



348 rue Puech Villa – B.P. 7209
34183 MONTPELLIER Cedex 04
Tél : 09 69 39 08 33 (appel non surtaxé)
Fax : 04 67 61 53 67

CONVENTION COLLECTIVE DES INDUSTRIES ET COMMERCES DE LA RECUPERATION

Adhésion

Modification d'adhésion

Cadre réservé à Humanis Prévoyance

N° Entreprise : _____

Date d'effet de l'adhésion :

- à adhésion collective obligatoire CCN012302 : 01/ /
- à adhésion collective facultative CCN012303 : 01/ /

Nom du commercial : _____

CONTRAT STANDARD SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF

PERSONNEL CADRE*

FRAIS DE SANTE

Raison sociale : _____
Adresse du siège social : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Adresse de correspondance (si différente) : _____
Téléphone : _____ Adresse e-mail : _____
Date de création : _____ Forme juridique : _____
Code NAF : _____ N° IDCC : _____
N° SIREN : _____
Nature de l'activité : _____
Effectif assuré concerné à la date de l'adhésion : _____

L'entreprise, ci-dessus nommée, représentée par _____
agissant en qualité de _____ muni de tous les pouvoirs nécessaires ⁽¹⁾ **déclare,**
adhérer au profit de ses salariés cadres* au contrat standard surcomplémentaire collectif assuré par Humanis
Prévoyance comme suit (cochez en fonction de vos souhaits) :

Type d'adhésion	<input type="checkbox"/> Adhésion collective obligatoire	<input type="checkbox"/> Adhésion collective facultative ⁽²⁾
	<i>Appel des cotisations auprès de l'entreprise</i>	<input type="checkbox"/> <i>Appel de cotisation collectif (auprès de l'entreprise)</i> <input type="checkbox"/> <i>Appel de cotisation individuel (auprès du salarié)</i>

* On entend par personnel cadre, le personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 Mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe 1 de cette convention.

- (1) L'adhésion constituant un engagement contractuel de l'entreprise, la présente demande doit être signée par un représentant légal de l'entreprise ou, à défaut, par une personne dûment habilitée à prendre cet engagement. Afin d'enregistrer l'adhésion, l'entreprise doit joindre au présent document un Kbis de moins de 3 mois ou le récépissé de déclaration à la Préfecture pour une Association.
- (2) **Dans le cadre d'une adhésion collective facultative, le participant pourra résilier son adhésion aux garanties frais de santé du contrat surcomplémentaire collectif facultatif sous réserve d'un préavis de deux mois et à une date d'effet au 31 décembre de l'année. Toute résiliation de la part du participant aura un caractère définitif.**

Les données à caractère personnel sont collectées et traitées pour les besoins de la gestion du contrat, dans le respect des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données à caractère personnel. Les données sont destinées exclusivement aux entités composant le groupe Humanis ainsi qu'aux partenaires du groupe en charge d'activités confiées par ce dernier. Conformément aux dispositions légales précitées, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant à exercer par courriel à contact-cnll@humanis.com ou par lettre à l'adresse suivante : Groupe Humanis – Cellule CNIL – Satisfaction clients – 303 rue Gabriel Debacq – 45777 Saran Cedex. Votre demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité. Vous disposez également d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, au traitement de ces données. Vos données personnelles sont conservées pendant une durée maximale de cinq années à compter de la fin des relations contractuelles vous liant au groupe Humanis. Le groupe prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité de vos données conformément aux dispositions légales susvisées.

TOURNEZ SVP ▶

Le contrat prend effet à la date indiquée au présent bulletin par Humanis Prévoyance et au plus tôt au 1^{er} jour du mois civil suivant l'envoi du bulletin (cachet de la poste faisant foi) ; un double vous sera retourné après acceptation par Humanis Prévoyance. Les garanties et les cotisations du contrat figurent en annexe. L'entreprise reconnaît avoir préalablement reçu et pris connaissance du présent contrat (le Bulletin d'Adhésion et les Conditions Générales référencées « CG/HP/FS 02.13 » (contrat collectif à adhésion obligatoire) ou « CG/HP/FFS 02.13 » (contrat collectif à adhésion facultative)), des dispositions contractuelles complémentaires annexées au présent bulletin d'adhésion et des notices d'information référencées « NI/ CCN Récupération cadre- surcomplémentaire obligatoire /FS 07.15. » et « NI/ CCN Récupération cadre- surcomplémentaire facultatif /FS 07.15. »

