



CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES JARDINERIES ET GRAINETERIES

CONDITIONS GENERALES

« REGIME FRAIS DE SANTE »

(Référencées CG-CCN JARDINERIE -santé-2016)

SOMMAIRE

PREMIERE PARTIE DISPOSITIONS INTRODUCTIVES	3
ARTICLE 1 – OBJET ET ARCHITECTURE DES CONTRATS	3
ARTICLE 2 – ADHESION	4
DEUXIEME PARTIE CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE	5
ARTICLE 3 - OBJET DU CONTRAT	5
ARTICLE 4 - DUREE DU CONTRAT D'ADHESION - RENOUELEMENT	5
ARTICLE 5 - CONDITIONS D’AFFILIATION DES PARTICIPANTS	5
ARTICLE 6 - BENEFICIAIRES	6
ARTICLE 7 – ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE – SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN	8
ARTICLE 8 –CESSATION DE L’AFFILIATION DES PARTICIPANTS	9
ARTICLE 9 – MAINTIEN DES GARANTIES SANTE DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE	9
ARTICLE 10 - ASSIETTE ET MONTANT DES COTISATIONS DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE	11
ARTICLE 11 - PAIEMENT DES COTISATIONS DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE	11
ARTICLE 12 - REVISION DES COTISATIONS AFFERENTES AU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE	12
ARTICLE 13 - RESILIATION DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE	13
TROISIEME PARTIE CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF	14
ARTICLE 14 - OBJET DU CONTRAT	14
ARTICLE 15 - DUREE DU CONTRAT D'ADHESION - RENOUELEMENT	14
ARTICLE 16 – PERSONNES COUVERTES AU TITRE DU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF	14
ARTICLE 17 - CONDITIONS D’AFFILIATION DES PARTICIPANTS	15
ARTICLE 18 – AFFILIATION DES MEMBRES DU PERSONNEL/ ADHESION INDIVIDUELLE DES PERSONNES AU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF	17
ARTICLE 19 – MAINTIEN DU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF	20
ARTICLE 20 - ASSIETTE ET MONTANT DES COTISATIONS DU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF	20
ARTICLE 21 - PAIEMENT DES COTISATIONS DU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF	21
ARTICLE 22 - REVISION DES COTISATIONS AFFERENTES AU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF	22
ARTICLE 23 - RESILIATION DU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF	22
QUATRIEME PARTIE	24
DISPOSITIONS COMMUNES AUX DEUX CONTRATS	24
ARTICLE 24 – CHAMP D’APPLICATION	24
ARTICLE 25 - RECOURS - PRESCRIPTION	24
ARTICLE 26 - RECLAMATIONS – MEDIATION	24
ARTICLE 27 - CONTROLE DE L’INSTITUTION	25
ARTICLE 28 - DISPOSITIONS DIVERSES	25
CINQUIEME PARTIE DEFINITION DES GARANTIES	26
ARTICLE 29 – CHAMP D’APPLICATION	26
ARTICLE 30 – CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE	26
ARTICLE 31 - GARANTIES FRAIS DE SANTE	26
ARTICLE 32 – RISQUES EXCLUS	29
ARTICLE 33 - MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	29
POUR MIEUX SE COMPRENDRE	32
L’ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE	33
ANNEXE 1 – GARANTIES	33
ANNEXE 2 – COTISATIONS	

PREMIERE PARTIE

DISPOSITIONS INTRODUCTIVES

ARTICLE 1 – OBJET ET ARCHITECTURE DES CONTRATS

L'entreprise, ci-après dénommé « l'Adhérent » relevant de la Convention collective nationale des jardineries et graineteries, adhère au « contrat socle collectif obligatoire » et le cas échéant adhère au « contrat surcomplémentaire collectif ».

Ces contrats sont mis en œuvre par Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est à PARIS (75014) 29 Boulevard Edgar Quinet, ci-après dénommée « l'Institution » au profit de la catégorie assurée retenue au contrat d'adhésion.

Les présentes Conditions générales ont pour objet de définir les conditions d'adhésion des entreprises ainsi que des modalités d'affiliation de la catégorie assurée au contrat.

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

Les Conditions Générales et les Contrats d'Adhésion associés ont pour objet d'instituer :

- une opération d'assurance à adhésion obligatoire à laquelle l'ensemble des membres du personnel de l'Adhérent est tenu de s'affilier, dénommée ci-après « contrat socle collectif obligatoire »,
- une opération d'assurance à adhésion facultative offrant collectivement, et sous réserve de l'accord de l'Adhérent, des renforts complémentaires aux garanties du contrat socle collectif obligatoire, à laquelle les membres du personnel de l'Entreprise appartenant à la catégorie assurée peuvent adhérer à titre individuel, dénommée ci-après « contrat surcomplémentaire collectif ».

Le contrat socle collectif obligatoire et, s'il a été souscrit, le contrat surcomplémentaire collectif prévoient donc, d'une part, des garanties de base obligatoires et, d'autre part, des garanties complémentaires.

Le contrat socle collectif obligatoire et, s'il est souscrit par l'Adhérent, le contrat surcomplémentaire collectif sont des contrats juridiquement distincts dont les souscriptions interviennent par la signature de contrats d'adhésions différents. La seule souscription du **contrat socle collectif obligatoire** n'emporte pas l'adhésion au contrat surcomplémentaire collectif, et la résiliation du contrat surcomplémentaire collectif n'emporte pas la résiliation du **contrat socle collectif obligatoire**. Les présentes conditions générales contiennent donc deux contrats différents.

La réunion, dans un même support (même *instrumentum*) des garanties de base obligatoires, offertes par le contrat socle collectif obligatoire et des garanties complémentaires facultatives, prévues par le contrat surcomplémentaire collectif, est instituée dans le but de renforcer l'information de l'Adhérent et des participants et afin de faciliter la mise en œuvre d'une couverture globale adaptée aux besoins de chacun. Elle ne traduit nullement la volonté de l'Institution de soumettre l'ensemble de ces garanties à un même corps de règles légales et réglementaires, ni même de réunir, dans un même contrat, des garanties de natures différentes.

La souscription, la mise en œuvre et la disparition du contrat socle collectif obligatoire est régie par les dispositions des articles L. 932-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale et de l'article 2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 ainsi que par les différentes dispositions légales ou réglementaires applicables aux opérations d'assurances régies par ce dernier article.

La souscription, la mise en œuvre et la disparition du contrat surcomplémentaire collectif est exclusivement régie par les dispositions des articles L. 932-14 et suivants du Code de la Sécurité Sociale et de l'article 3 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 ainsi que par les différentes dispositions légales ou réglementaires applicables aux opérations d'assurance régies par ce dernier article.

La garantie, qu'elle soit de base obligatoire ou complémentaire facultative, a pour objet le remboursement des frais de santé.

Les garanties souscrites par l'Adhérent sont précisées au(x) Contrat(s) d'Adhésion.

Le présent contrat est régi par les dispositions du Code de la Sécurité Sociale.

ARTICLE 2 – ADHESION

Afin d'adhérer au(x) contrat(s), l'entreprise devra retourner à l'Institution le(s) contrat(s) d'adhésion, dûment rempli(s), daté(s) et signé(s).

L'adhésion est acquise à l'entreprise, ci-après dénommée « l'Adhérent » à la date d'effet indiquée au(x) contrat(s) d'adhésion contresigné(s) et retourné(s) à l'employeur.

Le(s) contrat(s) susvisé(s) accompagné(s) des présentes Conditions Générales forment le(s) contrat(s) de l'Adhérent.

DEUXIEME PARTIE

CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE

ARTICLE 3 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat socle collectif obligatoire a pour objet la souscription des garanties de base obligatoires dans les conditions définies à la présente partie des Conditions Générales, de l'article 4 à l'article 13 inclus.

ARTICLE 4 - DUREE DU CONTRAT D'ADHESION - RENOUELEMENT

Le contrat socle collectif obligatoire de l'employeur expire le 31 décembre de l'année de l'adhésion. Il se renouvelle par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une ou par l'autre des parties effectuée par lettre recommandée moyennant le respect d'un préavis de deux mois.

La dénonciation doit être adressée à l'Institution au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, le cachet de la poste faisant foi. Elle ne prend effet qu'au 31 décembre de la même année.

La dénonciation de l'adhésion au contrat socle collectif obligatoire emporte nécessairement la dénonciation de l'adhésion au contrat surcomplémentaire collectif.

