



348 rue Puech Villa – B.P. 7209
 34183 MONTPELLIER Cedex 04
 Tél : 09 69 39 08 33 (appel non surtaxé)
 Fax : 09 69 39 77 40

**CONVENTION COLLECTIVE
 NATIONALE DES INDUSTRIES
 ET COMMERCE DE LA
 RECUPERATION**

Adhésion

Modification d'adhésion

Cadre réservé à Humanis Prévoyance

N° Entreprise : _____

N° Contrat

- à adhésion collective obligatoire : CCN012102
- à adhésion collective facultative : CCN012103

Date d'effet de l'adhésion : 01/ /

CONTRAT STANDARD

PERSONNEL NON CADRE*

**GARANTIES FRAIS DE SANTE
 COMPLEMENTAIRES A CELLES DU
 REGIME CONVENTIONNEL**

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° SIREN : _____
 Nature de l'activité : _____
 Effectif assuré concerné à la date de l'adhésion : _____

> ADHESION

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 non cadres* au présent contrat⁽²⁾ ci-dessus référencé 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 ⁽³⁾
	<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 non cadre, le personnel ne relevant pas 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) Le contrat ne peut être souscrit seul. Il vient obligatoirement en complément de l'adhésion au contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel des industries et commerces de la Récupération assuré par Humanis Prévoyance. La résiliation du contrat d'adhésion entraînera la résiliation du présent contrat à la même date d'effet.
- (3) Dans le cadre d'une adhésion collective facultative, le participant pourra résilier son adhésion aux garanties frais de santé 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 deux 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.

> ENGAGEMENT

Le contrat est souscrit à effet du 1^{er} jour du mois civil suivant l'envoi du contrat (cachet de la poste faisant foi) ; un double vous sera retourné après acceptation par Humanis Prévoyance.

Les garanties du contrat et les cotisations figurent en annexe au présent bulletin d'adhésion. L'entreprise reconnaît avoir reçu et pris connaissance du présent contrat (le bulletin d'adhésion, les Conditions Générales Humanis Prévoyance référencées « CG/HP/FS 02.13 » (contrat collectif à adhésion obligatoire) ou « CG/HP/FFS 02.13 » (contrat collectif à adhésion facultative) et ses dispositions contractuelles complémentaires annexées) et les notices d'information « NI-CCN Récupération -santé- complémentaire obligatoire» et « NI-CCN Récupération -santé- complémentaire facultatif».

L'employeur

Fait à _____ le _____

Signature (et cachet)

HUMANIS PREVOYANCE

Fait à _____ le _____

Le Directeur

Signature (et cachet)

Votre interlocuteur commercial : _____

**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES INDUSTRIES
ET COMMERCE DE LA RECUPERATION
CONTRAT STANDARD
CCN012102/CCN012103
PERSONNEL NON CADRE**

(Personnel ne relevant pas 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)

**GARANTIES FRAIS DE SANTE COMPLEMENTAIRES A CELLES DU CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE DU REGIME
FRAIS DE SANTE CONVENTIONNEL DES INDUSTRIES ET COMMERCE DE LA RECUPERATION**

ANNEXE : TABLEAU DES GARANTIES

Descriptif des garanties	Prestations (y compris les garanties du contrat socle obligatoire) les remboursements exprimés en BR s'entendent sous déduction de ceux de la Sécurité sociale
. HOSPITALISATION	
Hospitalisation médicale et chirurgicale :	
. Frais de séjour (frais de structure et de soins) et Fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques)	100% de la BR
. Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire signataire OPTAM/OPTAM CO	150% de la BR
Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire non signataire OPTAM/OPTAM CO	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	100 % de la BR
. Consultation, visite d'un spécialiste non signataire OPTAM/OPTAM CO ⁽¹⁾	130 % de la BR
. Consultation, visite d'un spécialiste adhérent signataire OPTAM/OPTAM CO ⁽¹⁾	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 signataire OPTAM/OPTAM CO ⁽¹⁾	130 % de la BR
. Actes de spécialité, petite chirurgie réalisés par un spécialiste signataire OPTAM/OPTAM CO ⁽¹⁾	150 % de la BR
. Radiologie et Ostéodensitométrie prise en charge par la SS non signataire OPTAM/OPTAM CO	130 % de la BR
. Radiologie et Ostéodensitométrie prise en charge par la SS signataire OPTAM/OPTAM CO	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	
. OPTIQUE		
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	
. 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 : Ostéopathie –Chiropractie – Acupuncture *	25 euros par séance dans la limite de 4 séances par an	
. 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) **OPTAM / OPTAM CO** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique. Elles remplacent, à compter du 1^{er} janvier 2017, le Contrat d'accès aux soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée mentionnés à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM/OPTAM CO.