L'employeur

Fait à _____ le _____

Signature (et cachet)

HUMANIS PREVOYANCE

Fait à _____ le _____

Le Directeur

Signature et cachet

**CONVENTION COLLECTIVE
DES INDUSTRIES ET COMMERCE DE LA RECUPERATION
CONTRAT STANDARD SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF
CCN012302/ CCN012303
PERSONNEL CADRE**

(Personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 Mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe 1 de cette convention)

ANNEXE : TABLEAU DES GARANTIES 1/2

**GARANTIES FRAIS DE SANTE COMPLEMENTAIRES A CELLES DU CONTRAT STANDARD SOCLE COLLECTIF
OBLIGATOIRE DES INDUSTRIES ET COMMERCE DE LA RECUPERATION**

Les remboursements ci-dessous viennent en déduction des remboursements de la Sécurité sociale et en déduction des garanties prévues par le contrat standard socle collectif obligatoire des industries et commerces de la Récupération référencé sous le n°CCN012301

Descriptif des garanties	Prestations (les remboursements exprimés en BR s'entendent sous déduction de ceux de la Sécurité sociale)
OPTION FACULTATIVE (sous déduction du régime de base)	
. HOSPITALISATION	
Hospitalisation médicale et chirurgicale : Frais de séjour	100 % de la BR
Honoraires si adhérent OPTAM (1)	150 % de la BR
. Honoraires si non adhérent OPTAM	130 % de la BR
. Chambre Particulière (y compris en maternité)	60 euros par jour
. Forfait Hospitalier	100 % des Frais Réels
. Lit d'Accompagnant	60 euros par jour
. Forfait acte lourd	Pris en charge
. PRATIQUE MEDICALE COURANTE	
. Consultation, visite d'un généraliste non adhérent OPTAM	100 % de la BR
. Consultation, visite d'un généraliste adhérent OPTAM	100 % de la BR
. Consultation, visite d'un spécialiste non adhérent OPTAM	130 % de la BR
. Consultation, visite d'un spécialiste adhérent OPTAM	150 % de la BR
. Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	100 % de la BR
. Frais d'analyse et de laboratoire	100 % de la BR
. Actes de spécialité, petite chirurgie réalisés par un spécialiste non adhérent OPTAM	130 % de la BR
. Actes de spécialité, petite chirurgie réalisés par un spécialiste adhérent OPTAM	150 % de la BR
. Radiologie et Ostéodensitométrie prise en charge par la SS – Non adhérent OPTAM	130 % de la BR
. Radiologie et Ostéodensitométrie prise en charge par la SS – Adhérent OPTAM	150 % de la BR
. PHARMACIE	
. Frais pharmaceutiques remboursés par la SS	100 % de la BR ou du tarif forfaitaire de responsabilité

. TRANSPORT	
. Frais de Transport pris en charge par la SS	100 % de la BR
. DENTAIRE	
. Soins dentaires pris en charge par la SS	220 % de la BR
. Inlay core et inlay à clavette	230 % de la BR
. Prothèses dentaires prises en charge par la SS	410 % de la BR
. Inlay onlay pris en charge par la SS	410 % de la BR
. Orthodontie prise en charge par la SS	350 % de la BR
. Implant dentaire (2)	330 euros par implant

