

Adhésion Modification d'adhésion

Personnel non cadre | Garanties santé complémentaires au régime conventionnel de la Convention Collective Nationale des industries et commerces de la Récupération

ENTREPRISE

Raison sociale

N° Siret N° Code NAF

Forme juridique

Adresse

Code postal Ville

Téléphone Fax

Mail @

Date de création de l'entreprise

Nature de l'activité

Correspondance à adresser à (si différent du siège social)

RÉSERVÉ À NOTRE ORGANISME

N° ENTREPRISE

Contrat à adhésion collective obligatoire :
CCN012102

Contrat à adhésion collective facultative :
CCN012103

Date effet de l'adhésion :

Nom du commercial

POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE ADHÉSION

- 1- Ecrivez en lettres capitales.
- 2- Cochez les cases correspondant aux choix du type d'adhésion retenue.
- 3- Dated et signez votre bulletin d'adhésion.
- 4- Joignez un Kbis datant de moins de 3 mois ou le récépissé de déclaration à la Préfecture pour une association.
- 5- Envoyez-le tout à l'adresse ci-dessous.

POPULATION COUVERTE ET COTISATIONS

- Effectif non cadre* assuré à la date de l'adhésion
- Type d'adhésion et structure de cotisations retenus, cochez les cases correspondantes à votre choix

Type adhésion	<input type="checkbox"/> Adhésion collective obligatoire	<input type="checkbox"/> Adhésion collective facultative
Appel de cotisations auprès de l'entreprise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Appel de cotisations auprès de l'entreprise	<input type="checkbox"/> Appel de cotisations auprès du salarié
Cotisation mensuelle en euros		
Participant seul	3,88 €	4,59 €
Participant + conjoint ou Participant + 1 enfant à charge	7,34 €	8,87 €
Participant + conjoint + enfant(s) à charge	11,32 €	13,57 €

Le contrat ne peut être souscrit seul. Il vient obligatoirement en complément de l'adhésion au contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel des industries et commerces de la Récupération souscrit auprès d'Humanis Prévoyance. La résiliation du contrat d'adhésion entraînera la résiliation du présent contrat à la même date d'effet.

Dans le cadre d'une adhésion collective facultative, le participant pourra résilier son adhésion aux garanties frais de santé sous réserve d'un préavis de deux mois et à une date d'effet au 31 décembre de l'année. Toute résiliation de la part du Participant aura un caractère définitif.

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

ENGAGEMENT

Je, soussigné(e) Nom et prénom agissant en qualité de ⁽¹⁾ déclare adhérer, au profit des salariés non cadres*, au présent contrat référencé au recto assuré par Humanis Prévoyance. Le contrat est souscrit à effet du 1^{er} jour du mois civil suivant l'envoi du contrat (cachet de la poste faisant foi). Un double vous sera retourné après acceptation par Humanis Prévoyance. Les garanties du contrat figurent ci-après. L'entreprise reconnaît avoir reçu et pris connaissance du présent contrat (le bulletin d'adhésion, les Conditions Générales Humanis Prévoyance référencées "CG/HP/FS 02.13" (Contrat collectif à adhésion obligatoire) ou "CG /HP/FFS 02.13" (Contrat collectif à adhésion facultative) et ses dispositions contractuelles complémentaires annexées) et les notices d'information "NI-CCN Récupération-santé-complémentaire obligatoire" et "NI-CCN Récupération-santé-complémentaire facultatif".

(1) L'adhésion constituant un engagement contractuel de l'entreprise, la présente demande doit être signée par un représentant légal de l'entreprise ou, à défaut, par une personne dûment habilitée à prendre cet engagement.

