

BULLETIN D'ADHÉSION CONTRAT STANDARD



Adhésion Modification d'adhésion

Contrat "surcomplémentaire" | Garanties santé complémentaires au régime conventionnel de la Convention Collective Nationale des Administrateurs judiciaires et Mandataires judiciaires

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 :
CCN013300/01 - CCN013301/01

Contrat à adhésion collective facultative :
CCN013300/02 - CCN013301/02

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 TYPE D'ADHÉSION

Catégorie(s) de personnel concernée(s) :

- Ensemble du personnel justifiant de trois mois d'ancienneté continus dans l'Etude
- Personnel Cadre (salariés relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947) justifiant de trois mois d'ancienneté continus dans l'Etude
- Personnel Cadre et article 36 (salariés relevant des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947) justifiant de trois mois d'ancienneté continus dans l'Etude
- Personnel Non Cadre y compris article 36 (salariés ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947) justifiant de trois mois d'ancienneté continus dans l'Etude
- Personnel Non Cadre (salariés ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947) justifiant de trois mois d'ancienneté continus dans l'Etude

Effectif assuré à la date d'adhésion

Type d'adhésion	<input type="checkbox"/> Adhésion collective obligatoire du salarié	<input type="checkbox"/> Adhésion collective facultative du salarié
	Appel des cotisations auprès de l'entreprise	Appel des cotisations auprès du salarié

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 Administrateurs judiciaires et Mandataires judiciaires 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.

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 Debaca, 45777 Saran Cedex.

COTISATIONS

Cotisations complémentaires à celles du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel des administrateurs judiciaires et mandataires judiciaires (en % du PMSS)

Contrat standard	Adhésion collective obligatoire CCN013300/01	Adhésion collective facultative CCN013300/02
Famille (Salarié de l'étude et ses ayants droit à l'exception du conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale)	+0,63 %	+0,76 %
Extension facultative du conjoint non à charge Sécurité sociale	Contrat CCN013301/01	Contrat CCN013301/02
Conjoint non à charge Sécurité sociale	+0,49 %	+0,59 %

ENGAGEMENT

Je, soussigné(e) Nom et prénom agissant en qualité de ⁽¹⁾ déclare adhérer, au profit des catégories de salariés désignées en page 1 de ce bulletin, 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 AMJ-santé-surcomplémentaire obligatoire" et "NI-CCN AMJ-santé-surcomplémentaire facultatif".

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

Fait à le

L'entreprise

Signature et cachet de l'entreprise

Signature Humanis Prévoyance

Le Directeur

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

Les garanties exprimées en forfait en euros et en pourcentage de la BR, incluant celles versées au titre du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel des Administrateurs judiciaires et Mandataires judiciaires, sont complémentaires aux éventuelles prestations versées au titre du régime de base de la Sécurité sociale.

