales ont pour objet de définir les conditions d'adhésion des employeurs ainsi que les modalités d'affiliation de l'ensemble du personnel au contrat.

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

ARTICLE 2 – ADHÉSION

Afin d'adhérer au contrat d'assurance collective obligatoire du régime, l'Adhérent devra retourner à l'Institution le contrat d'adhésion ou les conditions particulières, dûment rempli(es), daté(es) et signé(es).

L'adhésion est acquise à l'Adhérent à la date d'effet indiquée au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières et en tout état de cause à l'issue des vérifications règlementaires incombant aux entreprises d'assurance.

Le contrat d'adhésion ou conditions particulières susvisé(es) accompagné(es) des présentes Conditions Générales forment le contrat de l'Adhérent.

ARTICLE 3 - DURÉE DU CONTRAT D'ADHESION - RENOUVELLEMENT

Le contrat de l'employeur expire le 31 décembre de l'année de l'adhésion. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an.

Chacune des parties signataires du présent contrat peut résilier le contrat DEUX (2) mois au moins avant chaque date de renouvellement soit au plus tard le 31 octobre (le cachet de la poste faisant foi).

La résiliation s'effectue par lettre recommandée.

Outre la résiliation annuelle du contrat par lettre recommandée, cette résiliation peut également être formalisée par l'Adhérent 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.

A compter du 1^{er} décembre 2020, l'Adhérent peut également, après expiration d'un délai d'un an à compter de l'adhésion, résilier le contrat sans frais ni pénalités. La résiliation du contrat prend effet à défaut d'accord des parties un (1) mois après la réception par l'Institution de la notification de l'Adhérent.

A compter du 1^{er} décembre 2020, l'Adhérent peut notifier sa résiliation :

- **Soit par lettre ou tout autre support durable ;**
- **Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Institution ;**
- **Soit par acte extrajudiciaire ;**
- **Soit, lorsque l'Institution propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;**
- **Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.**

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

Le contrat prend fin en cas de résiliation exprimée conformément aux dispositions prévues ci-dessus ainsi qu'à celles des articles 15 et 16.

A compter du 1^{er} décembre 2020, dans le cas où l'Adhérent souhaite résilier un contrat conclu pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident afin de souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, celui-ci effectuera pour le compte de l'Adhérent souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation dans les conditions prévues au contrat. Les organismes intéressés s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture des assurés durant la procédure.

ARTICLE 4 - CONDITIONS D’AFFILIATION DES PARTICIPANTS

4.1 Obligations de l'Adhérent :

L'Adhérent devra obligatoirement :

1. Affilier l'ensemble de ses salariés, quelle que soit leur ancienneté, sous contrat de travail à la date d'effet du contrat d'adhésion ou des conditions particulières, sous réserve des cas de dispenses d'affiliation mentionnés à l'article 8 de l'Accord de prévoyance conventionnel.
2. Veiller au paramétrage exhaustif de sa DSN (Déclaration Sociale Nominative) selon la fiche de paramétrage fournie par l'Institution pour son contrat de prévoyance complémentaire, si l'Adhérent entre dans le périmètre de la DSN (Déclaration Sociale Nominative).
3. Lors de l'adhésion de l'entreprise ou de son entrée en fonction, chaque membre du personnel appartenant à la ou les Catégories assurée(s) renseigne la Déclaration d’Affiliation de 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 son état civil. En lieu et place de cette déclaration, l'Adhérent peut communiquer à l'Institution, sur tout support de son choix, la liste de tous les membres du personnel entrant dans la catégorie assurée.
4. Déclarer à l'Institution toute situation de cumul emploi-retraite du personnel assurable :
 - soit la date d'effet du contrat,
 - soit en cours de contrat, dans les trente jours à compter de la survenance de la situation ou de la date de l'entrée du Participant dans les effectifs de l'entrepriseCette déclaration s'effectue par la DSN et si nécessaire sur demande de l'Institution au moyen de la liste nominative du personnel assurable ou des Déclarations d’Affiliation complétées et signées.
5. Communiquer à l'Institution la Déclaration d’Affiliation visée ci-dessous dûment renseignée par chaque salarié, si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par la DSN, dans un délai de trente jours suivant :
 - soit la date d'effet du contrat,
 - soit la date de l'entrée du salarié dans la catégorie assurée.

