

Contrat « surcomplémentaire » | CCN des Entreprises d'installation sans fabrication y compris entretien, réparation, dépannage de matériel aéraulique, thermique, frigorifique et connexes

> ENTREPRISE

Raison sociale

N° Siret N° Code NAF

Forme juridique

Adresse

Code postal Ville

Téléphone Fax

Mail @

Date de création de l'entreprise

Effectif assuré concerné à la date d'adhésion

Nature de l'activité

Correspondance à adresser à (si différent du siège social)

RÉSERVÉ À NOTRE ORGANISME

N° ENTREPRISE

CONTRAT :

- à adhésion collective obligatoire :

CCN015101

- à adhésion collective facultative :

CCN015102

Date effet de l'adhésion :

Nom du commercial

> POPULATION COUVERTE

Catégorie

- Ensemble du personnel
- Personnel Cadre (salariés relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)
- Personnel Cadre et article 36 (salariés relevant des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)
- Personnel Non Cadre y compris article 36 (salariés ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)
- Personnel Non Cadre (salariés ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)

Type d'adhésion

- OU Adhésion collective obligatoire du salarié (appel de cotisations auprès de l'entreprise)
- Adhésion collective facultative du salarié avec appel de cotisations ⁽¹⁾ :
- OU Appel de cotisation collectif (auprès de l'entreprise)
- Appel de cotisation individuel (auprès du salarié)

Affiliation des ayants droit ⁽²⁾

- À titre obligatoire À titre facultatif

⁽¹⁾ 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.

⁽²⁾ Ce choix doit être strictement identique à celui effectué au titre du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel des entreprises d'installation sans fabrication y compris entretien, réparation, dépannage de matériel aéraulique, thermique, frigorifique et connexes n° CCN015100

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

> COTISATIONS

Cotisations complémentaires à celles du contrat d'assurance collective du régime Frais de sante conventionnel des entreprises d'installation sans fabrication y compris entretien, réparation, dépannage de matériel aéraulique, thermique, frigorifique et connexes.

COTISATIONS EN % DU PMSS (plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3 218 euros en 2016)

AFFILIATION OBLIGATOIRE DES AYANTS DROIT CCN015101/00 OU CCN015102/00

Famille ⁽¹⁾ + 1.05 %

⁽¹⁾ Salarié et ses ayants droits

AFFILIATION FACULTATIVE DES AYANTS DROIT CCN015101/01 OU CCN015102/01

Participant seul + 0.52 %

Conjoint + 0.59 %

Par enfant à charge ⁽²⁾ + 0.25 %

⁽²⁾ gratuité à compter du 3^e enfant

> ENGAGEMENT

L'entreprise, ci-dessus nommée, représentée par agissant en qualité de muni(e) de tous les pouvoirs nécessaires ⁽¹⁾ déclare adhérer au présent contrat ⁽²⁾ ci-dessus référencé assuré par Humanis Prévoyance.

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

Les garanties du contrat et cotisations figurent au verso du présent bulletin d'adhésion. L'entreprise reconnaît avoir reçu et pris connaissance du présent contrat 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) et les notices d'information « NI-CCN Froid -santé- surcomplémentaire obligatoire» ou « NI-CCN Froid -santé- surcomplémentaire facultatif».

(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.

(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 entreprises d'installation sans fabrication y compris entretien, réparation, dépannage de matériel aéronautique, thermique, frigorifique et connexes assuré par Humanis Prévoyance. La résiliation du contrat d'adhésion entraînera la résiliation du présent contrat à la même date d'effet.

J'accepte de recevoir des informations sur les offres, produits et services du groupe Humanis (courrier, téléphone, SMS, MMS, email).

Fait à le

L'entreprise

Signature et cachet de l'entreprise

Signature Humanis Prévoyance

Le Directeur

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.

Contrat « surcomplémentaire » | CCN des Entreprises d'installation sans fabrication y compris entretien, réparation, dépannage de matériel aéraulique, thermique, frigorifique et connexes

Les garanties exprimées en pourcentage de la BR s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité sociale et du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel des entreprises d'installation sans fabrication y compris entretien, réparation, dépannage de matériel aéraulique, thermique, frigorifique et connexes.