ARTICLE 5 - CONDITIONS D'AFFILIATION DES PARTICIPANTS

5.1 Obligations de l'Adhérent :

L'Adhérent devra obligatoirement :

1. Affilier l'ensemble de ses salariés, sous contrat de travail à la date d'effet du contrat d'adhésion au contrat socle collectif obligatoire, sous réserve des cas de dispenses d'affiliation.
2. Communiquer à l'Institution les cas éventuels de dispense d'affiliation visées par l'acte juridique prévu à l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité Sociale instituant ou modifiant les garanties collectives.

Le choix et la définition des dispenses d'affiliation incombent à l'Adhérent.

L'Institution ne saurait être garante de la conformité de ce choix et de ces définitions aux dispositions de l'article R. 242-1-6 du Code de la Sécurité Sociale.

3. Communiquer à l'Institution la Déclaration d'Affiliation visée ci-dessous dûment renseignée par chaque participant, dans un délai de trente jours suivant :
 - soit la date d'effet du contrat socle collectif obligatoire,
 - soit la date de l'entrée du participant dans l'entreprise.
4. Déclarer à l'Institution tout salarié qui, au cours du contrat entre dans ses effectifs.
5. Déclarer à l'Institution tout salarié qui, au cours du contrat, quitte l'employeur notamment suite à une démission, une rupture conventionnelle, un licenciement ou un départ en retraite en précisant la date et le motif du départ. Cette déclaration doit être effectuée dans les 30 jours du départ de l'employeur.
6. Déclarer à l'Institution tout salarié dont le contrat de travail est suspendu et qui ne pourrait bénéficier du maintien de son affiliation en application de l'article 7.
7. Déclarer trimestriellement, à l'Institution, par le biais des appels de cotisations, l'effectif des salariés affiliés au présent contrat.
8. Communiquer annuellement à l'Institution, au plus tard le 31 janvier de l'année N + 1, un état nominatif annuel des salaires par voie dématérialisée.

5.2 Information des Participants

L'Adhérent reconnaît avoir été informé par l'Institution des obligations qui lui incombent en vertu des dispositions de l'article L 932-6 du Code de la Sécurité Sociale, en sa qualité de souscripteur du contrat.

Conformément à ces dispositions, l'Adhérent s'engage à remettre à chaque participant la notice d'information qui lui a été communiquée par l'Institution.

L'Adhérent s'engage à porter à la connaissance de chacun d'eux, par écrit, les modifications des garanties, notamment en leur remettant l'addenda modificatif de ladite notice ou la nouvelle notice d'information rédigée par l'Institution.

L'Adhérent est seul responsable à l'égard du participant en l'absence de remise de la notice d'information ou de l'addenda modificatif de celle-ci.

5.3 Affiliation de l'ensemble des membres du personnel de l'Adhérent

Le contrat socle collectif obligatoire entraîne l'affiliation, à titre obligatoire, de l'ensemble du personnel de l'Adhérent.

Toutefois, conformément à l'acte juridique instituant ou modifiant les garanties collectives, certains salariés ont la faculté de ne pas adhérer aux garanties de base obligatoires, sous réserve d'en faire expressément la demande auprès de l'Adhérent. A défaut de renonciation écrite exprimée par le salarié, celui-ci doit être obligatoirement affilié.

Les salariés ayant choisi d'être dispensés d'affiliation :

- doivent être affiliés au contrat socle collectif obligatoire dès qu'ils cessent de justifier de leur situation ou de remplir aux conditions posées à la dispense d'affiliation,
- peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur adhésion au contrat socle collectif obligatoire ; l'adhésion prendra effet le 1er jour du mois suivant la demande, et sera alors irrévocable.

Pour le présent contrat, chaque salarié ainsi affilié est appelé « Participant ».

Lors de l'adhésion de l'employeur ou de son entrée en fonction, chaque participant renseigne et signe la Déclaration d'Affiliation établie par l'Institution.

Il y précise notamment son état civil et, le cas échéant, celui de ses ayants droit.

ARTICLE 6 - BENEFICIAIRES

6.1 Définition des ayants droits

Les ayants droit du participant tels que définis ci-dessous, peuvent être couverts par une extension facultative souscrite individuellement par chaque participant.

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 21ème 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.

6.2 Conditions d'affiliation et de modification des bénéficiaires

Le participant déclare à l'Adhérent et à l'Institution les ayants droit dont il entend assurer la couverture.

Cette déclaration a lieu à l'occasion de l'affiliation du participant. Toutefois, postérieurement à celle-ci, le participant peut affilier ou modifier les bénéficiaires :

- à l'occasion d'une modification de la situation familiale,
- chaque 1^{er} janvier, sous réserve qu'une demande en ce sens soit présentée à l'Institution au plus tard le 30 novembre de l'année précédente.

En tout état de cause le participant est tenu d'apporter les pièces justifiant sa situation et celle de ses ayants droit à l'Institution et de s'acquitter des cotisations afférentes.

Justificatifs à fournir

Le participant doit joindre avec la Déclaration d'Affiliation, selon sa situation :

- la copie du livret de famille,
- la copie du certificat de mariage,
- l'attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité,
- l'attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux concubins 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 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 à l'Institution de toute modification de sa situation ou celle de l'un de ses ayants droit ne permettant plus à ce dernier d'avoir la qualité de bénéficiaire.

6.3 Cessation de l'affiliation des bénéficiaires

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

Elle cesse également :

- à la date à laquelle les ayants droit ne remplissent plus les conditions posées ci-avant ;
- au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de résiliation accompagnée de l'attestation de l'organisme assureur, pour les ayants droit justifiant par la suite d'une couverture à titre obligatoire, sous réserve des dispositions réglementaires en vigueur et à la condition que l'acte mettant en place les garanties le prévoit ;
- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le participant demande la résiliation de l'ayant droit. Cette demande doit être adressée à l'Institution au plus tard le 31 octobre de la même année par lettre recommandée. La demande adressée à l'Institution après le 31 octobre est de nul effet. Le cas échéant, elle doit être renouvelée avant le 31 octobre de l'année suivante pour prendre effet au 31 décembre de cette même année.

La cessation de l'affiliation des ayants droit au titre du contrat socle collectif obligatoire emporte nécessairement la cessation de l'affiliation des ayants droit du contrat surcomplémentaire collectif.

ARTICLE 7 – ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE – SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN

PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties du contrat socle collectif obligatoire souscrit par l'entreprise prennent effet :

- à la date d'effet de l'adhésion au contrat socle collectif obligatoire pour tous les participants présents à cette date, et ultérieurement à la date d'embauche, sous réserve des éventuelles dispenses d'affiliation,
- au premier jour du mois qui suit la demande d'affiliation pour les salariés ayant demandé à bénéficier d'une dispense d'affiliation et qui viennent à cesser de justifier de leur situation, ou qui décident ultérieurement de renoncer à cette dispense.

Les garanties du contrat socle collectif obligatoire étendues aux membres de sa famille prennent effet à la date de leur adhésion soit :

- à la même date d'affiliation que le participant au contrat socle collectif obligatoire, lorsque ce dernier a exprimé son choix d'étendre les garanties à sa famille.
- à défaut, à la date de l'évènement dans le cas d'une adhésion suite à un changement de situation,
- et dans les autres cas, au 1er janvier, sous réserve que le participant en fasse la demande auprès de l'Institution avant le 30 novembre de l'année précédente.

CONDITIONS DE SUSPENSION DES GARANTIES

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

Le bénéfice des garanties du contrat socle collectif obligatoire est maintenu au participant dont le contrat de travail est suspendu moyennant le paiement des cotisations, s'il bénéficie :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire,
- soit d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité, complémentaires financées au moins pour partie par l'Adhérent, qu'elles soient versées directement par l'Adhérent ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

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

En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée d'une durée inférieure à un mois, l'affiliation au contrat socle collectif obligatoire et par conséquent les garanties correspondantes sont maintenues au participant, moyennant le paiement des cotisations.

En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée d'une durée supérieure ou égale à un mois, les garanties du contrat socle collectif obligatoire 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'Adhérent.