L'Adhérent peut communiquer à l'Institution, en lieu et place de la Déclaration d’Affiliation susvisée, 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.

6. Déclarer à l'Institution tout salarié qui, au cours du contrat entre dans les effectifs de l'entreprise si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par la DSN.
7. Communiquer à l'Institution la liste des anciens salariés bénéficiant à la date d'effet du contrat, 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.
8. Déclarer à l'Institution tout salarié qui, au cours du contrat, quitte l'employeur notamment suite à une démission, une rupture conventionnelle, un licenciement ou un départ en retraite si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par la DSN (Déclaration Sociale Nominative), en précisant la date et le motif du départ. Cette déclaration doit être effectuée dans les trente jours du départ de l'entreprise.
9. 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 11 des présentes Conditions Générales.
10. Déclarer à l'Institution les salariés 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 11 des présentes Conditions Générales.
11. 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).
12. 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).

4.2 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 salarié 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 salarié en l'absence de remise de la notice d'information ou de l'addenda modificatif de celle-ci.

4.3 Affiliation des membres du personnel

Le contrat entraîne l'affiliation, à titre obligatoire, de chaque membre du personnel de l'Adhérent, quelle que soit son ancienneté.

Toutefois, conformément à l'article 8 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 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 affiliation au contrat; l'adhésion prendra effet le 1^{er} 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 renseigne et signe la Déclaration d'Affiliation établie 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 5 - BÉNÉFICIAIRES

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.

5.1 Définition des bénéficiaires

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 lorsque des enfants sont nés de cette union, ou lorsque le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle.

Définition des enfants à charge

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

Les enfants ainsi définis doivent être :

- âgés de moins de 18 ans ;
- âgés de 18 ans et de moins de 26 ans :
 - o s'ils poursuivent leurs études,
 - o ou sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à Pôle Emploi,
 - o ou sont sous contrat d'apprentissage,
 - o ou s'ils se livrent à une activité rémunérée leur procurant un revenu inférieur au Revenu de Solidarité Active mensuel ;
- quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité », prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles à condition que l'état d'invalidité soit survenu avant leur 18^{ème} anniversaire ;
- nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du Participant, si ce dernier est le parent légitime.

5.2 Conditions d'affiliation et de modification des bénéficiaires

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 :

- à la date de l'évènement en cas de modification de la situation familiale;
- chaque 1^{er} janvier, sous réserve que le Participant en fasse la demande auprès de l'Institution au plus tard le 30 novembre de l'année précédente.

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 la Déclaration d'Affiliation, 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 ainsi que tout justificatif de domicile commun (avis d'imposition, facture énergétique, bail commun, attestation d'assurance...) 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,
 - l'attestation d'inscription au Pôle Emploi,
 - la copie du dernier bulletin de salaire,
 - la copie de la carte d'invalidité ou de la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité ».

Outre ces justificatifs, la Déclaration d'Affiliation doit être accompagnée 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 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.

5.3 Cessation de l'affiliation des bénéficiaires

L'affiliation des bénéficiaires prend fin en cas de cessation de l'affiliation du Participant.

Elle cesse également :

- à la date à laquelle les bénéficiaires ne remplissent plus les conditions posées à l'article 5.1 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 bénéficiaires 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 du bénéficiaire. 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. La date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi recommandé électronique fait alors foi de la date d'envoi.

TITRE II

GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

ARTICLE 6 – CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE

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

Le contrat respecte les conditions posées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et aux textes d'application de celui-ci.

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 Bénéficiaire pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale. Toutefois, lorsque pour un Bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile.**
- **Conformément à l'article L. 160-13 III du Code de la Sécurité sociale, la franchise applicable dans les conditions et limites prévues par l'article D.160-9 du Code de la Sécurité sociale pour 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. 160-8 du Code de la Sécurité sociale).**
- **Conformément à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, la majoration de la participation supportée par le bénéficiaire lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés.**
- **La majoration de la participation supportée par le Bénéficiaire et les ayants-droit sur les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L. 1111-15 du Code de la santé public (accès au dossier Médical Personnel).**
- **Les dépassements autorisés d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque les Bénéficiaires consultent sans prescription du médecin traitant.**
- **Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.**

Le présent contrat satisfait aux dispositions de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

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 7 - GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

Les garanties du contrat, adaptées au cahier des charges du contrat responsable sont mentionnées au sein du contrat d'adhésion ou des conditions particulières.