Descriptif des garanties	Prestations (les remboursements exprimés en BR s'entendent sous déduction de ceux de la Sécurité sociale)	
	. OPTIQUE	OPTION FACULTATIVE (sous déduction du régime de base)
EQUIPEMENT OPTIQUE (2 verres et une monture) Le remboursement est limité à un équipement optique par bénéficiaire tous les 2 ans. Le remboursement est limité à un équipement optique par an et par bénéficiaire pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.	Adultes et Enfants de 18 ans et plus	Enfants de moins de 18 ans
. Monture	110 euros	100 euros
. Verre		
Verre simple sphérique avec sphère comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries	55 euros	45 euros
Verre simple sphéro cylindrique avec cylindre inférieur ou égal à +4,00 dioptries	55 euros	45 euros
Verre simple sphérique avec sphère hors zone de -6,00 et +6,00 dioptries	125 euros	95 euros
Verre simple sphéro cylindrique avec cylindre supérieur à +4,00 dioptries	125 euros	95 euros
Verre progressif sphérique avec sphère comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries	162,50 euros	115 euros
Verre progressif sphéro cylindrique avec sphère comprise entre -8,00 et +8,00 dioptries	190 euros	140 euros
Verre progressif sphérique avec sphère hors zone de -4,00 et +4,00 dioptries	162,50 euros	115 euros
Verre progressif sphéro cylindrique avec sphère hors zone de -8,00 et +8,00 dioptries	190 euros	140 euros
. Lentilles prises en charge ou non par la SS	280 euros par an et par bénéficiaire	
. Chirurgie réfractive (pour les deux yeux par an)	400 euros	
. APPAREILLAGE		
. Orthopédie et autres prothèses	125 % de la BR	
. Prothèses auditives	125% de la BR	
. ALLOCATIONS FORFAITAIRES		
. Maternité	Allocation forfaitaire égale à 315 euros	
. ACTES HORS NOMENCLATURE *		
. MEDECINE ALTERNATIVE :	25 euros par séance dans la limite de 4 séances par an	
Ostéopathie –Chiropractie – Acupuncture *		
. Vaccins non pris en charge par la SS sur prescription médicale *	100 % des Frais Réels	

*** Le remboursement de l'Institution du poste « Actes hors nomenclature » est limité à 100 euros par an et par bénéficiaire**

(1) 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 ».

(2) Le pilier sur implant n'est pas remboursé au titre du contrat.

BR = Base de Remboursement de la Sécurité Sociale / SS = Sécurité Sociale

**CONVENTION COLLECTIVE
DES INDUSTRIES ET COMMERCE DE LA RECUPERATION
CONTRAT STANDARD SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF
CCN012302/ CCN012303
PERSONNEL CADRE**

*(Personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres
du 14 Mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe 1 de cette convention)*

ANNEXE : COTISATIONS 2/2

Cotisations mensuelles en EUROS		
	Adhésion obligatoire CCN012302	Adhésion Facultative CCN012303
	Régime général Et Régime Local Alsace Moselle	Régime général Et Régime Local Alsace Moselle
Isolé	4,28 €	5,10 €
Duo	8,06 €	9,79 €
Famille	12,44 €	14,89 €

dans le cadre de la Structure « Tarif Isolé /Duo /Famille » :

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 6.3.4 des Conditions Générales.

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

**CONVENTION COLLECTIVE
DES INDUSTRIES ET COMMERCE DE LA RECUPERATION
CONTRAT STANDARD SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF
CCN012302/ CCN012303
PERSONNEL CADRE**

(Personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 Mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe 1 de cette convention)

**DISPOSITIONS CONTRACTUELLES COMPLEMENTAIRES AUX CONDITIONS GENERALES
HUMANIS PREVOYANCE « CG/HP/FS 02.13 » et « CG/HP/FFS 02.13 »**

DEFINITIONS

Par dérogation à l'article 2 des Conditions Générales CG/HP/FS 02.13 et des Conditions Générales CG/HP/FFS 02.13, le concubin est défini comme suit :

Concubin : 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.

Enfants à charge : Sont considérés comme enfants à charge, indépendamment de la position fiscale, 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'invalidité civile.

Par assimilation, sont considérés à charge, s'ils remplissent les conditions exposées ci-dessus, les enfants à naître et nés viables ainsi que les enfants recueillis (c'est-à-dire ceux du conjoint, de l'ex-conjoint éventuel ou du concubin ou partenaire lié par un PACS du participant décédé qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès et si leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire).

Il est ajouté de nouvelles définitions comme suit :

DSN : La 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. Elle repose sur la transmission unique, mensuelle et dématérialisée des données issues de la paie et de signalements d'événements.