ARTICLE 8 –CESSATION DE L’AFFILIATION DES PARTICIPANTS

Sous réserve de l'application de l'article 9.1 ci-après des présentes Conditions Générales, l'affiliation du participant cesse de plein droit :

- Soit à la date de résiliation ou de non renouvellement de l'adhésion de l'entreprise au contrat socle collectif obligatoire,
- soit à la date de sortie des effectifs,
- soit à la date de départ à la retraite, à l'exception des participants reprenant, sans interruption de fait, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès de l'Adhérent,
- soit à la date d'évolution dans une autre catégorie non couverte par l'adhésion de l'entreprise,
- et, en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat socle collectif obligatoire.

La cessation de l'affiliation entraîne la fin des garanties du contrat socle collectif obligatoire ainsi que celle des garanties complémentaires du contrat surcomplémentaire collectif.

Le participant qui bénéficiait du tiers payant s'engage, lors de son départ, à remettre à l'Adhérent sa carte de tiers payant. L'Adhérent doit la retourner à l'Institution.

L'Institution récupère auprès du participant toutes prestations indûment réglées.

La radiation du participant entraîne, à la même date, la radiation de l'ensemble des membres de sa famille.

ARTICLE 9 – MAINTIEN DES GARANTIES SANTE DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE

9.1 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 au contrat socle collectif obligatoire 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.

En lieu et place de cette déclaration, l'Adhérent peut effectuer cette démarche par voie dématérialisée.

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

EFFET ET DUREE DU MAINTIEN DE L'AFFILIATION

L'affiliation du participant au contrat socle collectif obligatoire 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 au contrat socle collectif obligatoire 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 de l'adhésion de l'entreprise au contrat socle collectif obligatoire.

OBLIGATIONS DECLARATIVES

Le participant s'engage à fournir à l'Institution :

- à l'ouverture de la période de maintien des garanties, le justificatif initial de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage,
- mensuellement, l'attestation de paiement des allocations Chômage.

GARANTIES

Le participant bénéficie des garanties prévues au contrat socle collectif obligatoire 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 socle collectif obligatoire 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 socle collectif obligatoire, 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.

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

Dans le cadre du contrat socle collectif obligatoire, et conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, les garanties Frais de santé peut être maintenue par la souscription d'un contrat individuel 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. Dans ce dernier cas, le maintien des garanties est effectif pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès.

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 contrat socle collectif obligatoire. 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.

ARTICLE 10 - ASSIETTE ET MONTANT DES COTISATIONS DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE

Les cotisations annuelles sont fixées en fonction notamment des garanties souscrites et compte tenu des dispositions réglementaires et des bases de remboursement de la Sécurité sociale en vigueur.

Les taux de cotisations du contrat socle collectif obligatoire sont mentionnés en annexe II des présentes Conditions Générales.

Pour les participants dont l'affiliation prend effet ou cesse en cours d'année, le montant des cotisations est calculé prorata temporis de leur durée d'appartenance.

Pour le calcul de ce prorata, les mois sont comptés pour une durée de 30 jours.

Les bénéficiaires des garanties sont ceux pour lesquels une cotisation est versée sous réserve de leur déclaration par le participant et de la communication à l'Institution des justificatifs visés à l'article 6.2 des Conditions Générales.

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

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

ARTICLE 11 - PAIEMENT DES COTISATIONS DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE

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

Elles sont recouvrées trimestriellement à terme échu auprès de l'Adhérent. Elles sont payables dans les 10 jours qui suivent l'échéance.

La répartition du coût des cotisations entre l'Adhérent et les participants est fixée par l'acte juridique instituant ou modifiant les garanties collectives dans l'entreprise. Toutefois, l'Adhérent est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations vis-à-vis de l'Institution. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à l'Institution, aux différentes échéances prévues.

A défaut de paiement des cotisations dans les 10 jours suivant leur échéance, l'Institution envoie à l'Adhérent une lettre de mise en demeure en recommandée avec avis de réception. Le cas échéant, l'Institution peut engager, une procédure de recouvrement des cotisations dans le cadre d'une action contentieuse.

En cas de non-paiement des cotisations, l'Institution en avisera la Commission paritaire.

Extension facultative des membres de la famille du participant :

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

Les cotisations concernant l'extension des garanties aux membres de la famille du participant sont recouvrées auprès du participant 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 du contrat socle collectif obligatoire 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.

ARTICLE 12 - REVISION DES COTISATIONS AFFERENTES AU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE

Les modifications apportées au contrat socle collectif obligatoire font l'objet d'un avenant adressé à l'Adhérent par l'Institution.

12.1 Révision annuelle des cotisations

Les cotisations sont réexaminées par l'Institution en fin d'exercice et peuvent être modifiées en fonction des résultats du contrat ou des évolutions législatives et réglementaires.

La révision des cotisations doit être notifiée à l'Adhérent, par lettre recommandée avec avis de réception, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. Elle prend effet le 1er janvier de l'année suivante.

En cas de désaccord, l'Adhérent doit en aviser l'Institution au plus tard le 30 novembre de l'année en cours. Ce refus entraîne la résiliation au 31 décembre de la même année.

A défaut de désaccord exprimé au 30 novembre, l'Adhérent est réputé avoir accepté la révision des cotisations.

12.2 Révision en cours d'exécution

Les cotisations et/ou les garanties peuvent également être modifiées à tout moment par l'Institution en fonction notamment de l'évolution de la réglementation et notamment celle relative à la Sécurité Sociale, suite par exemple à des mesures de désengagement ou des modifications des Bases de remboursement et à la fiscalité.

La révision des cotisations et/ou de garanties doit alors être notifiée à l'Adhérent, par lettre recommandée avec avis de réception, au plus tard deux mois avant la date de prise d'effet dudit changement.

En cas de désaccord, l'Adhérent doit en aviser l'Institution un mois avant la date de prise d'effet. Le contrat est résilié à compter du dernier jour précédent la prise d'effet de la modification proposée.

A défaut de désaccord exprimé, l'Adhérent est réputé avoir accepté ladite modification.

Toute taxe, cotisation ou contribution venant grever les cotisations et dont la récupération ne sera pas interdite viendra majorer les cotisations prévues au Contrat d'Adhésion à compter de leur date d'entrée en vigueur.

12.3 Modification du périmètre

L'Adhérent s'engage à informer l'Institution de toutes modifications relatives au périmètre démographique des salariés ayant servi à l'appréciation du risque par l'Institution.

L'Institution pourra, en fonction de ce nouveau périmètre, procéder à la révision des cotisations ou à la modification des prestations proportionnellement à ce qu'aurait dû être le montant des cotisations par rapport au nouveau périmètre.

La modification sera notifiée à l'Adhérent, par lettre recommandée avec avis de réception, au plus tard deux mois avant la prise d'effet du dit changement. En cas de désaccord, l'Adhérent doit en aviser l'Institution un mois avant la prise d'effet. Le contrat est alors résilié au dernier jour précédent la prise d'effet de la modification.

A défaut de désaccord exprimé, l'Adhérent est réputé avoir accepté ladite modification.

ARTICLE 13 - RESILIATION DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE

CAS ET CONDITIONS DE RESILIATION

Outre le cas de la dénonciation annuelle décrit à l'article 4, l'adhésion au contrat socle collectif obligatoire peut être résiliée dans le cas et dans le respect des conditions définies ci-après.

Redressement, liquidation judiciaire ou procédure de sauvegarde de l'ADHERENT

Conformément à l'article L. 932-10 du code de la Sécurité sociale, en cas de redressement, de liquidation judiciaire ou de procédure de sauvegarde de l'Adhérent, la résiliation du contrat peut être décidée par l'Institution dans un délai de 3 mois à compter de la date du jugement d'ouverture de la procédure.

La résiliation prendra effet 10 jours après la réception ou la première présentation du courrier recommandé informant de celle-ci.

EFFET DE LA RESILIATION OU DU NON RENOUVELLEMENT DU CONTRAT

Vis-à-vis de l'Adhérent

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat socle collectif obligatoire, l'Adhérent n'a aucun droit à faire valoir sur le patrimoine de l'Institution et sur ses différents fonds de réserve.

Le débiteur des cotisations reste tenu de payer l'intégralité des cotisations dues et des différents frais y afférents.

Vis-à-vis du participant ou de ses ayants droit

La résiliation ou le non-renouvellement du contrat socle collectif obligatoire de l'Adhérent met fin aux garanties du contrat socle collectif obligatoire.

Les demandes de remboursements de soins adressées à l'Institution après la fin des garanties seront prises en compte à la condition que la date des soins indiquée sur les décomptes de la Sécurité sociale soit antérieure à la date de fin de couverture et sous réserve des dispositions de l'article 33 des présentes Conditions Générales.