7.1 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 8 ci-après et des frais non pris en charge visés à l'article 6 ci-avant.

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 aux tableaux des garanties mentionnées au sein du contrat d'adhésion ou des conditions particulières.

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 les frais suivants, selon les modalités prévues aux tableaux des garanties figurant en annexe I des présentes Conditions Générales.

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 1^{er} 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 en psychiatrie, limité à 90 jours par an et par bénéficiaire**).
- Forfait hospitalier, prévu à l'article L.174-4 du code de la Sécurité sociale est pris en charge sans limitation de durée. Cette obligation concerne uniquement le forfait hospitalier facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendants (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 en psychiatrie, limité à 90 jours par an et par bénéficiaire**). 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.

SOINS DE VILLE :

- **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 réalisées par un médecin 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).**

PHARMACIE :

- **Frais pharmaceutiques pris en charge en tout ou partie par la Sécurité Sociale.**
- **Traitement anti-tabac pris en charge par la Sécurité sociale.**
- **Vaccins non pris en charge par la Sécurité Sociale sur prescription médicale.**

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.

- **Inlays core pris en charge par la Sécurité Sociale.**
- **Inlay onlay pris en charge par la Sécurité sociale.**
- **Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale.**
- **Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale.**
- **Implantologie** : implant, pilier implantaire.

MÉDECINE ALTERNATIVE : Peuvent être pris en charge les actes effectués par les praticiens mentionnés au tableau des garanties figurant au sein du contrat d'adhésion ou des conditions particulière.

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

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 par la Sécurité Sociale,**
- **Lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité Sociale** (y compris lentilles jetables),
- **Traitements chirurgicaux des troubles visuels** (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie).

AIDE AUDITIVE :

Jusqu'au 31 décembre 2020, prise en charge des aides auditives dans les conditions définies dans le tableau des garanties.

À 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 aux frais réels sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100 % santé ;
- L'équipement auditif de « classe II » : cet équipement auditif est remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de garanties, qui respectent le plafond de 1700 euros prévu dans le cadre du contrat responsable. Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou 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.

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.

APPAREILLAGES :

- **Orthopédie et prothèses médicales prises en charge par la Sécurité sociale,**

ALLOCATIONS FORFAITAIRES :

- **Forfait nouvel enfant naissance ou adoption plénière :** On entend par Forfait nouvel enfant naissance ou adoption plénière, une prime destinée à rembourser forfaitairement l'ensemble des frais afférents à la naissance d'un enfant du Participant déclaré à l'état civil (que le Participant soit le père ou la mère) ou l'ensemble des frais afférents à l'adoption plénière d'un enfant par le Participant lui-même.
- **Cure thermale acceptée par la Sécurité Sociale :** Les frais de cure thermale (forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais de transport et d'hébergement), acceptés par la Sécurité Sociale.

PRÉVENTION :

L'Institution prend en charge les actes de prévention suivants :

- un détartrage annuel complet sus et sous gingival des dents, effectué en 2 séances maximum,
- le dépistage de l'hépatite B,
- Consultation prescrite par un médecin chez un diététicien pour un enfant de moins de 12 ans,
- examen de dépistage de l'ostéoporose passé entre 45 et 59 ans.

L'Institution prend également en charge :

- le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sur les première et deuxième molaires permanentes des enfants avant leur 14^{ème} anniversaire, à raison d'une fois par dent.
- un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum.
- un bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit pour les enfants de moins de 14 ans, à condition qu'il s'agisse d'un 1^{er} bilan.
- le dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes d'audiométrie tonale et/ou vocale (dans le bruit ou avec tympanométrie),
- l'acte d'ostéodensitométrie osseuse remboursable par l'Assurance Maladie (pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans).
- Les vaccins suivants : diphtérie, tétanos et poliomyélite (à tous âges) ; coqueluche (avant 14 ans) ; hépatite B (avant 14 ans) ; BCG (avant 6 ans), Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées et désirant un enfant, haemophilusinfluenzar B, vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix huit mois.

