

Contrat surcomplémentaire collectif CCN des Cabinets ou entreprises de Géomètres-Experts, Géomètres- Topographes, Photogrammètres et Experts-Fonciers

ENTREPRISE

Raison sociale

N° Siret N° Code NAF

Forme juridique

Adresse

Code postal Ville

Téléphone Fax

Mail @

Date de création de l'entreprise N° Cabinet Géomètres

Nature de l'activité

Correspondance à adresser à (si différent du siège social)

RÉSERVÉ À NOTRE ORGANISME

N° ENTREPRISE

Contrat à adhésion facultative : CCN 506 102

Contrat à adhésion obligatoire : CCN 506 104

Date effet de l'adhésion :

Nom du commercial

POPULATION COUVERTE, COTISATIONS ET GARANTIE

- Catégorie d'emploi couverte : Effectif assuré à la date d'adhésion
 - Ensemble du personnel
 - Personnel affilié à l'AGIRC
 - Personnel non affilié à l'AGIRC
- Type adhésion Adhésion collective obligatoire Adhésion collective facultative
- Cotisations mensuelles en % du salaire mensuel limité à 150 % PMSS

Groupe	Régime général	Régime local Alsace-Moselle
	2,60 %	1,96 %

Le contrat ne peut être souscrit seul. Il vient obligatoirement en complément du régime conventionnel. La résiliation de ce régime entraînera la résiliation du présent contrat à la même date d'effet.

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 pour une période de 5 années civiles excepté en cas de changement de situation familiale ou de changement de situation professionnelle de son conjoint ou assimilé. Par dérogation à l'article 8.2 des Conditions Générales « cg-ionis-santé-collective-octobre2006-maj octobre2010 », les garanties prennent effet sans délai d'attente.

POUR FACILITER VOTRE ADHÉSION

- 1 - Écrivez en lettres capitales.
- 2 - Dated et signez votre bulletin d'adhésion.
- 3 - Joignez un Kbis datant de moins de 3 mois précisant la nature de votre activité ou le récépissé de déclaration à la Préfecture pour une Association.
- 4 - Envoyez-le tout à :
Humanis
348 rue Puech Villa - BP 7209
Parc Euromédecine
34183 Montpellier cedex 4

ENGAGEMENT

Je, soussigné(e) Nom et prénom agissant en qualité de⁽¹⁾ déclare adhérer, au profit des salariés désignés ci-dessus, au contrat précité assuré par Humanis Prévoyance et régi par la Convention Collective Nationale des Cabinets ou Entreprises de Géomètres-Experts, Géomètres-Topographes, Photogrammètres et Experts-Fonciers et les Conditions Générales Humanis Prévoyance référencées « cg-ionis-santé-collective-octobre 2006-maj octobre 2010 ». 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 figurent au verso. L'entreprise reconnaît avoir préalablement reçu et pris connaissance du présent contrat, des Conditions Générales Humanis Prévoyance référencées « cg-ionis-santé-collective-octobre 2006-maj octobre 2010 » ainsi que la notice d'information « NI-CCN-Géomètres-santé-complémentaire MAJ 02 2016 ».

(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.

Fait à le

L'entreprise
Signature et cachet de l'entreprise

Signature Humanis Prévoyance
Le Directeur

GARANTIE FRAIS DE SANTÉ - CONTRAT SURCOMPLÉMENTAIRE COLLECTIF

Les prestations ci-dessous viennent en complément du régime de base de la Sécurité sociale. Le total des remboursements de la Sécurité sociale réels ou reconstitués, d'Humanis Prévoyance, et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses engagées.

Garanties en complément des remboursements de la Sécurité sociale (sauf pour les garanties exprimées en % FR qui s'entendent y compris les remboursements de la Sécurité sociale)	Régime Optionnel (y compris les garanties du socle)
HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MÉDICALE, y compris maternité (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	
Honoraires - Signataires CAS	100 % FR
Honoraires - Non signataires CAS	100 % FR et dans la limite de TM + 100 % BR
Honoraires - Secteur non conventionné	85 % FR avec minimum de 100 % TM et dans la limite de TM + 100 % BR
Frais de séjours	100 % FR
Chambre particulière	80 €/jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	80 €/jour
Forfait hospitalier	100 % FR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
SOINS DE VILLE (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	
Consultations et visites, généralistes et spécialistes - Signataires CAS	TM + 220 % BR
Consultations et visites, généralistes et spécialistes - Non signataires CAS	TM + 100 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Signataires CAS	TM + 220 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Non signataires CAS	TM + 100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Signataires CAS	TM + 220 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Non signataires CAS	TM + 100 % BR
Frais d'analyses et de laboratoire	TM + 210 % BR
Auxiliaires médicaux	TM + 210 % BR
Prothèses auditives, piles et entretien de la prothèse remboursés par la Sécurité sociale	40 % PMSS/an/bénéficiaire avec minimum de 100 % TM
Autre appareillage remboursé par la Sécurité sociale	TM + 215 % BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
PHARMACIE	
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	100 % TM
TRANSPORT	
Transport remboursé par la Sécurité sociale	100 % TM
FRAIS DENTAIRES	
Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	TM + 220 % BR
Inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale	TM + 150 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale : - Couronnes, bridges et inter de bridges - Couronnes sur implant - Prothèses dentaires amovibles - Réparations sur prothèses - Inlays-cores	TM + 430 % BR dans la limite de 2859 €/an/bénéficiaire (au-delà du plafond 55 % BR)
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : - Couronnes et bridges - Prothèses dentaires provisoires - Réparations (sauf les réparations à caractère esthétique)	430 € par dent dans la limite de 2859 €/an/bénéficiaire