Descriptif des garanties	Prestations Les prestations mentionnées ci-dessous s'entendent y compris celles versées au titre du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel des Administrateurs judiciaires et Mandataires judiciaires
HOSPITALISATION (secteur conventionné et non conventionné (1))	
Hospitalisation médicale et chirurgicale : Frais de séjour (frais de structure et de soins) et Fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques) Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin adhérent au contrat d'accès aux soins (2) Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin non adhérent au contrat d'accès aux soins (2)	Etablissements conventionnés : 100 % des Frais Réels Etablissements non conventionnés : 90 % des Frais Réels avec une prise en charge minimale du TM TM + 300 % de la BR TM + 100 % de la BR
Hospitalisation en maternité : Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin adhérent au contrat d'accès aux soins (2) Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin non adhérent au contrat d'accès aux soins (2)	300 % de la BR 100 % de la BR
Chambre Particulière (y compris en maternité)	2,5 % du PMSS par jour
Forfait Hospitalier	100 % des Frais Réels
Frais d'Accompagnement d'un enfant de moins de 12 ans	2 % du PMSS par jour
Forfait acte lourd	Pris en charge
PRATIQUE MÉDICALE COURANTE (secteur conventionné et non conventionné (1))	
Consultation, visite d'un généraliste adhérent au CAS (2)	TM + 170 % de la BR
Consultation, visite d'un spécialiste adhérent au CAS (2)	TM + 270 % de la BR
Consultation, visite d'un généraliste ou d'un spécialiste non adhérent au CAS (2)	TM + 100 % de la BR
Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	TM + 200 % de la BR
Frais d'analyse et de laboratoire	TM + 200 % de la BR
Actes médicaux techniques et d'échographie réalisés par un spécialiste adhérent CAS (2)	TM + 200 % de la BR
Actes médicaux techniques et d'échographie réalisés par un spécialiste non adhérent CAS (2)	TM + 100 % de la BR
Actes d'imagerie et Ostéodensitométrie prise en charge par la sécurité sociale réalisés par un spécialiste adhérent CAS (2)	TM + 200 % de la BR
Actes d'imagerie et Ostéodensitométrie prise en charge par la sécurité sociale réalisés par un spécialiste non adhérent CAS (2)	TM + 100 % de la BR
MÉDECINE ALTERNATIVE	
Ostéopathie - Chiropractie - Micro Kinésithérapie	40 euros par séance dans la limite de 160 euros par an et par bénéficiaire
PHARMACIE	
Frais pharmaceutiques remboursés par la Sécurité sociale	TM
Contraception féminine non prise en charge par la Sécurité sociale : Pilules, anneaux et patchs contraceptifs	50 euros par an et par bénéficiaire
TRANSPORT	
Frais de Transport pris en charge par la Sécurité sociale	TM + 200 % de la BR

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 Debaca, 45777 Saran Cedex.

DENTAIRE	
Soins dentaires pris en charge par la Sécurité sociale	TM + 200 % de la BR
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale	TM + 300 % de la BR
Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale	400 euros par acte dans la limite d'un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 1200 euros
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	TM + 200 % de la BR
Implant dentaire ⁽³⁾	500 euros par implant dans la limite de 3 implants par an et par bénéficiaire
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale	230 euros par an et par bénéficiaire
OPTIQUE	
EQUIPEMENT OPTIQUE Adultes et Enfants de 18 ans et plus 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 en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.	
Monture + verres simples ⁽⁴⁾	470 euros dont 150 euros maximum pour la monture
Monture + verres complexes ⁽⁴⁾	750 euros dont 150 euros maximum pour la monture
Monture + verres hypercomplexes ⁽⁴⁾	850 euros dont 150 euros maximum pour la monture
Monture + 1 verre simple ⁽⁴⁾ + 1 verre complexe ⁽⁴⁾	610 euros dont 150 euros maximum pour la monture
Monture + 1 verre simple ⁽⁴⁾ + 1 verre hypercomplexe ⁽⁴⁾	660 euros dont 150 euros maximum pour la monture
Monture + 1 verre complexe ⁽⁴⁾ + 1 verre hypercomplexe ⁽⁴⁾	800 euros dont 150 euros maximum pour la monture
EQUIPEMENT OPTIQUE Enfants de moins de 18 ans. Le remboursement est limité à un équipement optique par an et par bénéficiaire	
Monture + verres simples ⁽⁴⁾	335 euros dont 85 euros maximum pour la monture
Monture + verres complexes ⁽⁴⁾	485 euros dont 85 euros maximum pour la monture
Monture + verres hypercomplexes ⁽⁴⁾	585 euros dont 85 euros maximum pour la monture
Monture + 1 verre simple ⁽⁴⁾ + 1 verre complexe ⁽⁴⁾	410 euros dont 85 euros maximum pour la monture
Monture + 1 verre simple ⁽⁴⁾ + 1 verre hypercomplexe ⁽⁴⁾	460 euros dont 85 euros maximum pour la monture
Monture + 1 verre complexe ⁽⁴⁾ + 1 verre hypercomplexe ⁽⁴⁾	535 euros dont 85 euros maximum pour la monture
Lentilles prises en charge ou non par la Sécurité sociale	9,5 % du PMSS par an et par bénéficiaire
Traitements chirurgicaux des troubles visuels (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)	15 % du PMSS par œil
APPAREILLAGE	
Orthopédie et autres prothèses	TM + 200 % de la BR
Prothèses auditives	TM + 200 % de la BR et un forfait supplémentaire par an et par bénéficiaire de 200 euros
ALLOCATIONS FORFAITAIRES	
Maternité	Allocation forfaitaire égale à 7 % du PMSS
Cure Thermale prise en charge par la Sécurité sociale	TM + 5 % du PMSS par an et par bénéficiaire
PRÉVENTION	
Ostéodensitométrie non prise en charge par la Sécurité sociale	50 euros par an et par bénéficiaire
Consultation Diététique	20 euros par séance dans la limite de 60 euros par an et par bénéficiaire
Sevrage tabagique pris en charge par la Sécurité sociale : substituts nicotiques, consultation cognitivo-comportementale (sur prescription médicale)	50 euros par an et par bénéficiaire
Vaccin anti grippe	100 % des Frais Réels
Vaccin non pris en charge par la Sécurité sociale	25 euros par an et par bénéficiaire