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 8 – 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.

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.

Ne sont pas pris en charge par l'Institution, tout acte pris en charge par des dotations d'Etat, notamment par la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, ne donne pas lieu à remboursement de notre part, même lorsque la Sécurité sociale a procédé à tort au remboursement. A ce titre, le contrat ne prend pas en charge les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR).

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.

En aucun cas ces exclusions ne peuvent faire obstacle aux obligations minimales de prise en charge prévues pour les « contrats responsables ».

ARTICLE 9 - MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

9.1 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.

9.2 Assistance

Des garanties d'assistance et de téléconsultation, assurées auprès d'AUXIA Assistance*, s'appliquent au titre du contrat. 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.malakoffhumanis.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.

9.3 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.

9.4 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 18.**
- 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).**

9.5 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 bénéficiaire qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre du contrat.

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

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

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.

9.6 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'accompagnant...)
Soins de ville (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	Facture détaillée et acquittée des frais d'optique. En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, la prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent et : - soit une nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction, - soit la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant les nouvelles corrections. Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité sociale
- Traitements chirurgicaux des troubles visuels	Note d'honoraires originale du praticien détaillant le nombre d'œil opéré
Prothèses dentaires – Orthodontie - Prises en charge ou non 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
Cure thermale	Facture acquittée du séjour
Non Bénéficiaire Noémie	
Pour les soins pris en charge par la Sécurité Sociale	Décompte original de la Sécurité Sociale Justificatifs ci-dessus
Pharmacie prescrite et non remboursée par la Sécurité sociale	Ordonnance et facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et précisant le nom du produit

* 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.

ARTICLE 10 – FONDS DE SOLIDARITE

Outre la mise en place d'une couverture collective et obligatoire « frais de santé », la Convention collective institue un fonds de solidarité dédié aux entreprises adhérant à l'Institution permettant la mise en place d'un dispositif d'accompagnement social et d'assistance psychologique à caractère confidentiel et en faveur des salariés rencontrant des difficultés personnelles de nature à affecter leur situation professionnelle. Ce fonds de solidarité prévoit également des actions de solidarité et de prévention complémentaire à ce dispositif.

Le financement des prestations servies par le fonds de solidarité est fixé à 0.034 % du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. Cette cotisation est incluse dans la cotisation servant au financement du contrat d'assurance collective obligatoire du régime frais de santé.

TITRE III

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 11 – ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES – SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN

PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties du contrat souscrit par l'employeur prennent effet :

- immédiatement à compter de la date d'effet du contrat, pour les Participants présents à cette date quelle que soit leur ancienneté, sous réserve des dispenses d'affiliation prévues par l'Accord,
- 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.

Les garanties étendues aux membres de sa famille prennent effet :

- 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 la date de l'évènement dans le cas d'une affiliation suite à un changement de situation familiale,
- et dans les autres cas, au 1^{er} janvier, sous réserve que le Participant en fasse la demande auprès de l'Institution avant le 30 novembre de l'année précédente.

CONDITIONS DE SUSPENSION DES GARANTIES

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

Le bénéfice des garanties du contrat 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 au contrat 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 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 informée 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, ce dernier a la possibilité de demander le maintien des garanties du contrat 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 au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières.

- 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 définies ci-dessus.

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 12 – CESSATION DE L’AFFILIATION DES PARTICIPANTS

Sous réserve de l'application de l'article 13.1 des présentes Conditions Générales, l'affiliation du Participant cesse de plein droit :

- soit à la date de résiliation ou de non renouvellement du contrat de l'employeur,
- 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, devant cependant être affiliés à nouveau dès la reprise de leur activité,
- et, en tout état de cause, à la date de résiliation du présent contrat.

La cessation de l'affiliation entraîne la fin des garanties.

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 13 – MAINTIEN DES GARANTIES SANTÉ

[13.1 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.

Si l'Adhérent n'entre pas dans le périmètre de la DSN, il devra retourner à l'Institution le formulaire type « Déclaration de portabilité » dûment complété 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 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 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 de l'entreprise, quelle qu'en soit la cause.

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 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 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, notamment en lui remettant l'addendum 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.