Fait à le

L'entreprise

Signature et cachet de l'entreprise

Signature Humanis Prévoyance

Le Directeur

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

GARANTIES SANTÉ COMPLÉMENTAIRES AU CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE DU RÉGIME CONVENTIONNEL

Les remboursements ci-dessous viennent en déduction des remboursements de la Sécurité sociale et en complément des garanties prévues par le contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel des industries et commerces de la Récupération

Descriptif des garanties	Prestations	
HOSPITALISATION		
Chambre Particulière (y compris en maternité)	+ 10 € par jour	
Lit d'Accompagnant	+ 10 € par jour	
DENTAIRE		
Soins dentaires pris en charge par la SS	+ 100 % de la BR	
Inlay core et inlay à clavette	+ 50 % de la BR	
Prothèses dentaires prises en charge par la SS	+ 50 % de la BR	
Inlay onlay pris en charge par la SS	+ 50 % de la BR	
Orthodontie prise en charge par la SS	+ 50 % de la BR	
Implant dentaire (1)	+ 150 € par implant	
OPTIQUE		
EQUIPEMENT OPTIQUE (2 verres et une monture) Le remboursement est limité à un équipement optique par bénéficiaire tous les 2 ans. Le remboursement est limité à un équipement optique par an et par bénéficiaire pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.	Adultes et Enfants de 18 ans et plus	Enfants de moins de 18 ans
Monture	+ 20 €	+ 20 €
Verre Verre simple sphérique avec sphère comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries	+ 5 €	+ 5 €
Verre simple sphéro cylindrique avec cylindre inférieur ou égal à +4,00 dioptries	+ 5 €	+ 5 €
Verre simple sphérique avec sphère hors zone de -6,00 et +6,00 dioptries	+ 40 €	+ 5 €
Verre simple sphéro cylindrique avec cylindre supérieur à +4,00 dioptries	+ 40 €	+ 5 €
Verre progressif sphérique avec sphère comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries	+ 27,50 €	+ 5 €
Verre progressif sphéro cylindrique avec sphère comprise entre -8,00 et +8,00 dioptries	+ 40 €	+ 10 €
Verre progressif sphérique avec sphère hors zone de -4,00 et +4,00 dioptries	+ 27,50 €	+ 5 €
Verre progressif sphéro cylindrique avec sphère hors zone de -8,00 et +8,00 dioptries	+ 40 €	+ 10 €
Lentilles prises en charge ou non par la SS	+ 20 € par an et par bénéficiaire	
Traitements chirurgicaux des troubles visuels (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)	400 € par an et par bénéficiaire	

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale

SS = Sécurité sociale

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

Conformément à la Loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez demander communication ou rectification de toutes informations vous concernant en adressant un courrier à l'organisme assureur, Service Satisfaction Clients - 303 rue Gabriel Debacq, 45777 Saran Cedex.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES COMPLÉMENTAIRES



aux conditions générales Humanis Prévoyance

« CG/HP/FS 02.13 » et « CG/HP/FFS 02.13 »

DÉFINITION

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

Concubin : Le concubin du Participant vivant maritalement sous le même toit, sous réserve que le concubin et le Participant soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement, que le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus d'un an et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée d'un an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union, ou lorsque le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle.

ADHÉSION INDIVIDUELLE DES PERSONNES

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

L'adhésion individuelle prend effet :

- à la date à laquelle le Participant bénéficie du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel souscrit par l'Adhérent et référencé sous le n°CCN012100, s'il choisit d'adhérer à cette date,
- à défaut, si le Participant choisit d'adhérer à une date postérieure, au 1^{er} jour du mois suivant la réception par l'Institution de la demande du Participant.

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

- à la date à laquelle le Participant ne bénéficie plus du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel souscrit par l'Adhérent et référencé sous le n°CCN012100.

BÉNÉFICIAIRES

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

6.3 Bénéficiaires

6.3.1 Choix de bénéficiaires

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

Les bénéficiaires des garanties sont ceux pour lesquels une cotisation est versée sous réserve de leur déclaration par le Participant et de la communication à l'Institution des justificatifs visés ci-après.

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

6.3.2 Définition des Ayants droit

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

- le conjoint,
- le partenaire d'un PACS,
- le concubin,
- les enfants à la charge du Participant.