L'Institution verse les prestations au titre du contrat déduction faite des remboursements de la Sécurité sociale et du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel des entreprises d'installation sans fabrication y compris entretien, réparation, dépannage de matériel aéraulique, thermique, frigorifique et connexes.

Les garanties exprimées en euros, incluant celles versées au titre du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel des entreprises d'installation sans fabrication y compris entretien, réparation, dépannage de matériel aéraulique, thermique, frigorifique et connexes, sont complémentaires aux éventuelles prestations versées au titre du régime de base de la Sécurité sociale.

| DESCRIPTIF DES GARANTIES | PRESTATIONS Les prestations mentionnées ci-dessous s'entendent y compris celles versées au titre du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel des entreprises d'installation sans fabrication y compris entretien, réparation, dépannage de matériel aéraulique, thermique, frigorifique et connexes |
|--|---|
| HOSPITALISATION (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾) | |
| Hospitalisation médicale et chirurgicale : | |
| Frais de séjour (frais de structure et de soins) et Fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques) | Etablissements conventionnés et non conventionnés : 200 % de la BR |
| Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin adhérent au contrat d'accès aux soins ⁽²⁾ | 200 % de la BR |
| Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin non adhérent au contrat d'accès aux soins ⁽²⁾ | 175 % de la BR |
| Chambre Particulière (y compris en maternité) | 60 € par jour |
| Forfait Hospitalier | 100 % des frais réels |
| Lit d'accompagnant pour un enfant de moins de 12 ans | 25 € par jour |
| Forfait acte lourd | Pris en charge |
| PRATIQUE MÉDICALE COURANTE (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾) | |
| Consultation, visite d'un généraliste | 100 % de la BR |
| Consultation, visite d'un spécialiste adhérent au CAS ⁽²⁾ à l'exception des Psychiatres, Neuropsychiatres, Neurologues | 200 % de la BR |
| Consultation, visite d'un spécialiste non adhérent au CAS ⁽²⁾ à l'exception des Psychiatres, Neuropsychiatres, Neurologues | 175 % de la BR |
| Consultation, visite d'un Psychiatre, Neuropsychiatre, Neurologue | 100 % de la BR |
| Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement | 100 % de la BR |
| Actes techniques médicaux | 100 % de la BR |
| Radiologie, imagerie médicale, échographie, frais d'analyse et de laboratoire et Ostéodensitométrie prise en charge par la Sécurité sociale réalisés par un médecin adhérent au contrat d'accès aux soins ⁽²⁾ | 150 % de la BR |
| Radiologie, imagerie médicale, échographie, frais d'analyse et de laboratoire et Ostéodensitométrie prise en charge par la Sécurité sociale réalisés par un médecin non adhérent au contrat d'accès aux soins ⁽²⁾ | 125 % de la BR |
| MÉDECINE ALTERNATIVE | |
| Ostéopathie | 25 € par séance dans la limite de 4 séances par an et par bénéficiaire |

| | |
|---|--|
| 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 | 100 % de la BR |
| Prothèses dentaires prises en charge par la SS : | |
| - Couronne | 350 % de la BR |
| - Inlay-core / inlay-core à clavette | 125 % de la BR |
| - Appareil dentaire 1 à 3 dents | 200 % de la BR |
| - Appareil dentaire complet (14 dents) | 200 % de la BR |
| - Bridge de 3 éléments | 350 % de la BR |
| Prothèses dentaires non prises en charge par la SS (couronne ou adjonction de couronne, bridge, réparation sur prothèse) | 300 € par prothèse et d'un maximum de 3 prothèses par an et par bénéficiaire |
| Implant (implant et pilier implantaire) | 350 € par an et par bénéficiaire |
| Orthodontie prise en charge par la SS | 200 % de la BR |
| OPTIQUE | |
| Équipement optique (2 verres et une monture) Enfant de moins de 18 ans | |
| Le remboursement est limité à un équipement optique par an et par bénéficiaire. Le remboursement de la monture est limité à 150 euros. | 250 € |
| Équipement optique (2 verres et une monture) Adulte et Enfant de 18 ans et plus | |
| Le remboursement est limité à un équipement optique par bénéficiaire tous les 2 ans. | Cf. Grille optique |
| Le remboursement est limité à un équipement optique par an et par bénéficiaire en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue. | |
| Lentilles prises en charge par la SS | 200 € par an et par bénéficiaire avec un minimum de 100 % de la BR |
| Lentilles non prises en charge par la SS | 200 € par an et par bénéficiaire |
| APPAREILLAGE | |
| Orthopédie et autres prothèses | 150 % de la BR |
| Prothèses auditives | 150 % de la BR |