TROISIEME PARTIE

CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF

ARTICLE 14 - OBJET DU CONTRAT

La souscription du contrat surcomplémentaire collectif est juridiquement distincte de la souscription du contrat socle collectif obligatoire.

Au-delà des garanties du contrat socle collectif obligatoire, l'Adhérent a la possibilité de souscrire au contrat surcomplémentaire collectif permettant d'améliorer les prestations du contrat socle collectif obligatoire.

L'adhésion à ce contrat est obligatoire ou facultative, au choix de l'Adhérent.

ARTICLE 15 - DUREE DU CONTRAT D'ADHESION - RENOUELEMENT

Seuls peuvent souscrire au contrat surcomplémentaire collectif les adhérents au contrat socle collectif obligatoire.

La souscription du contrat surcomplémentaire collectif peut intervenir en même temps que la souscription du contrat socle collectif obligatoire. Elle peut également être réalisée postérieurement à celle-ci, en cours d'exécution du contrat socle collectif obligatoire.

La souscription du contrat surcomplémentaire collectif nécessite l'expression d'un consentement exprès, distincte de l'expression du consentement à la souscription du contrat socle collectif obligatoire, de l'Adhérent et de l'Institution. Les deux adhésions se réalisent au moyen de contrats d'adhésions différents.

Le contrat surcomplémentaire collectif de l'employeur expire le 31 décembre de l'année de l'adhésion. Il se renouvelle par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une ou par l'autre des parties effectuée par lettre recommandée moyennant le respect d'un préavis de deux mois.

La dénonciation doit être adressée à l'Institution au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, le cachet de la poste faisant foi. Elle ne prend effet qu'au 31 décembre de la même année.

La dénonciation du contrat socle collectif obligatoire emporte nécessairement la dénonciation du contrat surcomplémentaire collectif.

ARTICLE 16 – PERSONNES COUVERTES AU TITRE DU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF

L'Adhérent définit avec l'Institution la ou les catégories de personnes auxquelles est proposée l'adhésion au contrat surcomplémentaire collectif. Cette ou ces catégories de personnes sont nécessairement des participants au titre du contrat socle collectif obligatoire. Elles sont désignées dans le Contrat d'Adhésion.

ARTICLE 17 - CONDITIONS D’AFFILIATION DES PARTICIPANTS

17.1 Obligations de l’Adhérent :

17.1.1 Dans le cadre d’une adhésion collective obligatoire :

L’Adhérent devra obligatoirement :

1. **Affilier la ou les catégories de personnes physiques sous contrat de travail à la date d’effet du contrat d’adhésion** au contrat surcomplémentaire collectif obligatoire, dont elle souhaite assurer la couverture au titre du contrat, sous réserve des cas de dispenses d’affiliation.
Le choix et la définition de cette ou ces catégories incombe à l’Adhérent.
2. Répondre exactement aux questions de l’Institution relatives à la ou les catégories de personnes physiques que l’Adhérent envisage de garantir au titre du contrat surcomplémentaire collectif obligatoire. Doivent être notamment fournies les caractéristiques socio-démographiques de la catégorie.
3. Communiquer à l’Institution les cas de dispense d’affiliation visées par l’acte juridique prévu à l’article L. 911-1 du Code de la Sécurité Sociale instituant ou modifiant les garanties collectives.

Le choix et la définition des dispenses d’affiliation incombent à l’Adhérent.

L’Institution ne saurait être garante de la conformité de ce choix et de ces définitions aux dispositions de l’article R. 242-1-6 du Code de la Sécurité Sociale.

4. Communiquer à l’Institution le Bulletin Individuel d’adhésion visé ci-dessous dûment renseignée par chaque participant, dans un délai de trente jours suivant :
 - soit la date d’effet du contrat d’adhésion au contrat surcomplémentaire collectif obligatoire,
 - soit la date de l’entrée du participant dans la catégorie assurée.
5. Déclarer à l’Institution tout salarié qui, au cours du contrat d’adhésion entre dans la catégorie de salariés assurée.
6. Déclarer à l’Institution tout salarié qui, au cours du contrat d’adhésion, quitte l’employeur notamment suite à une démission, une rupture conventionnelle, un licenciement ou un départ en retraite ou qui sort de la catégorie de salariés assurée, en précisant la date et le motif du départ. Cette déclaration doit être effectuée dans les 30 jours du départ de l’entreprise.
7. Déclarer à l’Institution tout salarié dont le contrat de travail est suspendu et qui ne pourrait bénéficier du maintien de son affiliation en application de l’article 23.
8. Déclarer trimestriellement, à l’Institution, par le biais des appels de cotisations, l’effectif des salariés affiliés au présent contrat.
9. Communiquer annuellement à l’Institution, au plus tard le 31 janvier de l’année N + 1, un état nominatif annuel des salaires par voie dématérialisée.
10. L’Institution se réserve la possibilité de réclamer des dommages-intérêts et/ou de prononcer la résiliation du contrat surcomplémentaire collectif souscrit à adhésion obligatoire en cas d’inexactitude ou de manquement par l’Adhérent ou par le participant à l’une des obligations énoncées ci-dessus. A défaut de communication des documents demandés, la résiliation intervient à l’expiration d’un délai de 40 jours suivant l’envoi d’une mise en demeure par l’Institution.

17.1.2 Dans le cadre d’une adhésion collective facultative :

L’Adhérent devra obligatoirement :

1. Communiquer à l’Institution la ou les catégories de personnes physiques dont elle souhaite assurer la couverture au titre du contrat surcomplémentaire collectif facultatif.
Le choix et la définition de cette ou ces catégories incombe à l’Adhérent.
2. Répondre exactement aux questions de l’Institution relatives à la ou les catégories de personnes physiques que l’Adhérent envisage de garantir au titre du contrat surcomplémentaire collectif facultatif. Doivent être notamment fournies les caractéristiques socio-démographiques de la catégorie.

3. Communiquer à l'Institution le Bulletin Individuel d'Adhésion visé à l'article 18.2 dûment renseigné par chaque participant qui souhaite adhérer individuellement au contrat surcomplémentaire collectif facultatif, accompagné des pièces justificatives visées à l'article 6.2, dans un délai de trente jours suivant sa signature par le participant.
4. Déclarer à l'Institution toute personne physique travaillant pour l'Adhérent qui, au cours du contrat, entre dans la ou les catégories définies au Contrat d'Adhésion et qui souhaite adhérer à titre individuel au contrat surcomplémentaire collectif facultatif.
5. Déclarer à l'Institution tout salarié qui, au cours du contrat, quitte l'entreprise notamment suite à une démission, une rupture conventionnelle, un licenciement ou un départ en retraite ou qui sort de la catégorie de salariés assurée, en précisant la date et le motif du départ. Cette déclaration doit être effectuée dans les 30 jours du départ de l'entreprise ou du changement de catégorie.
6. Déclarer à l'Institution tout salarié dont le contrat de travail est suspendu et qui ne pourrait bénéficier du maintien de son adhésion en application de l'article 18.7.
7. Déclarer, le cas échéant, trimestriellement à l'Institution par le biais des appels de cotisations l'effectif de la catégorie de salariés.
8. Communiquer annuellement à l'Institution, au plus tard le 31 janvier de l'année N + 1, un état nominatif annuel des salaires par voie dématérialisée.

Les garanties sont accordées et les cotisations sont calculées sur la base des déclarations faites par l'Adhérent. Aussi, l'Institution se réserve la possibilité de réclamer des dommages-intérêts et/ou de prononcer la résiliation du contrat en cas d'inexactitude ou de manquement par l'Adhérent ou par le participant à l'une des obligations énoncées ci-dessus. A défaut de communication des documents demandés, la résiliation intervient à l'expiration d'un délai de 40 jours suivant l'envoi d'une mise en demeure par l'Institution.

17.2 Information des Participants

L'Adhérent reconnaît avoir été informé par l'Institution des obligations qui lui incombent en vertu des dispositions de l'article L 932-6 du Code de la Sécurité Sociale, en sa qualité de souscripteur du contrat.

Conformément à ces dispositions, l'Adhérent s'engage à remettre à chaque participant la notice d'information qui lui a été communiquée par l'Institution.