OPTAM – OPTAM CO : Suite à la nouvelle convention médicale du 25 août 2016, publiée au Journal Officiel du 23 octobre 2016, afin de maintenir le caractère responsable du contrat, les mentions contractuelles « Contrat d'Accès aux Soins », « CAS » et « non CAS » sont remplacées depuis le 1^{er} janvier 2017 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, celui-ci s'achèvera au plus tard au 31 décembre 2019. Il y aura donc coexistence durant cette période, des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée CAS – OPTAM/OPTAM-CO, sans autre impact sur les garanties et cotisations.

OBLIGATIONS DE L'ADHERENT

Les dispositions de l'article 5.1 des Conditions Générales CG/HP/FFS 02.13 relatives au « Obligations déclaratives et d'information » sont modifiées comme suit :

5.1 Obligations déclaratives et d'information

L'ADHERENT s'engage à :

1. Communiquer à l'Institution la ou les catégories de personnes physiques dont il souhaite assurer la couverture par le présent contrat.
Le choix et la définition de cette ou ces catégories sont à la charge exclusive de l'ADHERENT.
2. Répondre exactement aux questions de l'Institution relatives à la ou aux catégories de personnes physiques que l'ADHERENT envisage de garantir. Doivent être notamment fournies les caractéristiques sociodémographiques de chaque catégorie.
3. Veiller au paramétrage exhaustif de sa DSN selon la fiche de paramétrage fournie par l'Institution pour son ou ses contrats de prévoyance complémentaire.
4. Communiquer à l'Institution, sur support papier ou dématérialisé, le Bulletin Individuel d'Affiliation visé à l'article 6.2 dûment renseigné par chaque Participant qui souhaite adhérer au contrat, accompagné des pièces justificatives visées à l'article 6.3.4, dans un délai de trente jours suivant sa signature par le Participant.
5. Déclarer à l'Institution toute personne physique travaillant pour l'ADHERENT qui, au cours du contrat, entre dans la ou les catégories définies aux Conditions Particulières et qui souhaite adhérer à titre facultatif au contrat.
6. Le cas échéant, 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.
7. Déclarer à l'Institution tout Participant qui, au cours du contrat, quitte l'entreprise, ou sort de la ou des catégories de salariés définies aux Conditions Particulières notamment suite à un transfert dans une autre catégorie de salariés. L'ADHERENT précise la date et le motif du départ ou du transfert. La déclaration doit être effectuée dans les 30 jours du départ de l'entreprise ou du changement de catégorie.
8. Déclarer à l'Institution tout Participant dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficie pas du maintien de son affiliation au présent contrat en application de l'article 6.6 et des Conditions Particulières.
9. 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, auxquels l'ADHERENT souhaite faire bénéficier du maintien des garanties dans les conditions de l'article 6.6.2.
10. Déclarer, le cas échéant, trimestriellement à l'Institution par le biais des appels de cotisations, l'effectif de la ou des catégories de salariés et la masse salariale brute si l'ADHERENT a choisi d'assoir les cotisations sur tout ou partie de la Rémunération brute définie à l'article 2 des Conditions Générales ventilée par tranches soumises à cotisation sociales, tant que ces informations ne sont pas transmises par l'ADHERENT ni traitées par l'Institution par les flux DSN.
11. 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, tant que ces informations ne sont pas transmises par l'ADHERENT ni traitées par l'Institution par les flux DSN.

L'Institution se réserve la possibilité de réclamer des dommages-intérêts et/ou de prononcer la résiliation du contrat en cas de manquement par l'ADHERENT ou par le Participant à l'une des obligations énoncées ci-dessus. A défaut de communication des documents demandés, la résiliation intervient à l'expiration d'un délai de 40 jours suivant l'envoi d'une mise en demeure par l'Institution.

ADHESION INDIVIDUELLE DES PERSONNES

La qualité de PARTICIPANT est acquise sous réserve du respect des conditions relatives à l'adhésion individuelle visées **aux articles 6.1 et 6.2 des Conditions Générales CG/HP/FFS 02.13** et des dispositions mentionnées sur le Bulletin Individuel d'Adhésion.