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

(2) CAS : Contrat d'Accès aux Soins conclu entre l'Assurance maladie et les médecins exerçant en secteur 2 ou qui sont titulaires d'un droit à dépassement permanent ainsi que certains médecins exerçant en secteur 1. Vous trouverez le secteur d'exercice de votre médecin et son éventuelle adhésion au contrat d'accès aux soins en consultant : ameli-direct.fr. Pour les médecins non-conventionnés la base de remboursement est égale au tarif d'autorité (moins de 1€ pour une consultation et 16% du tarif de convention pour un acte technique)

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale / SS = Sécurité sociale / PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'année

GRILLE OPTIQUE

| « SURCOMPLÉMENTAIRE » (y compris base) | Adultes | | |
|---|--------------|---------|-------------------------|
| | LPP > 18 ans | Rbt SS | Rbt Ass. ⁽¹⁾ |
| Verres Simple Foyer, Sphérique | | | |
| sphère de -6 à +6 | 2,29 € | 1,37 € | 85,00 € |
| sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10 | 4,12 € | 2,47 € | 125,00 € |
| sphère < -10 ou >+10 | 7,62 € | 4,57 € | 125,00 € |
| Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques | | | |
| cylindre < +4 sphère de -6 à +6 | 3,66 € | 2,20 € | 85,00 € |
| cylindre < +4 sphère < -6 ou >+6 | 6,86 € | 4,12 € | 125,00 € |
| cylindre > +4 sphère de -6 à +6 | 6,25 € | 3,75 € | 125,00 € |
| cylindre > +4 sphère < -6 ou >+6 | 9,45 € | 5,67 € | 125,00 € |
| Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques | | | |
| sphère de -4 à +4 | 7,32 € | 4,39 € | 125,00 € |
| sphère < -4 ou >+4 | 10,82 € | 6,49 € | 185,00 € |
| Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques | | | |
| sphère de -8 à +8 | 10,37 € | 6,22 € | 165,00 € |
| sphère < -8 ou >+8 | 24,54 € | 14,72 € | 185,00 € |
| Monture | 2,84 € | 1,70 € | 100,00 € |

(1) Le remboursement Assureur s'entend par verre

Contrat « surcomplémentaire » | CCN des Entreprises d'installation sans fabrication y compris entretien, réparation, dépannage de matériel aéraulique, thermique, frigorifique et connexes

> FORMALITÉS

Le terme « Bulletin Individuel d'Adhésion » est remplacé par « Déclaration d'Affiliation » pour l'application des Conditions Générales CG/HP/FFS 02.13.

> DÉFINITIONS

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.

> ADHÉSION 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 la Déclaration d'Affiliation.

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'Adhérent et référencé sous le n°CCN015100, 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'Adhérent et référencé sous le n°CC015100.

> BÉNÉFICIAIRES

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

Sont couverts, au choix de l'Adhérent et sous réserve des dispositions prévues dans l'acte mettant en place les garanties collectives dans l'entreprise :

- les Participants à l'exclusion de leurs ayants droit,
- les Participants conjointement avec leurs ayants droit.

Le choix de couvrir les seuls Participants ou les Participants et leurs ayants droit influe sur la cotisation.