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

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'exams ou questionnaires médicaux au profit des personnes suivantes, moyennant le paiement de cotisations spécifiques :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une prestation d'incapacité ou d'invalidité ou d'une pension de retraite ou s'ils sont privés d'emploi d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou le cas échéant dans les six mois qui suivent le terme du maintien de couverture au titre de la portabilité visée à l'article 13.1,
- les personnes garanties du chef du Participant décédé sous réserve que la demande en soit faite dans les six mois suivant le décès. Dans ce dernier cas, le maintien des garanties est effectif pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès.

L'Institution adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés 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 de maintien des garanties à titre temporaire, et aux personnes garanties du chef du Participant décédé, dans un délai de deux mois à compter du décès, l'Adhérent devant en informer préalablement l'Institution.

Les prestations proposées seront identiques à celles prévues par le contrat.

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

ARTICLE 14 - ASSIETTE ET MONTANT DES COTISATIONS

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 sont mentionnés au sein du contrat d'adhésion ou des conditions particulières.

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 5.2 des Conditions Générales.

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

La cotisation « Enfant » est gratuite à compter du 3^{ème} enfant affilié.

ARTICLE 15 - PAIEMENT DES COTISATIONS

Régime obligatoire :

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du Plafond de la Sécurité Sociale.

Les cotisations concernant le régime obligatoire pour le Participant, sont payables trimestriellement à terme échu par l'Adhérent. Elles sont payables dans les 10 jours qui suivent l'échéance.

Ces cotisations, y compris les taxes présentes et futures et contributions éventuelles, sont payables par prélèvement automatique sur compte bancaire ou par virement.

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.

Sauf si cette obligation se trouve remplie par l'Adhérent par le biais de la DSN et sur la base de l'état nominatif annuel des salaires visé au point 12 de l'article 4.1 des présentes Conditions générales et communiqué par l'Adhérent à l'Institution, cette dernière procède aux ajustements de cotisations éventuellement nécessaires au cours du 1^{er} semestre de l'année suivante.

Lorsque le contrat est résilié dans les conditions prévues aux présentes Conditions Générales, l'Adhérent n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

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.

Extension facultative des membres de la famille du Participant :

Les cotisations sont exprimées en fonction du plafond de la Sécurité Sociale.

Les cotisations concernant l'extension des garanties aux membres de la famille du Participant sont recouvrées auprès du Participant selon la périodicité indiquée sur la déclaration d'affiliation. Ces cotisations, y compris les taxes présentes et futures et contributions éventuelles, sont payables par prélèvement automatique sur compte bancaire ou par virement.

À défaut de paiement de la cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date de son échéance, l'extension des garanties aux membres de sa famille 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'extension des garanties aux membres de la famille 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 mentionnées ci-dessous.

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.

La couverture de l'extension facultative 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 16 - RÉVISION DES COTISATIONS ET/OU DES GARANTIES PAR L'INSTITUTION

Les modifications apportées au contrat font l'objet d'un avenant adressé 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 16.1 et 16.2.

16.1 Modifications du régime conventionnel

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

16.2 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.

Les nouvelles conditions de garanties et/ou de cotisations prennent alors effet à la date d'effet mentionnée sur la **notification de la modification. L'Adhérent peut toujours refuser la proposition en respectant les « Modalités de révision » visées au paragraphe 16.3.**

Jusqu'à la date d'effet de cette notification, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public.

16.3 Modalités de révision

En cas de modification des garanties et/ou de révision des cotisations telle que mentionnée aux articles précédents, l'Adhérent peut toujours refuser la proposition de l'Institution dans les trente (30) jours qui suivent la réception dudit courrier **en envoyant sa demande de résiliation par l'un des moyens exposés à l'article 3.** Le contrat est alors résilié dans les dix (10) jours suivants.

En cas d'absence de réponse dans les trente (30) jours de l'envoi de la notification par lettre recommandée de l'Institution, l'Institution considérera l'Adhérent a accepté les nouvelles conditions. Elles prendront effet à la date de modification mentionnée sur le courrier.

Jusqu'à la date d'effet de la modification du contrat, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer au contrat.

ARTICLE 17 - RÉSILIATION DU CONTRAT

Outre le cas de la dénonciation annuelle décrit à l'article 3, le contrat peut être résilié dans le cas et dans le respect des conditions définies ci-après.

NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de défaut de paiement des cotisations par l'Adhérent, le contrat pourra être résilié selon les conditions définies à l'article 15.

REDRESSEMENT, LIQUIDATION JUDICIAIRE OU PROCEDURE DE SAUVEGARDE DE L'ADHERENT

Conformément à l'article L. 932-10 du Code de la Sécurité sociale, le contrat subsiste en cas de redressement, de liquidation judiciaire ou de procédure de sauvegarde de l'Adhérent.

Toutefois, le contrat peut être résilié dans les cas et conditions posés à l'article L622-13 du code de commerce.

La résiliation est alors opposable à l'ensemble des Participants, y compris à ceux bénéficiant de la portabilité prévue à l'article 13.1.

EFFET DE LA RESILIATION OU DU NON RENOUVELLEMENT DU CONTRAT

Vis-à-vis de l'ADHERENT

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat, 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, des différents frais y afférents.

Tout paiement de cotisation après la résiliation du contrat, 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 de l'Adhérent met fin aux garanties du contrat.

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 9.4 des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 18 - 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 fautive 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 :

- **de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Institution à l'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation**
- **et de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par le Participant, le Bénéficiaire, ou l'ayant droit en ce qui concerne le règlement de la Prestation.**

Le recommandé électronique avec accusé de réception peut également être envoyé au même titre que la lettre recommandée avec accusé de réception en vue d'interrompre la prescription.

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 19 - DISPOSITIONS DIVERSES

CONFIDENTIALITE

Chacune des parties s'engage envers l'autre à préserver, pendant la durée du contrat 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 Prévoyance, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

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

1. Les données à caractère personnel 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 au Participant et aux bénéficiaires de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination 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 l'assuré et les bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de Malakoff Humanis et des prescriptions légales applicables.

Malakoff Humanis et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données 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 à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, 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.

ARTICLE 20 - RÉCLAMATIONS – MÉDIATION

En cas de difficultés dans l'application du contrat, l'Adhèrent, le Participant et/ou les bénéficiaires peuvent contacter dans un premier temps leur conseiller ou contact habituel.

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

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

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, l' Adhèrent, le Participant et/ou les bénéficiaires peuvent, s'adresser au médiateur de la Protection Sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance - CTIP), à l'adresse suivante :

M. le médiateur de la protection sociale CTIP, 10 rue Cambacérès, 75008 Paris ou par voie électronique : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/> dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'Institution et sans préjudice du droit d'agir en justice.

ARTICLE 21 - CONTRÔLE 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.

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 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.

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.

Déclaration Sociale Nominative dite "DSN" : vise à remplacer l'ensemble des déclarations périodiques ou événementielles adressées par les employeurs entrant dans son périmètre d'application, à des administrations et des organismes de protection sociale. La DSN repose sur la transmission unique, mensuelle et dématérialisée des données issues de la paie et de signalements d'évènements.

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 : Dispositifs prévus par une ou plusieurs conventions nationales signées par l'UNOCAM et au moins une des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé, ayant pour objet la maîtrise de leurs dépassements d'honoraires : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO spécialité chirurgicale ou de gynécologie-obstétrique). Les professionnels de santé conventionnés exerçant en secteur 2 ou titulaires d'un droit de dépassement ayant choisi un de ces dispositifs sont consultables sur ameli-direct.fr.

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 princeps 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. 160-13 I du Code de la Sécurité Sociale.

L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL EST A VOS COTES

L'accompagnement social Malakoff Humanis soutient l'entreprise autour de 5 thématiques : handicap, aidants, cancer, bien-vieillir et fragilités sociales.

Pour en savoir plus sur la réglementation, les aménagements possibles, les impacts dans l'entreprise et auprès des autres collaborateurs des webinaires et des ateliers en présentiel, inter ou intra entreprises, peuvent être mis en place sur de nombreuses thématiques : Handicap en entreprise, Règlementation cancer & travail, Burn out des aidants, Santé mentale en entreprise...

Ces services sont proposés à l'issue d'une première phase de diagnostic, dans le cadre d'un plan d'action défini avec votre expert accompagnement social, n'hésitez pas à le contacter.



MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE

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