L'Adhérent s'engage à porter à la connaissance de chacun d'eux, par écrit, les modifications des garanties, notamment en leur remettant l'addenda modificatif de ladite notice ou la nouvelle notice d'information rédigée par l'Institution.

L'Adhérent est seul responsable à l'égard du participant en l'absence de remise de la notice d'information ou de l'addenda modificatif de celle-ci.

ARTICLE 18 – AFFILIATION DES MEMBRES DU PERSONNEL/ ADHESION INDIVIDUELLE DES PERSONNES AU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF

18.1 Dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire : Affiliation des membres du personnel

Le contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire entraîne l'affiliation, à titre obligatoire, de chaque personne appartenant à la ou les catégories définies au Contrat d'Adhésion.

Toutefois, conformément à l'acte juridique prévu à l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité Sociale instituant ou modifiant les garanties collectives, certains salariés ont la faculté de ne pas adhérer aux garanties du contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire, sous réserve d'en faire expressément la demande auprès de l'Adhérent. A défaut de renonciation écrite exprimée par le salarié, celui-ci doit être obligatoirement affilié.

Les salariés ayant choisi d'être dispensés d'affiliation :

- doivent être affiliés au contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire dès qu'ils cessent de justifier de leur situation ou de remplir les conditions posées à la dispense d'affiliation,
- peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur adhésion au contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire ; l'adhésion prendra effet le 1er jour du mois suivant la demande, et sera alors irrévocable.

Pour le présent contrat, chaque salarié ainsi affilié est appelé « Participant ».

Lors de l'adhésion de l'employeur ou de son entrée en fonction, chaque membre du personnel de l'Adhérent renseigne et signe le Bulletin Individuel d'Adhésion établi par l'Institution.

Il y précise notamment son état civil et, le cas échéant, celui de ses ayants droit.

18.2 Dans le cadre d'une adhésion collective facultative : Adhésion individuelle des personnes

Le contrat permet à chaque personne appartenant à la ou les catégories définies au Contrat d'Adhésion, qui le souhaite, de bénéficier des garanties prévues au contrat surcomplémentaire collectif, moyennant le paiement des cotisations correspondantes.

L'adhésion individuelle ne peut produire ses effets que dans la mesure où chaque participant, renseigne intégralement et signe le Bulletin Individuel d'adhésion établi par l'Institution, dans lequel il précise notamment son état civil et ses bénéficiaires.

L'Institution émet un document de confirmation d'adhésion individuelle mentionnant la date de prise d'effet des garanties et les caractéristiques de l'adhésion individuelle. En tout état de cause, seule la date d'effet figurant sur ce document fait foi entre les parties.

Sous réserve du respect des dispositions ci avant, l'adhésion individuelle prend effet :

- à la date à laquelle le participant bénéficie du contrat socle collectif obligatoire souscrit par l'Adhérent, s'il choisit d'adhérer à cette date,
- à défaut, si le participant choisit d'adhérer à une date postérieure, au 1er jour du mois suivant la réception par l'Institution de la demande du participant.

18.3 Bénéficiaires

COUVERTURE DES AYANTS DROIT

Si l'Adhérent a souscrit le contrat surcomplémentaire collectif, les bénéficiaires au titre de ce contrat doivent être identiques, en tout état de cause, à ceux affiliés au contrat socle collectif obligatoire.

DEFINITION DES AYANTS DROIT

Sont applicables, au contrat surcomplémentaire collectif f, les dispositions de l'article 6.1 des présentes Conditions Générales.

CONDITIONS D’AFFILIATION ET DE MODIFICATION DES BENEFICIAIRES

Sont applicables au contrat surcomplémentaire collectif les dispositions de l’article 6.2 des présentes Conditions Générales.

18.4 Choix des garanties

CHOIX A L’ADHESION

Le régime de garanties du contrat surcomplémentaire collectif souscrit par l’Adhérent prévoit deux options soit Option 1 soit Option 2 qui offrent des niveaux de prestations différents en contrepartie de cotisations différentes. Dans ce cas le participant effectue son choix, identique pour lui et ses éventuels ayants-droit, au moment de son adhésion sur son Bulletin Individuel d’Adhésion.

CHANGEMENT D’OPTION

Le participant peut changer d’option pour lui et ses ayants-droit :

- Après un délai de deux ans, chaque 1^{er} janvier, sous réserve que le participant en fasse la demande auprès de l’Institution avant le 31 octobre de l’année précédente, **le participant ne peut demander à changer à nouveau d’option pendant un délai de 2 ans,**
- A l’occasion d’une modification de la situation familiale, sous réserve que le participant en fasse la demande auprès de l’Institution dans le mois qui suit l’évènement. Le changement d’option prend effet à la date de l’évènement.

18.5 Durée, renouvellement et cessation de l’adhésion individuelle du Participant (dans le cadre d’une adhésion collective facultative)

DUREE ET RENOUVELLEMENT DE L’ADHESION INDIVIDUELLE DU PARTICIPANT

L’adhésion individuelle du participant au contrat surcomplémentaire collectif facultatif se termine le 31 décembre de l’année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction d’année en année, sauf dans les cas de cessation visés ci-dessous.

CESSATION DE L’ADHESION INDIVIDUELLE DU PARTICIPANT

Sous réserve de l’application de l’article 9.1 des présentes Conditions Générales, l’adhésion individuelle du participant cesse de plein droit :

- soit à la date de résiliation ou de non renouvellement de l’adhésion de l’entreprise au contrat socle collectif obligatoire
- soit à la date de résiliation ou de non-renouvellement de l’adhésion de l’entreprise au contrat surcomplémentaire collectif facultatif,
- soit à la date à laquelle le participant ne fait plus partie de la catégorie définie au Contrat d’Adhésion, en application de l’article 16 des présentes Conditions Générales.

L’adhésion individuelle du participant peut également cesser :

- **à la demande du participant :**
 - au 31 décembre de chaque année, par lettre recommandée avec avis de réception, sous réserve que cette demande parvienne à l’Institution au plus tard le 31 octobre.
 - en cas de modification apportée à ses droits et obligations par l’Institution dans les conditions prévues à l’article 22.

La dénonciation par le participant de son adhésion individuelle est définitive, de telle sorte qu’il ne pourra plus formuler de demande d’adhésion individuelle au contrat surcomplémentaire collectif facultatif, sauf dérogation accordée par l’Institution.

- **à la demande de l’Institution :**
 - en cas de non-paiement des cotisations, selon les dispositions prévues à l’article 21.
 - en cas de non acceptation par le participant des propositions de révisions des cotisations formulées par l’Institution, selon les dispositions prévues à l’article 22. L’Institution procédera alors, de plein droit, à la résiliation de l’adhésion individuelle du participant au dernier jour précédant la date de prise d’effet dudit changement.

La cessation de l'adhésion individuelle entraîne la fin des garanties du contrat surcomplémentaire collectif à adhésion facultative.

Le participant qui bénéficiait du tiers payant s'engage, lors de la cessation de son adhésion individuelle à remettre à l'Adhérent sa carte de tiers payant. L'Adhérent doit la retourner à l'Institution.

L'Institution récupère auprès du participant toutes prestations indûment réglées.

18.6 Cessation de l'affiliation du Participant (dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire)

Sous réserve de l'application de l'article 19 des présentes Conditions Générales, l'affiliation du participant cesse de plein droit :

- Soit à la date de résiliation ou de non renouvellement du contrat d'adhésion de l'entreprise au contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire,
- Soit à la date de sortie des effectifs,
- Soit à la date de départ à la retraite, à l'exception des participants reprenant, sans interruption de fait, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès de l'Adhérent,
- Soit à la date d'évolution dans une autre catégorie non couverte par le contrat d'adhésion de l'entreprise,
- Et, en tout état cause, à la date de résiliation du contrat surcomplémentaire collectif.

La cessation de l'affiliation entraîne la fin des garanties du contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire.

Le participant qui bénéficiait du tiers-payant s'engage, lors de son départ, à remettre à l'Adhérent sa carte de tiers-payant. L'Adhérent doit la retourner à l'Institution.

L'Institution récupère auprès du Participant toutes prestations indûment réglées.

18.7 Cessation de l'adhésion des ayants droit

L'adhésion des ayants droit au contrat surcomplémentaire collectif prend fin

- en cas de cessation de l'affiliation du participant au contrat socle collectif obligatoire
- en cas de cessation de l'adhésion individuelle du participant au contrat surcomplémentaire collectif.