GARANTIE FRAIS DE SANTÉ - CONTRAT SURCOMPLÉMENTAIRE COLLECTIF

Garanties en complément des remboursements de la Sécurité sociale (sauf pour les garanties exprimées en % FR qui s'entendent y compris les remboursements de la Sécurité sociale)	Régime Optionnel (y compris les garanties du socle)
Orthodontie remboursée ou non par la Sécurité sociale	300 % BR dans la limite de 1525 € /an /bénéficiaire (au-delà du plafond 25 % BR)
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale	6 % PMSS/an/bénéficiaire
Implants (implant + pilier implantaire)	40 % PMSS/an/bénéficiaire
FRAIS D'OPTIQUE	
Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs (un équipement tous les ans)	
Monture	150,00 €
Verre simple ⁽²⁾ par verre	110,00 €
Verre complexe ⁽²⁾ par verre	180,00 €
Verre très complexe ⁽²⁾ par verre	200,00 €
Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale (y compris jetables)	5 % PMSS/an/bénéficiaire avec minimum de 100 % TM
Chirurgie réfractive (toute chirurgie des yeux)	22 % PMSS/œil
MATERNITÉ ET ADOPTION	
Allocation naissance ou adoption (doublée en cas de naissance ou d'adoption multiple)	15 % PMSS
PRÉVENTION ET AUTRES SOINS	
Forfait pour cure thermale remboursée par la Sécurité sociale	305 €/an/bénéficiaire
Médecine douce (acupuncture, chiropractie, diététique, ergothérapie, homéopathie, méthode mezières, microkinésie, nutritionniste, ostéopathie, pédicure-podologue, psychologue, psychomotricité, psychothérapie, réflexologie, sophrologie)	45 €/séance (maxi 8 séances/an/bénéficiaire)
Pilules contraceptives non remboursées par la Sécurité sociale	2,5 % PMSS/an/bénéficiaire
Actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale ⁽²⁾	Pris en charge

(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

(2) Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est ≤ à +4,00 dioptries.

Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 et +6,00 dioptries ou dont le cylindre est > à +4,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif.
Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique pour adulte dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique pour adulte dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries

(3) Ces actes sont pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat. À titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale / CAS : Contrat d'Accès aux Soins / FR : Frais Réels / MR : Montant remboursé par la Sécurité sociale / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'année / SS : Sécurité sociale

Conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de vos données personnelles en écrivant à l'adresse : Groupe Humanis - cellule CNIL - satisfaction clients - 303 rue Gabriel Debacq - 45777 Saran Cedex ou par courriel à contact-cnil@humanis.com. Votre demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité.

DISPOSITIONS DÉROGATOIRES ET COMPLÉMENTAIRES AUX CONDITIONS GÉNÉRALES



« cg-ionis-santé-collective-octobre2006-maj octobre2010 »

Les présentes dispositions forment avec les Conditions Générales référencées « cg-ionis-santé-collective-octobre2006-maj octobre2010 » un tout indissociable et indivisible.