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

BR = Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (restituée pour les actes non remboursés par la SS)

SS = Sécurité Sociale

**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE
DES INDUSTRIES ET COMMERCE DE LA RECUPERATION
CONTRAT STANDARD
CCN012102/CCN012103**

PERSONNEL NON CADRE

(Personnel ne relevant pas 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

COTISATION MENSUELLE EN EUROS		
Adhésion	Adhésion obligatoire CCN012102	Adhésion Facultative CCN012103
Participant seul	3,88 €	4,59 €
Participant + Conjoint Ou Participant + 1 enfant à charge	7,34 €	8,87 €
Participant + conjoint + enfant(s) à charge	11,32 €	13,57 €

**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE
DES INDUSTRIES ET COMMERCE DE LA RECUPERATION
CONTRAT STANDARD
CCN012102/CCN012103**

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

DEFINITIONS

L'article 2 « Définitions » des Conditions Générales CG/HP/FS 02.13 et des Conditions Générales CG/HP/FFS 02.13 est complété comme suit :

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

OPTAM / OPTAM-CO :

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

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

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

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.

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 d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel souscrit par l'ADHERENT et référencé sous le n°CCN012100, 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 d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel souscrit par l'ADHERENT et référencé sous le n°CCN012100.

BENEFICIAIRES

L'article 6.3 « Bénéficiaires » des Conditions Générales CG/HP/FS 02.13 et des Conditions Générales CG/HP/FFS 02.13, est remplacé comme suit :

« 6.3 Bénéficiaires

6.3.1 Choix de Bénéficiaires

Les ayants droits du PARTICIPANT tels que définis ci-dessous, peuvent être couverts par une extension facultative souscrite individuellement par chaque PARTICIPANT, sous réserve qu'ils soient bénéficiaires du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel référencé sous le n°CCN012100.

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 ci-après.

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

6.3.2 Définition des Ayants droit

Sont ayants droit du PARTICIPANT, selon les définitions prévues au contrat :

- ✓ le Conjoint,
- ✓ le Partenaire d'un PACS,
- ✓ le Concubin,
- ✓ les Enfants à la charge du PARTICIPANT :

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 :
 - 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) ;
 - d'être en apprentissage ;
 - 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 ;
 - 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,
 - 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 civil.

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).

6.3.3 Adhésion des Ayants droit

Sous réserve des dispositions prévues dans l'acte mettant en place les garanties collectives dans l'entreprise, le PARTICIPANT déclare à l'ADHERENT et à l'INSTITUTION les ayants droit dont il entend assurer la couverture.

Cette déclaration a lieu à l'occasion de l'affiliation ou de l'adhésion individuelle du PARTICIPANT.

Toutefois, postérieurement à celle-ci, le PARTICIPANT peut affilier ou modifier les bénéficiaires au premier jour du mois suivant la date de réception par l'INSTITUTION de la demande.

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.

6.3.4 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 PACS,
- une attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux Concupins et la photocopie du dernier avis d'imposition,
- pour les enfants à charge selon leur situation :
 - le certificat de scolarité,
 - la copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
 - la copie de la carte d'invalidité,
 - l'attestation d'inscription au Pôle Emploi,
 - la copie du dernier bulletin de salaire.

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 de celle de l'un de ses ayants droit ne permettant plus à ce dernier d'avoir la qualité de Bénéficiaire.

6.3.5 Date d'effet de l'affiliation des ayants droit

La garantie de l'INSTITUTION au titre des ayants droit est due à la date de production de l'ensemble des pièces visées ci-dessus. »

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.

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

La loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi est venue étendre à l'ensemble des entreprises et modifier le dispositif de maintien de couverture dit de portabilité au profit des anciens salariés.

Conditions au maintien de l'affiliation

Sous réserve pour le PARTICIPANT d'être éligible au dispositif de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale, l'affiliation et par conséquent les garanties dont profitaient effectivement les bénéficiaires sont maintenues en cas de cessation du contrat de travail du participant à condition que la cessation résulte d'un motif autre qu'un licenciement pour faute lourde et qu'elle ouvre droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

L'INSTITUTION tient à la disposition de l'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 durée du maintien de l'affiliation

L'affiliation du PARTICIPANT est maintenue à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, **sans pouvoir excéder 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, quelle qu'en soit la cause.