L'adhésion individuelle prend effet :

- à la date à laquelle le PARTICIPANT bénéficie du contrat standard socle collectif obligatoire frais de santé souscrit par l'ADHERENT et référencé sous le n°CCN012301, 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.

Outre les cas de cessation de l'adhésion individuelle du PARTICIPANT prévus à l'article 6.5.2 des Conditions Générales CG/HP/FFS 02.13, l'adhésion individuelle du PARTICIPANT est résiliée de plein droit :

- à la date à laquelle le PARTICIPANT ne bénéficie plus du contrat standard socle collectif obligatoire frais de santé souscrit par l'ADHERENT et référencé sous le n°CCN012301.

DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Il est ajouté à l'article 6.5 des Conditions Générales CG/HP/FS 02.13 et à l'article 6.6 des Conditions Générales CG/HP/FFS 02.13, les dispositions suivantes :

« 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 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'ADHERENT.

Toutefois, ces derniers ont 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.

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

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 de 2,6% 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. »

MAINTIEN DES GARANTIES SANTE A TITRE GRATUIT AU TITRE DE L'ARTICLE L911-8 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE

Les dispositions de l'article 7.1 des Conditions Générales CG/HP/FS 02.13 et des Conditions Générales CG/HP/FFS 02.13 relatives à la « Portabilité des droits » sont remplacées comme suit :

Toutefois, le terme « affiliation » est remplacé par « adhésion individuelle » pour l'application des Conditions Générales CG/HP/FFS 02.13.

CONDITIONS AU MAINTIEN DE L'AFFILIATION

Sous réserve pour le PARTICIPANT d'être éligible à ce dispositif, 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. A défaut, l'affiliation du Participant cessera de plein droit à la date de cessation du contrat de travail.

L'INSTITUTION tient à la disposition de l'ADHERENT un formulaire type « Déclaration de portabilité » qu'il devra lui retourner dûment renseigné et signé pour permettre le maintien de la couverture. A défaut, l'affiliation du PARTICIPANT cessera de plein droit à la date de cessation du contrat de travail.

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

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.**

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 présent contrat.

OBLIGATIONS DECLARATIVES

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

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'ADHERENT s'engage à informer le participant de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat, 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 des garanties sont couverts **sans paiement de cotisations** après la cessation de leur contrat de travail.

MAINTIEN DE GARANTIES SANTE AU TITRE DE L'ARTICLE 6 DE LA LOI EVIN DU 31 DECEMBRE 1989

Les dispositions de l'article 7.2 des Conditions Générales CG/HP/FS 02.13 relatives au « Maintien des garanties santé au titre de l'article 6 de la loi Evin du 31 décembre 1989 » sont remplacées comme suit :

7.2 Maintien des garanties Santé au titre de l'article 6 de la loi Evin du 31 décembre 1989

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 7.1, moyennant le paiement de cotisations spécifiques, dans les cas suivants :

- cessation de l'affiliation,
- résiliation ou non-renouvellement du présent contrat.

Il appartient à l'ADHERENT d'informer les Participants du droit établi à leur profit par l'article 6 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

L'Institution ne saurait en aucun cas être responsable d'un défaut d'information des Participants quant au maintien de garanties.

GARANTIES FRAIS DE SANTE

- **L'article 16.1 « OBJET ET CONDITIONS DES GARANTIES » des Conditions Générales CG/HP/FS 02.13 et des Conditions Générales CG/HP/FFS 02.13 est modifié comme suit :**

Les garanties Frais de santé ont pour objet de permettre le service de prestations à l'occasion de frais médicaux exposés par les bénéficiaires, 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 17 et des frais non pris en charge visés à l'article 3.

Les garanties Frais de santé prévues au présent contrat répondent aux conditions définies par décret en application de l'article L. 911-7 du Code de la Sécurité sociale.

Elles sont également conformes aux dispositions du Contrat Responsable visées à l'article 3. Elles respectent notamment les *minima* et les *maxima* de garanties prévus à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

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 remboursés par la Sécurité sociale, peuvent donner lieu cependant à un remboursement par l'Institution dans les conditions fixées aux Conditions Particulières.