Sont considérés comme enfants à charge, indépendamment de la position fiscale, les enfants du Participant, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou reconnus :

- jusqu'à leur 18^{ème} anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26^{ème} anniversaire sous condition, soit :
 - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED (Centre National d'Enseignement à Distance) ;
 - d'être en apprentissage ;
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et d'autre part l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;

- d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré :
 - inscrits auprès de Pôle Emploi comme demandeurs d'emploi,
 - ou stagiaires de la formation professionnelle,
- d'être employé dans un Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés,
- sans limitation d'âge lorsque l'enfant à charge du Participant est reconnu avant son 26^{ème} anniversaire en invalidité équivalente à l'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'il bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé ou tant qu'il est titulaire de la carte d'invalidité civile.

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

6.3.3 Adhésion des ayants droit

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

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

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

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

6.3.4 Justificatifs à fournir

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

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

Outre ces justificatifs, la déclaration d'affiliation doit être accompagnée de la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale ou de la carte d'assuré au régime de Sécurité sociale obligatoire en vigueur à la date d'affiliation, pour tous les bénéficiaires ayant leur propre numéro.

L'Institution se réserve le droit de demander au Participant toutes autres pièces justificatives.

Le Participant s'engage à informer l'Institution de toute modification de sa situation ou de celle de l'un de ses ayants droit ne permettant plus à ce dernier d'avoir la qualité de bénéficiaire.

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

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

DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

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

En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée d'une durée supérieure ou égale à un mois, les garanties du contrat sont suspendues.

La suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'Institution en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'Institution de la déclaration faite par l'Adhérent. Toutefois, ces derniers ont la possibilité de demander le maintien des garanties du contrat, pendant la suspension de son contrat de travail dans le cadre d'un contrat collectif facultatif.

Ce maintien donne lieu à paiement à la charge exclusive du Participant des cotisations prévues au contrat.

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

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

A défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, l'adhésion individuelle du Participant pourra être résiliée dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations dues doivent être payées. La résiliation de l'adhésion individuelle par l'Institution ne la prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues, y compris les majorations de retard.

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

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

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

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

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

Conditions au maintien de l'affiliation

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

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

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

Effet et durée du maintien de l'affiliation

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

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

En tout état de cause, l'affiliation du Participant cesse de plein droit :

- à la date à laquelle il cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès) ;
- en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après.
- en cas de résiliation du contrat, quelle qu'en soit la cause.

Obligations déclaratives

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

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

Garanties

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

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat ainsi que la résiliation de celui-ci intervenant durant la période de portabilité sont opposables au Participant.

L'Adhérent s'engage à informer le Participant de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat, notamment en lui remettant l'addenda modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information établie par l'Institution.

Financement

Ce maintien est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif de maintien de garanties sont couverts sans paiement de cotisations après la cessation de leur contrat de travail.

MAINTIEN DE GARANTIES SANTÉ AU TITRE DE L'ARTICLE 4 DE LA LOI EVIN DU 31 DÉCEMBRE 1989

Les dispositions de l'article 7.2 des Conditions Générales CG/HP/FS 02.13 relatives au « Maintien des garanties santé » sont remplacées comme suit :

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

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

L'Institution adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire.

Les personnes garanties du chef du Participant décédé peuvent également continuer à bénéficier des garanties Santé à titre individuel, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve de formuler leur demande dans les six mois suivant le décès. L'Institution leur adresse la proposition de maintien de la couverture dans le délai de deux mois à compter du décès, l'Adhérent devant en informer préalablement l'Institution.

RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

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

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

Humanis Prévoyance
Satisfaction Clients
303, rue Gabriel Debacq
45777 Saran Cedex
Tél : 0 969 39 08 33 (appel non surtaxé).

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

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

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

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

GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

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

OPTIQUE :

- Equipement optique pris en charge par la Sécurité sociale (deux verres et une monture) : les prestations dépendent du degré de correction (dioptrie),

La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans, période réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue.

Le calcul de la période s'apprécie sur vingt-quatre mois glissants (ou douze mois glissants pour les cas précités) et ce à compter de la date d'achat de l'équipement (ou du premier élément de l'équipement, verres ou monture) par le Participant.

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