Obligations déclaratives

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 de garanties sont couverts **sans paiement de cotisations** après la cessation de leur contrat de travail. »

MAINTIEN DE GARANTIES SANTE AU TITRE DE L'ARTICLE 4 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 » sont remplacées comme suit :

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

La demande de maintien des garanties Santé à titre individuel, moyennant le paiement de cotisations spécifiques, doit être formulée par les anciens salariés bénéficiaires d'une prestation d'incapacité, d'invalidité ou d'une allocation de chômage, de préretraite ou de retraite dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou **le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties.**

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 du maintien des garanties à titre temporaire.

Les personnes garanties du chef du participant décédé peuvent également continuer à bénéficier des garanties Santé à titre individuel, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve de formuler leur demande dans les six mois suivant le décès.

L'INSTITUTION leur adresse la proposition de maintien de la couverture dans le délai de deux mois à compter du décès, l'ADHERENT devant en informer préalablement l'INSTITUTION. »

RECOURS – PRESCRIPTION

A effet du 1^{er} janvier 2018, les dispositions contractuelles, prévues à l'article 11 des Conditions Générales CG/HP/FS 02/13 et des Conditions Générales CG/HP/FFS 02.13, relatives aux cas d'interruption de la prescription sont libellées comme suit :

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 demande d'avis de réception par l'INSTITUTION à l'ADHERENT en vue d'obtenir le paiement de cotisations,

- de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par le PARTICIPANT ou ses ayants droit à l'INSTITUTION en vue d'obtenir le règlement d'une prestation.

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.

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

HUMANIS Prévoyance
Satisfaction Clients
303, rue Gabriel Debacq
45 777 SARAN Cedex
Tél : 0 969 39 08 33 (appel non surtaxé).

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

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

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

Médiateur de la protection sociale (CTIP)

10 rue Cambacérès – 75008 PARIS

<https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

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

DISPOSITIONS DIVERSES

L'article 15.2 « Loi informatique et Libertés » des Conditions Générales CG/HP/FS 02.13 et des Conditions Générales CG/HP/FFS 02.13 intitulé « Dispositions diverses » est remplacé comme suit :

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 présent 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.

Ces données sont conservées pour une durée n'excédant pas deux années après la fin de la relation contractuelle liant le Participant et le Groupe Humanis.

Conformément aux dispositions légales précitées, le Participant dispose d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de ses données à caractère personnel à exercer par courriel à contact-cnill@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 des données le concernant.

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.

Le groupe Humanis prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer l'intégrité, la sécurité et la confidentialité des données à caractère personnel, conformément aux dispositions légales susvisées.

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 présent contrat est en cours 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 30, à l'utilisation de ses données à caractère personnel à des fins de prospection notamment commerciale, en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.

GARANTIES FRAIS DE SANTE

- **Il est ajouté après le 2^{ème} paragraphe de l'article 16.1 des Conditions Générales CG/HP/FS 02.13 et des Conditions Générales CG/HP/FFS 02.13 les dispositions suivantes :**

« Il est précisé que 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 « 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 ».

Toutefois, le 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. »

- Les dispositions relatives au poste « Hospitalisation médicale » définies à l'article 16.1 des Conditions Générales CG/HP/FS 02.13 et des Conditions Générales CG/HP/FFS 02.13 sont modifiées comme suit :

« • Hospitalisation médicale :

- pour tout séjour en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, la prise en charge commence **au 1er jour d'hospitalisation**.
- Pour les frais de chambre particulière et de lit d'accompagnant, la prise en charge est limitée à :
 - **365 jours,**
 - **180 jours en cas de séjour en psychiatrie.**

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

- Les dispositions relatives au poste « optique » définies à l'article 16.1 des Conditions Générales CG/HP/FS 02.13 et des Conditions Générales CG/HP/FFS 02.13 sont modifiées comme suit :

« OPTIQUE :

- **Equipement optique pris en charge 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 tous les deux ans, période réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'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'achat de l'équipement (ou du premier élément de l'équipement, verres ou monture) par le PARTICIPANT.

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

MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

- **Il est ajouté un article 18.4 aux Conditions Générales CG/HP/FS 02.13 et aux Conditions Générales CG/HP/FFS 02.13, comme suit :**

« 18.4 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.

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

Outre les pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, le service médical de l'INSTITUTION se réserve la possibilité de demander des pièces complémentaires permettant une juste appréciation de la situation du 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 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'État 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, numéro 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. »