Elle cesse également :

- à la date à laquelle les ayants droit ne remplissent plus les conditions posées à l'article 6.2 des présentes Conditions Générales,
- au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de résiliation accompagnée de l'attestation de l'organisme assureur, pour les ayants droit justifiant par la suite d'une couverture à titre obligatoire, sous réserve des dispositions réglementaires en vigueur et à la condition que l'acte mettant en place les garanties le prévoit ,
- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le participant demande la résiliation de l'ayant droit. Cette demande doit être adressée à l'Institution au plus tard le 31 octobre de la même année par lettre recommandée. La demande adressée à l'Institution après le 31 octobre est de nul effet. Le cas échéant, elle doit être renouvelée avant le 31 octobre de l'année suivante pour prendre effet au 31 décembre de cette même année.

18.8 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

Le bénéfice du contrat surcomplémentaire collectif est maintenu au participant dont le contrat de travail est suspendu moyennant le paiement des cotisations, s'il bénéficie :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire,

- soit d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité, complémentaires financées au moins pour partie par l'Adhérent, qu'elles soient versées directement par l'Adhérent ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée d'une durée inférieure à un mois, l'affiliation au contrat surcomplémentaire collectif et par conséquent les garanties sont maintenues au participant, moyennant le paiement des cotisations.

Le participant dont le contrat de travail est suspendu qui bénéficie d'un maintien total de salaire cotise sur la base de celui-ci.

ARTICLE 19 – MAINTIEN DU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF

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

Les dispositions de l'article 9.1 des présentes Conditions Générales sont applicables, dans les mêmes conditions, au contrat surcomplémentaire collectif.

19.2 Dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire : Maintien de garanties Santé au titre de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989

Dans le cadre du contrat surcomplémentaire collectif obligatoire, et conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, les garanties 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.

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.

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

Maintien des garanties Santé dans le cadre d'une adhésion collective facultative

Sous réserve d'en faire la demande à l'Institution, les participants peuvent continuer à bénéficier de garanties Frais de Santé à titre individuel, y compris au terme du maintien prévu à l'article 9.1, moyennant le paiement de cotisations spécifiques, dans les cas suivants :

- cessation de l'adhésion individuelle au contrat surcomplémentaire collectif,
- résiliation ou non-renouvellement de l'adhésion de l'entreprise au contrat surcomplémentaire collectif.

ARTICLE 20 - ASSIETTE ET MONTANT DES COTISATIONS DU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF

Les cotisations annuelles sont fixées en fonction notamment des garanties souscrites et compte tenu des dispositions réglementaires et des bases de remboursement de la Sécurité sociale en vigueur.

Les taux de cotisations du contrat surcomplémentaire collectif sont mentionnés en annexe II des présentes Conditions Générales.

Pour les participants dont l'affiliation prend effet ou cesse en cours d'année, le montant des cotisations est calculé prorata temporis de leur durée d'appartenance.

Pour le calcul de ce prorata, les mois sont comptés pour une durée de 30 jours.

Les bénéficiaires des garanties sont ceux pour lesquels une cotisation est versée sous réserve de leur déclaration par le participant et de la communication à l'Institution des justificatifs visés à l'article 6.2 des Conditions Générales.

Les bénéficiaires des garanties sont ceux pour lesquels une cotisation est versée sous réserve de leur déclaration par le participant et de la communication à l'Institution des justificatifs visés à l'article 6.2 des Conditions Générales.

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

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

ARTICLE 21 - PAIEMENT DES COTISATIONS DU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF

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

Lorsque l'appel des cotisations du contrat surcomplémentaire collectif est effectué auprès de l'Adhérent :

Elles sont recouvrées trimestriellement à terme échu auprès de l'Adhérent. Elles sont payables dans les 10 jours qui suivent l'échéance.

La répartition du coût des cotisations entre l'Adhérent et les participants est fixée par l'acte juridique instituant ou modifiant les garanties collectives dans l'entreprise. Toutefois, l'Adhérent est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations vis-à-vis de l'Institution. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à l'Institution, aux différentes échéances prévues.

A défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, les garanties peuvent être suspendues trente jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par l'Institution, par lettre recommandée avec avis de réception, à l'Adhérent. A défaut de paiement des cotisations dues après l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le cachet de la poste faisant foi, l'Institution pourra résilier l'adhésion sans préjudice de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues y compris les intérêts de retard définis ci-après.

L'Institution se réserve le droit d'informer directement les participants de la défaillance de l'Adhérent.

Lorsque l'appel des cotisations du contrat surcomplémentaire collectif est effectué auprès du participant et pour l'extension facultative des membres de la famille du participant :

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

A défaut de paiement de la cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date de son échéance, l'adhésion individuelle du participant au contrat surcomplémentaire collectif et le cas échéant de l'extension des garanties aux membres de sa famille pourront être résiliées 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 au contrat surcomplémentaire collectif et le cas échéant 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 intérêts de retards définis ci-après.

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

En outre, l'Institution se réserve le droit de résilier le contrat, dans les conditions légales et réglementaires et conformément aux dispositions ci-dessous.

L'adhésion de l'Adhérent ou l'adhésion individuelle non résiliée reprennent effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'Institution les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement

ARTICLE 22 - REVISION DES COTISATIONS AFFERENTES AU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF

22.1 Révision annuelle des cotisations

Les cotisations sont réexaminées par l'Institution en fin d'exercice et peuvent être modifiées en fonction des résultats du contrat ou des évolutions législatives et réglementaires.

La révision des cotisations doit être notifiée à l'Adhérent, par lettre recommandée avec avis de réception, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. Elle prend effet le 1er janvier de l'année suivante.

En cas de désaccord, l'Adhérent doit en aviser l'Institution au plus tard le 30 novembre de l'année en cours. Ce refus entraîne la résiliation au 31 décembre de la même année.

A défaut de désaccord exprimé au 30 novembre, l'Adhérent est réputé avoir accepté la révision des cotisations.

22.2 Révision en cours d'exécution

Les cotisations et/ou les garanties peuvent également être modifiées à tout moment par l'Institution en fonction notamment de l'évolution de la réglementation et notamment celle relative à la Sécurité Sociale, suite par exemple à des mesures de désengagement ou des modifications des Bases de remboursement et à la fiscalité.

La révision des cotisations et/ou de garanties doit alors être notifiée à l'Adhérent, par lettre recommandée avec avis de réception, au plus tard deux mois avant la date de prise d'effet dudit changement.

En cas de désaccord, l'Adhérent doit en aviser l'Institution un mois avant la date de prise d'effet. Le contrat est résilié à compter du dernier jour précédent la prise d'effet de la modification proposée.

A défaut de désaccord exprimé, l'Adhérent est réputé avoir accepté ladite modification.

Toute taxe, cotisation ou contribution venant grever les cotisations et dont la récupération ne sera pas interdite viendra majorer les cotisations prévues au Contrat d'Adhésion à compter de leur date d'entrée en vigueur.

22.3 Modification du périmètre

L'Adhérent s'engage à informer l'Institution de toutes modifications relatives au périmètre démographique des salariés ayant servi à l'appréciation du risque par l'Institution.

L'Institution pourra, en fonction de ce nouveau périmètre, procéder à la révision des cotisations ou à la modification des prestations proportionnellement à ce qu'aurait dû être le montant des cotisations par rapport au nouveau périmètre.

La modification sera notifiée à l'Adhérent, par lettre recommandée avec avis de réception, au plus tard deux mois avant la prise d'effet du dit changement. En cas de désaccord, l'Adhérent doit en aviser l'Institution un mois avant la prise d'effet. Le contrat est alors résilié au dernier jour précédent la prise d'effet de la modification.

A défaut de désaccord exprimé, l'Adhérent est réputé avoir accepté ladite modification.

ARTICLE 23 - RESILIATION DU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF

Outre le cas de la dénonciation annuelle décrit à l'article 15, la résiliation intervenant à l'occasion de la modification du contrat et la résiliation ou le non renouvellement du contrat socle collectif obligatoire, l'adhésion au contrat surcomplémentaire collectif peut être résiliée dans les cas et dans le respect des conditions définies ci-après.

23.1 Non-paiement des cotisations

En cas de défaut de paiement des cotisations par l'Adhérent, le contrat surcomplémentaire collectif pourra être résilié selon les conditions définies à l'article 21.