Les remboursements ou les indemnités 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'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

Le remboursement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé spécialistes et généralistes, hors parcours de soins, est réduit dans les mêmes conditions quel que soit le secteur conventionnel d'exercice. Lorsque ces mêmes professionnels de santé sont non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire et non signataire du Contrat d'accès aux soins, de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / de

l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO), la base de remboursement retenue pour le calcul de la prise en charge du dépassement d'honoraires pratiqué est celle du tarif d'autorité.

Peuvent donner lieu à remboursement les frais suivants, selon les garanties effectivement souscrites, prévues au tableau de garanties figurant aux Conditions Particulières. Dès lors que le remboursement de l'Institution est plafonné, la limite doit s'entendre par an et par bénéficiaire sauf dispositions spécifiques figurant au tableau des garanties.

Frais d'hospitalisation en secteurs conventionné et non conventionné (y compris maternité) :

- **Hospitalisation chirurgicale :**
 - **Frais chirurgicaux proprement dits,**
- **Hospitalisation médicale :**
 - **Pour tout séjour notamment 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,**
 - **Hospitalisation à domicile (HAD) remboursée par la Sécurité sociale.**
- **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 LPP facturables et spécialités pharmaceutiques).**
 - **Honoraires : Honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin ayant signé ou non un Contrat d'Accès aux Soins – les dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).**
 - **Forfait journalier 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 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).**
 - **Forfait ambulatoire.**
 - **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).**
 - **Frais d'accompagnement 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 (lit) et de nourriture (repas) d'un seul des deux parents de l'enfant facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents ».**

A l'expiration de la limite de prise en charge de 365 jours ou 180 jours pour les frais de chambre particulière et les frais d'accompagnement, le bénéficiaire ne peut prétendre à nouveau au bénéfice des prestations qu'après une interruption d'hospitalisation entre deux séjours supérieure à 90 jours continus et sous réserve qu'à la date de la nouvelle hospitalisation, il soit toujours couvert par la garantie.

- **Participation forfaitaire pour les actes coûteux.**
- **Péridurale.**

Soins de ville en secteurs conventionné et non conventionné :

- **Consultation, visite d'un généraliste ou d'un spécialiste, ayant signé ou non le Contrat d'Accès aux Soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO)**
- **Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement,**
- **Petite chirurgie et actes de spécialité réalisés par un médecin spécialiste ayant signé ou non le Contrat d'Accès aux Soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée –**

Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO)

- Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie réalisés par un médecin ayant signé ou non le Contrat d'Accès aux Soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO)
- Biologie médicale,
- Participation forfaitaire pour les actes coûteux
- Ostéodensitométrie,
- Amniocentèse.

Pharmacie :

- Frais pharmaceutiques remboursés par la Sécurité sociale.
- Frais pharmaceutiques prescrits mais non remboursés par la Sécurité sociale.
- Vaccins.
- Pilules contraceptives.
- Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac (médicaments d'aide à l'arrêt du tabac recommandés par la Haute Autorité de Santé, hors cigarettes électroniques).

Appareillage :

- Orthopédie et prothèses diverses.
- Prothèses auditives, piles et entretien de la prothèse auditive,
- Prothèses capillaires et mammaires remboursées par la Sécurité sociale

Frais de Transport**Frais dentaires :**

- Soins et actes dentaires (soins, prophylaxie bucco-dentaire, endodontie) remboursée par la Sécurité sociale,
- Parodontologie remboursée ou non par la Sécurité sociale,
- Inlays, Onlays remboursés par la Sécurité sociale,
- Prothèses dentaires remboursées ou non par la Sécurité sociale,
- Orthodontie remboursée ou non par la Sécurité sociale,
- Implants : implant, pilier implantaire,
- Prophylaxie non remboursée par la Sécurité sociale.

Les réparations sur prothèses à caractère esthétique non remboursées par la Sécurité sociale ne font l'objet d'aucun remboursement.