- En cas d'adhésion obligatoire des ayants droit, la cotisation est identique pour chacun des Participants quelles que soient leur situation matrimoniale et de famille. Elle permet la couverture du Participant et de ses éventuels ayants droit.
- En cas d'adhésion facultative des ayants droit, ces derniers 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 montant de la cotisation est prévu pour chaque personne couverte. **La cotisation « Enfant » est gratuite à compter du 3^{ème} enfant affilié.**

6.3.2 Définition des ayants droit

Sont ayants droit du Participant :

- le conjoint du Participant non divorcé ou non séparé de corps judiciairement à la date de l'évènement donnant lieu à prestation,
- le partenaire lié au Participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS),
- la personne vivant en concubinage avec le Participant. Conformément

à l'article 515-8 du Code civil, le concubinage est une union de fait caractérisé par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple,

- les enfants à charge : sont considérés comme enfants à charge du Participant :
 - Les enfants du Participant de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin, s'ils sont effectivement à la charge du Participant (c'est-à-dire si celui-ci pourvoit à leurs besoins et assure leur entretien) et satisfont à l'une des conditions suivantes :
 - > être âgés de moins de 21 ans et être non-salariés et avoir la qualité d'ayant droit au sens de la Sécurité sociale du Participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin,
 - > être âgés de moins de 26 ans, et sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de leur situation :
 - » être à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle Emploi,
 - » ou exercer une activité rémunérée leur procurant un revenu mensuel inférieur au RSA mensuel,
 - » ou bénéficier d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
 - > être âgés de moins de 28 ans, être non-salariés, reconnus à charge par l'administration fiscale ou non imposables et justifier de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps

- plein dans un établissement public ou privé,
- > quel que soit leur âge, sous réserve qu'ils soient atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21^e anniversaire,
- Les enfants remplissant l'une des conditions énumérées ci-dessus au titre desquels le Participant verse une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu.

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 ses ayants droit à l'Institution.

Les modalités de déclaration des ayants droit varient selon que la couverture de ces derniers est obligatoire ou facultative.

Adhésion obligatoire des ayants droit

Lorsque la couverture des ayants droit est obligatoire, les bénéficiaires du contrat sont identiques à ceux du contrat d'assurance collective du régime Frais de santé conventionnel référencé sous le n°CCN015100.

La déclaration des ayants droit s'effectue au moment de l'affiliation du Participant. Toutefois, postérieurement à celle-ci, l'Institution accepte la modification des ayants droit à la date de l'évènement en cas de modification de la situation familiale du Participant (notamment naissance, décès, séparation...). Le Participant est tenu d'informer l'Adhérent et l'Institution de ces modifications.

Adhésion facultative des ayants droit

Lorsque la couverture des ayants droit est facultative, le Participant déclare à l'Adhérent et à l'Institution les ayants droit dont il entend assurer la couverture sous réserve qu'ils soient bénéficiaires du contrat d'assurance collective du régime Frais de santé conventionnel référencé sous le n°CCN015100.

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

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,
- l'attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux concubins et tout justificatif de domicile commun (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...),
- pour les enfants à charge selon leur situation :
 - la copie du dernier avis d'imposition du Participant ou de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin,
 - 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 :

- 1°) en cas d'affiliation obligatoire des ayants droit, à la date d'affiliation du Participant,
- 2°) en cas d'affiliation facultative des ayants droit, à la date de production de l'ensemble des pièces visées ci-dessus. »

L'article 6.3.1 des Conditions Générales CG/HP/ FFS 02.13 est complété comme suit :

« L'Adhérent effectue son choix, identique à celui opéré au titre du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel des entreprises d'installation sans fabrication y compris entretien, réparation, dépannage de matériel aéronautique, thermique, frigorifique et connexes n° CCN015100, via le Bulletin d'Adhésion. »

« En tout état de cause, les ayants droit affiliés au titre du présent contrat doivent être identiques à ceux déclarés au contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel des entreprises d'installation sans fabrication y compris entretien, réparation, dépannage de matériel aéronautique, thermique, frigorifique et connexes n° CCN015100.