23.2 Fausse déclaration

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'Adhérent ou d'un participant susceptible de changer l'objet du risque ou d'en diminuer l'opinion pour l'Institution, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Adhérent ou par un participant a été sans influence sur la réalisation du risque, les garanties du contrat surcomplémentaire collectif sont annulées de plein droit.

Les cotisations demeurent acquises à l'Institution et les prestations versées feront l'objet d'un remboursement par le participant.

23.3 Redressement, liquidation judiciaire ou procédure de sauvegarde de l'Adhérent

Conformément à l'article L. 932-10 du code de la Sécurité Sociale, en cas de redressement, de liquidation judiciaire ou de procédure de sauvegarde de l'Adhérent, la résiliation du contrat surcomplémentaire collectif peut être décidée par l'Institution dans un délai de 3 mois à compter de la date du jugement d'ouverture de la procédure.

La résiliation prendra effet 10 jours après la réception ou la première présentation du courrier recommandé informant de celle-ci.

23.4 Effet de la résiliation ou du non-renouvellement du ou des contrats

Vis-à-vis de l'Adhérent

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat surcomplémentaire collectif, l'Adhérent n'a aucun droit à faire valoir sur le patrimoine de l'Institution et sur ses différents fonds de réserve.

L'Adhérent reste tenu de payer l'intégralité des cotisations dues, des intérêts de retard et des différents frais y afférents.

Tout paiement de cotisation après la résiliation de l'adhésion au contrat surcomplémentaire collectif, qu'il soit total ou partiel, ne constituera qu'une régularisation du compte entre les parties et ne pourra, sauf demande expresse de l'Adhérent acceptée par courrier de l'Institution, constituer un renouvellement tacite du contrat et par conséquent une remise en vigueur des garanties.

Vis-à-vis du participant ou de ses ayants droit

La résiliation ou le non-renouvellement de l'adhésion au contrat surcomplémentaire collectif met fin aux garanties. Les demandes de remboursements de soins adressées à l'Institution après la fin des garanties seront prises en compte à la condition que la date des soins indiquée sur les décomptes de la Sécurité Sociale soit antérieure à la date de fin de couverture et sous réserve des dispositions de l'article 33 des présentes Conditions Générales.

QUATRIEME PARTIE

DISPOSITIONS COMMUNES AUX DEUX CONTRATS

ARTICLE 24 – CHAMP D'APPLICATION

Les dispositions suivantes sont applicables, sauf stipulation contraire, aux relations contractuelles constituées au titre du contrat socle collectif obligatoire et à celles constituées au titre du contrat surcomplémentaire collectif.

ARTICLE 25 - RECOURS - PRESCRIPTION

RECOURS SUBROGATOIRE

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, à l'exclusion du cas de décès, la victime ou ses ayants droit donnent de plein droit subrogation à l'Institution dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite toutefois du montant des prestations versées. L'Institution se réserve la possibilité de leur demander une quittance subrogatoire.

Cette action en recours s'exerce en application des dispositions de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985.

Lorsque, du fait de la victime ou des ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, l'Institution n'a pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par DEUX ANS à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Lorsque l'action de l'Adhérent ou des bénéficiaires contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent ou les bénéficiaires concernés ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Institution à l'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le participant ou le bénéficiaire en ce qui concerne le règlement de la prestation.

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

ARTICLE 26 - RECLAMATIONS – MEDIATION

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 contrat, à l'adresse suivante :

HUMANIS Prévoyance
Satisfaction Clients
303, rue Gabriel Debacq
45 777 SARAN Cedex
Tél : 09 69 39 93 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 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.

ARTICLE 27 - CONTROLE DE L'INSTITUTION

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61 rue Taitbout - 75009 Paris.

ARTICLE 28 - DISPOSITIONS DIVERSES

CONFIDENTIALITE

Chacune des parties s'engage envers l'autre à préserver, pendant la durée du contrat et après son extinction pour une durée de cinq années, la stricte confidentialité de toutes les informations techniques ou financières qu'elles auront pu se communiquer ou dont elles auront pu avoir connaissance à l'occasion de l'exécution du contrat.

En particulier, l'Institution s'engage envers l'Adhérent à conserver la stricte confidentialité des informations concernant l'organisation de ses ressources humaines.

LOI INFORMATIQUE ET LIBERTES

Chacune des parties s'engage envers l'autre à effectuer les formalités qui lui incombent, en vertu des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 complétée par la loi du 6 août 2004, en cas de mise en œuvre de traitements automatisés d'informations nominatives et notamment, la déclaration du traitement, préalablement à sa mise en œuvre, à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et l'information des personnes concernées par le traitement.

Les données nominatives sont destinées aux différents services de l'Institution et le cas échéant à ses mandataires, ses réassureurs ou aux organismes professionnels concernés par le contrat.

Le participant ou le cas échéant les bénéficiaires peuvent demander communication, rectification ou suppression de données les concernant en adressant un courrier par lettre simple à l'Institution :

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

CINQUIEME PARTIE

DEFINITION DES GARANTIES

ARTICLE 29 – CHAMP D'APPLICATION

Les dispositions suivantes sont applicables, sauf stipulation contraire, aux relations contractuelles constituées au titre du contrat socle collectif obligatoire et à celles constituées, s'il a été souscrit, au titre du contrat surcomplémentaire collectif.

ARTICLE 30 – CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE

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

Les garanties du contrat respectent le cahier des charges des « Contrats Responsables » tel que défini aux articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

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

- **Conformément à l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité Sociale, la participation forfaitaire due par le Participant et ses ayants droit pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale.**
- **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. 321-1 du Code de la Sécurité Sociale).**
- **Conformément à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale, la majoration de la participation supportée par le Participant et ses ayants droit lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés et la majoration de participation prévue à l'article L.1111-15 du Code de la Santé publique.**

ARTICLE 31 - GARANTIES FRAIS DE SANTE

Les garanties du contrat figurent en annexe I des présentes Conditions Générales.

31.1 Objet et conditions des garanties

Les garanties Frais de Santé ont pour objet de permettre le service de prestations à l'occasion de frais médicaux exposés par les participants, en complément des remboursements de la Sécurité sociale française effectués au titre de l'assurance maladie et de l'assurance maternité, sous réserve de l'application des risques exclus mentionnés à l'article 32 ci-après et des frais non pris en charge visés à l'article 30 ci-avant.

Elles respectent l'obligation de couvrir au minimum l'intégralité de la participation du bénéficiaire (ticket modérateur) sur les tarifs servant de base à la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire, pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par la Sécurité Sociale.

Si les remboursements sont plafonnés (plafond par acte, plafond global de garanties), l'Institution prend en charge le ticket modérateur au-delà dudit plafond consommé (excepté pour le poste optique assurant une garantie au-delà des tarifs de responsabilité).

Seuls les frais de cures thermales, les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 30 % et à 15 % ainsi que les spécialités et les préparations homéopathiques (article R. 322-1 6°, 7°, 10° et 14° du Code de la Sécurité Sociale) sont exclus de cette obligation de prise en charge minimale du ticket modérateur ; ces frais sont donc remboursés selon les conditions des présentes Conditions Générales, lorsqu'ils sont prévus.

Lorsque les professionnels de santé sont non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire, les remboursements complémentaires au titre du présent régime sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

Si le conjoint, le partenaire lié par un PACS ou le concubin est affilié à un régime de base de Sécurité sociale différent du Régime général (régimes spéciaux ou régime agricole), les remboursements Sécurité sociale seront rétablis sur la base des taux du Régime général de la Sécurité sociale s'ils sont supérieurs.

Par dérogation, certains frais inscrits à la nomenclature, mais non pris en charge par la Sécurité sociale, peuvent donner lieu cependant à un remboursement par l'Institution dans les conditions fixées aux tableaux des garanties annexés.

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire après remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Donnent lieu à remboursement, selon les modalités prévues aux tableaux des garanties, les frais suivants :

HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ ET NON CONVENTIONNÉ:

- **Hospitalisation chirurgicale :**
 - frais chirurgicaux proprement dits,
 - **Hospitalisation médicale :**
 - pour tout séjour notamment en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, la prise en charge commence **au 1er jour d'hospitalisation**.
 - Pour les frais de chambre particulière 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, 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.

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 (**dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours**)
- Forfait hospitalier.
- Participation forfaitaire pour les actes coûteux.