Frais d'optique :

- Équipement optique remboursé par la Sécurité sociale (deux verres et une monture) : les prestations dépendent du degré de correction (dioptrie),
La prise en charge est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans. Le renouvellement de l'équipement dans un délai inférieur à 24 mois suivant l'acquisition précédente ne pourra donner lieu à une prise en charge par le présent Contrat. Par dérogation, cette période est réduite à un an pour l'acquisition d'un équipement pour un mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.
Le calcul de la période s'apprécie sur vingt-quatre mois glissants (ou douze mois glissants pour les cas précités) et ce, à compter de la date d'acquisition de l'équipement par le Participant. Lorsque le bénéficiaire effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture et d'autre part les verres) celle-ci débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique et s'achève deux ans après.
La prise en charge du ticket modérateur pour l'équipement optique (deux verres et une monture) est limitée à une prise en charge tous les deux ans sauf si la garantie souscrite est limitée au remboursement du ticket modérateur.
- Lentilles cornéennes remboursées ou non par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables),

- **Chirurgie réfractive** (toute chirurgie des yeux).

Maternité et adoption :

- **Maternité :** Une allocation, destinée à rembourser forfaitairement l'ensemble des frais liés 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 ou d'adoption 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.

Prévention :

Les actes de prévention sont pris en charge par l'Institution au titre de chaque poste de garanties concerné par ces actes :

- le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sur les 1^{ères} et 2^{ème} molaires permanentes des enfants avant leur 14^{ème} anniversaire, à raison d'une fois par dent,
- un détartrage annuel complet, effectué en 2 séances maximum,
- un bilan du langage oral et/ou un 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 de l'hépatite B,
- le dépistage, une fois tous les 5 ans, des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour les 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 désirant un enfant ; Haemophilus influenzae B ; vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

Médecine alternative : Par dérogation à l'article 17 « RISQUES EXCLUS », peuvent être pris en charge les actes effectués par les praticiens listés dans le tableau de garanties figurant dans les Conditions Particulières.

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

Cure thermale : Les frais de cure thermale (forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais de transport et d'hébergement) remboursés par la Sécurité sociale.

➤ **L'article 18.1 « SERVICES DE TIERS PAYANT » des Conditions Générales est modifié comme suit**

18.1 Services de Tiers Payant généralisé

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 ayants droit 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 ayants droit doivent donc régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du professionnel de santé.

Le Participant et ses ayants droit 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.

JUSTIFICATIFS ET CONTRÔLE

Il est ajouté aux Conditions Générales CG/HP/FS 02.13 et des Conditions Générales CG/HP/FFS 02.13 un article intitulé « JUSTIFICATIFS ET CONTRÔLES » et rédigé comme suit :

- 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.

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 PARTICIPANT. 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 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 donneront pas lieu à prise en charge.

Les justificatifs à fournir par le bénéficiaire pour ses demandes de remboursement sont détaillés ci-après :

Bénéficiaire NOEMIE*	Justificatifs à fournir
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, frais d'accompagnement...)
Hospitalisation à domicile (HAD)	Facture forfaitaire acquittée indiquant le prix de journée Prescription médicale, dossier médical et validation du médecin coordinateur de la structure HAD
Soins courants (consultation, visite, pharmacie, soins dentaires, pratique médicale courante,..)	Aucun document
Médecine douce	Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...)
Optique	Facture détaillée et acquittée En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la

- Chirurgie réfractive	<p>vue, la prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent et :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité sociale</p> <p>Note d'honoraires originale du praticien détaillant le nombre d'œil opéré</p>
Prothèses dentaires – Orthodontie - Parodontologie -remboursées ou non 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	Factures acquittées relatives aux frais engagés lors du séjour
Frais d'obsèques	<p>Extrait d'acte de décès</p> <p>Facture acquittée des pompes funèbres</p> <p>Copie du livret de famille</p>

Non Bénéficiaire Noémie*	Justificatifs à fournir
Pour les soins remboursés par la Sécurité sociale	<p>Décompte original de la Sécurité sociale</p> <p>Justificatifs ci-dessus</p>

* NOEMIE (Norme Ouverte d'Echange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs) : système de télétransmission permettant d'échanger des données informatiques entre les caisses d'Assurance Maladie et l'Institution. Ces échanges permettent aux Participants d'être remboursés rapidement sans avoir à envoyer leurs décomptes de la Sécurité sociale à l'Institution.