La souscription du présent contrat par le Participant emporte de plein droit l'affiliation de ses ayants droit. »

> 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 informée dans un délai de trois mois suivant la reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'Institution de la déclaration faite par l'Adhérent.

Toutefois, ces derniers ont la possibilité de demander le maintien des garanties du présent 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 de cotisations spécifiques.

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 SANTÉ A TITRE GRATUIT AU TITRE DE L'ARTICLE L911-8 DU CODE DE LA SÉCURITÉ 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'Adhérent 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'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 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.

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'Adhérent 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. »

> MAINTIEN DE GARANTIES SANTÉ AU TITRE DE L'ARTICLE 4 DE LA LOI ÉVIN 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

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 facultatif proposé sans condition de période probatoire ni d'examen 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.

La garantie Frais de santé peut être aussi maintenue aux anciens salariés privés d'emploi non bénéficiaires d'un revenu de remplacement dans les mêmes conditions.

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

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

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

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

> PAIEMENT DES COTISATIONS

Il est ajouté à l'article 8 des Conditions Générales CG/HP/FS 02.13, les dispositions suivantes :

« Extension facultative des garanties aux membres de la famille :

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

Les cotisations concernant l'extension facultative des garanties aux membres de la famille du Participant sont recouvrées auprès du Participant sur son compte bancaire selon la périodicité indiquée sur la déclaration d'affiliation.

A défaut de paiement de la cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date de son échéance, l'extension des garanties aux membres de sa famille pourra être résiliée dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations dues doivent être payées.

La résiliation de l'extension des garanties aux membres de la famille par l'Institution ne la prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues, y compris les majorations de retard mentionnées ci-dessous.

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, le Participant peut se voir appliquer des majorations de retard fixées au taux annuel de 2,6% et courant, à compter de l'échéance.

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

> RÉCLAMATIONS – MÉDIATION

L'article 13 des Conditions Générales CG/HP/FS 02.13 et des Conditions Générales CG/HP/FFS 02.13 intitulé « Réclamations - Médiation » est modifié comme suit :

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

HUMANIS Prévoyance
Service Satisfaction Clients
303, rue Gabriel Debacq
45 777 SARAN Cedex
Tél. (appel non surtaxé) : numéro mentionné sur les correspondances adressées par le centre de gestion.

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

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

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'Institution et après épuisement des voies de recours internes, l'entreprise, le Participant, les bénéficiaires ou les ayants droit, ou avec l'accord de ceux-ci, l'Institution, peuvent saisir le Médiateur 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
mediateur@ctip.asso.fr
www.ctip.asso.fr

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

> GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

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 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**.

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

- Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la Liste des Produits et des Prestations (LPP) facturables et spécialités pharmaceutiques).
- Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin adhérent ou non au contrat d'accès aux soins.
- Frais de chambre particulière.

- Forfait hospitalier.
- Lit d'accompagnant en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant de **moins de 12 ans** bénéficiaire du contrat. Ces frais comprennent les frais d'hébergement d'un seul des deux parents de l'enfant facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents ».
- Forfait pour acte lourd. »

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 :

- **Équipement 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, 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 (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). »

Les dispositions relatives aux actes de prévention sont remplacées comme suit :

« PRÉVENTION :

Frais de prévention : l'Institution prend en charge les actes de prévention à hauteur des prestations prévues dans le contrat, au titre de chaque poste de garanties concernés par ces actes. »

Par dérogation à l'article 18 « Modalités de versement des prestations » des Conditions Générales CG/HP/FS 02.13 et des Conditions Générales CG/HP/FFS 02.13, les justificatifs à fournir par le Participant pour les demandes de remboursement relatives au poste optique sont remplacés comme suit :

OPTIQUE

- Facture détaillée et acquittée

En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue :

- Soit nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction,
- Soit prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction,
- Et prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent.

- Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité sociale