PRATIQUE MEDICALE COURANTE EN SECTEUR CONVENTIONNÉ ET NON CONVENTIONNÉ :

- **Consultation, visite d'un généraliste ayant signé ou non le Contrat d'Accès aux Soins (CAS),**
- **Consultation, visite d'un spécialiste, d'un Neuropsychiatre ayant signé ou non le Contrat d'Accès aux Soins (CAS),**
- **Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement,**
- **Frais d'analyse et de laboratoire,**
- **Actes de spécialité réalisés par un spécialiste ayant signé ou non le contrat d'accès aux soins,**
- **Radiologie et Ostéodensitométrie prise en charge par la Sécurité sociale réalisés par un médecin ayant signé ou non le Contrat d'Accès aux Soins.**

MEDECINE ALTERNATIVE : par dérogation à l'article 31.1, peuvent être pris en charge les actes effectués par les praticiens mentionnés au tableau des garanties.

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

PHARMACIE :

- **Frais pharmaceutiques remboursés en tout ou partie par la Sécurité sociale.**

TRANSPORT :

- **Frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale.**

DENTAIRE :

- **Soins dentaires pris en charge par la Sécurité Sociale,**
- **Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité Sociale**
- **Orthodontie prise en charge par la Sécurité Sociale.**

OPTIQUE :

- **Equipement optique pris en charge par la Sécurité Sociale (deux verres et une monture).**

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).

APPAREILLAGES:

- **Orthopédie et autres prothèses,**
- **Prothèse auditive.**

31.2 Soins engagés hors de France

L'Institution garantit les dépenses de soins ou interventions engagées à l'étranger dans le cadre de l'Union Européenne ou dans les pays ayant signé une convention de même nature avec le régime français.

Séjours temporaires à l'étranger, salariés détachés, résidents à l'étranger

L'Institution intervient dès lors que les participants bénéficient d'une prise en charge par la Sécurité sociale française ou par le régime de Sécurité sociale du pays d'accueil.

Dans les deux cas elle intervient en complément des tarifs théoriques de la Sécurité sociale française éventuellement reconstitués et selon les garanties prévues par le contrat.

Le contrat ne couvre pas les salariés expatriés.

Justificatifs

L'Institution peut prendre en charge les soins à l'étranger sous réserve de recevoir les factures détaillées et acquittées des soins, éventuellement traduites, précisant au minimum la nature et le montant de chaque dépense engagée et le remboursement auquel elle a donné lieu.

ARTICLE 32 – RISQUES EXCLUS

Ne donnent pas lieu aux garanties définies à l'article 31 les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique.

En aucun cas, l'Institution ne prendra en charge les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité sociale ou pratiqués par un professionnel de santé non autorisé à effectuer de tels dépassements.

Le fait que l'Institution ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

ARTICLE 33 - MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

33.1 Services de Tiers Payant

L'Institution met à la disposition des bénéficiaires un service de dispense d'avance de frais dans la limite des remboursements prévus aux tableaux des garanties.

Une carte nominative comportant les garanties concernées sera remise à chaque bénéficiaire, assuré social à titre personnel. Elle permettra l'obtention du tiers payant auprès des professionnels de santé ayant passé une convention avec un prestataire de services choisi par l'Institution.

Le bénéficiaire qui n'utilise pas sa carte de tiers payant doit demander une facture auprès du professionnel de santé afin d'être remboursé par l'Institution.

PRISE EN CHARGE OPTIQUE

L'opticien adresse une demande de prise en charge auprès du gestionnaire de ce service, si le bénéficiaire profite de ce service. La prise en charge est limitée aux garanties souscrites mentionnées aux tableaux des garanties figurant en annexe.

33.2 La prise en charge hospitalière

Dès qu'il a connaissance de l'hospitalisation d'un bénéficiaire en établissement conventionné avec la Sécurité sociale, le participant en informe l'Institution qui lui délivrera une attestation de prise en charge.

Cette attestation de prise en charge dispensera le bénéficiaire de tout paiement des frais d'hospitalisation, dans la limite du contrat et en tout état de cause **dans la limite de 300 % de la Base de Remboursement** pour les honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire, à l'exception des frais personnels.

Si l'hospitalisation n'a donné lieu à aucune prise en charge par l'Institution, le bénéficiaire règle son séjour hospitalier à l'établissement.

33.3 Demandes de Remboursement

- **Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs visés ci-dessous doivent être produites à l'Institution dans un délai maximum de deux ans suivant la survenance des soins ou du décès par le bénéficiaire. A défaut, le bénéficiaire se voit opposer la prescription visée à l'article 25.**
- Les bénéficiaires et l'Adhérent sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du contrat, de fournir à l'Institution les déclarations et pièces justificatives listées ci-après.
L'Institution se réserve le droit de demander au participant toute autre pièce justificative pour tenir compte notamment des spécificités des garanties souscrites.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du bénéficiaire de la prestation.

En cas de déclaration frauduleuse, l'Institution n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à des soins réels.

- Il appartient aux bénéficiaires d'informer l'Institution de toute modification de ses coordonnées bancaires, **notamment en cas de modification de la situation familiale (instance de divorce, procédure en cours de rupture du PACS ou de séparation des concubins, succession).**

33.4 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.

Les justificatifs à fournir par le participant pour ses demandes de remboursement :

	Bénéficiaire NOEMIE
Hospitalisation chirurgicale ou médicale Etablissement conventionné ou non conventionné	Sans demande de prise en charge : facture originale acquittée de l'établissement hospitalier (forfait hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement...)
Soins courants (consultation, visite, pharmacie, soins dentaires, pratique médicale courante,..)	Aucun document
Optique	Facture détaillée et acquittée En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue : <ul style="list-style-type: none"> - 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
Prothèses dentaires – Orthodontie - Prises en charge par la Sécurité sociale	Imprimé type de l'INSTITUTION et/ou facture détaillée et codifiée des actes pratiqués. *

	Non Bénéficiaire NOEMIE
Pour les soins pris en charge par la Sécurité sociale	Décompte original de la Sécurité sociale Justificatifs ci-dessus

* Le participant peut transmettre à l'Institution, pour avis préalable sur le montant de sa prestation, un devis détaillé du praticien indiquant la codification des actes.

Pour tout acte ou frais non pris en charge par la Sécurité sociale : facture originale acquittée.

En cas de tiers payant avec la Sécurité sociale mais sans tiers payant avec l'Institution : Facture acquittée du Ticket Modérateur.

POUR MIEUX SE COMPRENDRE

Actes Hors Nomenclature : actes non reconnus par la Sécurité sociale et non-inscrits aux nomenclatures.

Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) : assiette servant de calcul aux prestations en nature de la Sécurité sociale.

Contrat d'accès aux soins : 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.

Contrat Responsable : Contrat collectif ayant pour objet le remboursement de Frais de Santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application.

Contrat Solidaire : Contrat collectif ayant pour objet le remboursement de Frais de Santé dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurables.

Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR) : Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) multiplié par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale.

Nomenclature : cette notion désigne aussi bien la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), que la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), que la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) et que la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux, documents qui codifient les actes et les médicaments donnant lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.

Plafond de la Sécurité sociale : Plafond servant de base au calcul des cotisations de Sécurité sociale et prévu aux articles L. 241-3 et D. 242-17 du Code de la Sécurité sociale et modifié chaque année par arrêté.

Sécurité sociale : Tout régime légalement obligatoire d'assurance maladie.

Tarif forfaitaire de responsabilité : Base de Remboursement de la Sécurité sociale pour le princeps d'un médicament (original d'un médicament) ainsi que pour les médicaments génériques qui y sont rattachés.

Ticket Modérateur : Part des frais de santé non remboursée par le régime d'assurance maladie obligatoire en application de l'article L. 160-13 I du Code de la Sécurité sociale.

L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE

Nos équipes, composées de professionnels de l'action sociale, sont à votre disposition en cas de difficultés consécutives à un problème de santé, de handicap ou d'invalidité.

Au-delà de l'écoute et du soutien, elles peuvent selon les situations :

- ✓ orienter vers des organismes compétents pour apporter leur concours à l'obtention de droits ou la résolution de difficultés,
- ✓ conseiller sur les démarches à entreprendre,
- ✓ étudier la possibilité d'une aide financière, en fonction de votre situation économique et sociale.

Ces aides ne sont pas systématiques. Elles ne peuvent en aucun cas être assimilées à un complément des garanties contractuelles.