** 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.

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

L'article 10.3 des Conditions Générales intitulé « Redressement, liquidation judiciaire ou procédure de sauvegarde de l'ADHERENT » est modifié comme suit :

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 7.1.

PRESCRIPTION

L'article 11.2 des Conditions Générales intitulé « Prescription » est modifié comme suit :

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 :

- **en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par l'Institution à l'Adhérent lorsque celui-ci assure le précompte de la cotisation ou au Participant lorsque l'Adhérent n'assure pas ce précompte.**
- **en ce qui concerne le règlement de la prestation, de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par le Participant ou l'ayant droit à l'Institution.**

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

RÉCLAMATIONS – MEDIATION

L'article 13 des Conditions Générales CG/HP/FS 02.13 et des Conditions Générales CG/HP/FFS 02.13 intitulé « RÉCLAMATIONS – MEDIATION » est modifié comme suit :

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

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

Tel. (appel non surtaxé) : Le numéro est 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 être fournie dans ce délai, l'Institution adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra être apportée à la réclamation 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'Adhérent, le Participant, ou les ayants droit, ou avec l'accord de ceux-ci, l'Institution, peuvent saisir le Médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent :

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

L'avis du médiateur 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.

DISPOSITIONS DIVERSES

L'article 15.2 des Conditions Générales intitulé « Loi Informatique et Libertés » est modifié comme suit :

15.2 Protection des données à caractère personnel

Les données à caractère personnel concernant le Participant sont collectées et traitées pour les besoins de la gestion du contrat, dans le respect des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données à caractère personnel. Les données sont destinées exclusivement aux entités composant le groupe Humanis ainsi qu'aux partenaires du Groupe en charge d'activités confiées par ce dernier.

Conformément aux dispositions légales précitées, le Participant bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données le concernant à exercer par courriel à contact-cnild@humanis.com ou par lettre à l'adresse suivante : Groupe Humanis – Cellule CNIL – Satisfaction clients – 303 rue Gabriel Debacq – 45777 Saran Cedex. Toute demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité. Il dispose également d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, au traitement de ces données. Le cas échéant, les bénéficiaires du Participant disposent des mêmes droits concernant leurs données à caractère personnel qu'ils peuvent exercer dans les conditions précédemment citées.

Les données personnelles sont conservées pendant une durée maximale de cinq années à compter de la fin des relations contractuelles liant le Participant au groupe Humanis. Le Groupe prend les mesures conformes à l'état de l'art

afin d'assurer la sécurité et la confidentialité de ces données conformément aux dispositions légales susvisées.

Il est ajouté un nouvel article 15.3 des Conditions Générales intitulé «Lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme (LCB-FT) »:

15.3 Lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme (LCB-FT)

En application des dispositions du code monétaire et financier, l'Institution met en œuvre un traitement de données à caractère personnel afin de répondre à ses obligations légales en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Ces informations sont conservées pendant une durée maximale de 5 ans à compter de la fin de la relation.

Conformément aux dispositions légales en vigueur en matière de protection des données à caractère personnel, l'Adhérent peut exercer son droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés - 3 Place de Fontenoy, 75007 Paris.

Il est ajouté un nouvel article 15.4 des Conditions Générales intitulé « Prospection commerciale par voie téléphonique »:

Le Participant qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut s'inscrire gratuitement et à tout moment sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dénommée « BLOCTEL » par voie électronique sur le site www.bloctel.gouv.fr ou par voie postale à l'adresse de la société désignée par le ministère chargé de l'économie pour la gérer : Société OPPOSETEL, service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret – 10 000 TROYES.

Toutefois, tant que le contrat est en cours et sous réserve qu'il n'ait pas été apporté par un intermédiaire en assurance, cette inscription n'interdit pas à l'Institution de démarcher téléphoniquement le Participant, si ce dernier ne s'est pas opposé auprès de l'Institution, à l'adresse mentionnée à l'article ci-dessus, à l'utilisation de ses coordonnées téléphoniques à des fins de prospection commerciale en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.

L'article 15.3 intitulé « Valeur contractuelle » devient l'article 15.5