DISPOSITIONS COMPLÉMENTAIRES

L'article 26 « Règlement des Prestations » des Conditions Générales est complété comme suit :

« Les garanties du contrat prévoient par ailleurs une prise en charge limitée à un équipement optique composé de deux verres et d'une monture, remboursé par la Sécurité sociale, tous les deux ans. Cette période est 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 par le Participant. Lorsque la demande de remboursement de l'équipement est effectuée en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé débute à la date d'achat du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après. »

L'article 32 « Déclaration de sinistre et formalités » des Conditions Générales est complété comme suit :

« Le Participant transmet à l'Institution une facture détaillée et acquittée des frais d'optique. En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, le Participant doit fournir une nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction ou la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction. Il doit également transmettre à l'Institution la prescription médicale de l'équipement précédent ou tout document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent. »

Les Conditions Générales sont complétées par l'article suivant :

ARTICLE - 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, 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'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, 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. »

DISPOSITIONS DÉROGATOIRES

L'article 2 « Contrat Responsable » des Conditions Générales est remplacé comme suit :

« ARTICLE 2 - Contrat Responsable et Solidaire

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

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

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

- Conformément à l'article L. 160-13 II du Code de la Sécurité sociale, la participation forfaitaire due par le bénéficiaire pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale. Toutefois, lorsque pour un bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile.
- Conformément à l'article L. 160-13 III du Code de la Sécurité sociale, la franchise appliquée à certains produits et prestations visés à cet article (médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du Code de la santé publique, actes pratiqués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, transports mentionnés au 2° de l'article L. 160-8 du Code de la Sécurité sociale).

DISPOSITIONS DÉROGATOIRES

- Conformément à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, la majoration de la participation supportée par le bénéficiaire lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés.
 - La majoration de la participation supportée par le bénéficiaire et les ayants-droit sur les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique (accès au dossier Médical Personnel).
 - Les dépassements autorisés d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque le Salarié et ses ayants droit consultent sans prescription du médecin traitant.
 - Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.
- Le contrat satisfait aux dispositions de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Les garanties et les cotisations telles qu'elles sont définies aux annexes du Contrat d'Adhésion ont été établies sur la base des dispositions légales et réglementaires relatives aux contrats « responsables » en vigueur au jour de la signature du présent Contrat. En cas de contradiction entre ces règles et celles prévues par le présent contrat, les règles du contrat responsable prévaudront.

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

L'article 28 « Droit au maintien des garanties » des Conditions Générales est remplacé comme suit :

« ARTICLE 28 - Droit au maintien des garanties

28.1 - Maintien des garanties au titre de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale

Les dispositions qui suivent prennent effet pour les cessations de contrat de travail intervenant à effet du 1^{er} juin 2014.

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'Adhérent un formulaire type « Déclaration de portabilité » qu'il devra lui retourner dûment renseigné et signé pour permettre le maintien de la couverture. À défaut, l'affiliation du Participant cessera de plein droit à la date de cessation du contrat de travail.

Il incombe à l'Adhérent 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 période de maintien ainsi calculée inclut la période de couverture gratuite prévue à l'article suivant.

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.

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

En cas de résiliation de l'adhésion de l'entreprise, quelle qu'en soit la cause, l'affiliation du Participant se poursuit jusqu'au terme du maintien de couverture au titre de la portabilité, excepté en cas de reprise des engagements de maintien par un nouvel assureur à la demande de l'Adhérent.

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 dans la présente notice.

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

L'Adhérent s'engage à informer le Participant de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du régime, 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 régime 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.

DISPOSITIONS DÉROGATOIRES

28.2 - Maintien des garanties au titre de l'article 4 de la Loi n°89-1009 du 31 décembre 1989

La couverture frais de santé est maintenue gratuitement jusqu'à la fin du mois suivant celui de la rupture du contrat de travail pour les anciens salariés et leurs ayants droit éventuels s'ils étaient affiliés au régime.

Par ailleurs, conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, la garantie Frais de santé peut être maintenue par la souscription d'un contrat individuel proposé sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des personnes suivantes :

- Les anciens salariés bénéficiaires de prestations d'incapacité ou d'invalidité,
- Les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite,
- Les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement,
- Les personnes garanties du chef du Participant décédé.

Les intéressés doivent en faire la demande auprès de l'Institution dans les six mois suivant la rupture du contrat de travail ou le décès du Participant.

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

Les bénéficiaires du dispositif de maintien des garanties au titre de l'article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale pourront demander le maintien individuel de la couverture santé auprès de l'Institution, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration du maintien.

Les prestations proposées seront équivalentes à celles prévues par le présent régime. En outre, des options particulièrement adaptées à la situation des bénéficiaires seront proposées par l'Institution.

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

L'article 18 « Réclamations » des Conditions Générales référencées « cg-ionis-santé-collective-octobre2006-maj octobre2010 » est remplacé comme suit :

« ARTICLE 18 - Réclamations - Médiation

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

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

À 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 ou les Bénéficiaires, 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 du CTIP

10 rue Cambacérès - 75008 Paris

Tél : 01 42 66 68 49

www.ctip.asso.fr

mediateur@ctip.asso.fr

L'avis du médiateur est remis aux parties dans un délai de cinq mois à compter de sa saisine. »