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

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

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

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

Verre complexe : verre simple foyer dont la zone est hors zone de -6,00 et +6,00 dioptries ou dont le cylindre est > à +4,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif.

Verre hypercomplexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique pour adulte dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique pour adulte dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries

TM = Ticket Modérateur : différence entre le base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) et le montant remboursé par la Sécurité sociale

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale

SS = Sécurité sociale

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

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES COMPLÉMENTAIRES

aux conditions générales Humanis Prévoyance

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



FORMALITÉS

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

DÉFINITION

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

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

Par dérogation à l'article 2 des Conditions Générales CG/HP/FS 02.13 et des Conditions Générales CG/HP/FFS 02.13, le conjoint, le partenaire lié par un PACS et le concubin sont définis à l'article 6.3.1 tel que modifié ci-après.

ADHÉSION INDIVIDUELLE DES PERSONNES

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

L'adhésion individuelle prend effet :

- à la date à laquelle le Participant bénéficie du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel souscrit par l'Adhérent et référencé sous le n°CCN013100, 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°CCN013100.

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 Définition des ayants droit

Le Participant et ses ayants droit tels que définis ci-dessous, bénéficient des garanties du contrat sous réserve qu'ils soient bénéficiaires du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel référencé sous le n°CCN013100.

Le conjoint non à charge du Participant au sens de la Sécurité sociale, peut être couvert par une extension facultative souscrite individuellement par le Participant sous réserve qu'il soit bénéficiaire du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel référencé sous le n°CCN013101.

Sont ayants droit :

- les ayants droit à charge du Participant au sens des articles L.161-14 et L.313-3 du code de la Sécurité sociale soit :

1/ **Le conjoint** définit comme suit et bénéficiaire des prestations du régime de la Sécurité sociale sous le numéro du Participant en tant qu'ayant droit :

- 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, sous réserve que le concubin et le Participant soient tous les deux libres de tout engagement, que le concubinage ait été établi de façon notoire et que les deux concubins partagent le même domicile (l'adresse déclarée à la Sécurité sociale faisant foi).

2/ **Les enfants** du Participant et/ou de son conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS, jusqu'au 31 décembre qui suit leur 20^{ème} anniversaire,

- ou jusqu'au 28^{ème} anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, intérimaires, à la recherche d'un emploi, sous contrat de travail à durée déterminée ou sous contrat d'insertion professionnelle,
- ou sans limite d'âge s'ils sont en situation de handicap avec un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % reconnu par le régime de base d'assurance maladie.

3/ **Les ascendants, descendants à charge**, tels que définis à l'article L.313-3 du code de la Sécurité sociale, figurant sur la carte de Sécurité sociale du Participant ou de son conjoint, partenaire lié par un PACS ou de son concubin.

- **le conjoint ou le partenaire lié par un PACS ou le concubin tel que défini au 1/ non à charge au sens de la Sécurité sociale**, c'est-à-dire le conjoint non couvert par la Sécurité sociale à titre d'ayant droit du Participant et qui bénéficie des prestations du régime de la Sécurité sociale sous son propre numéro.

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 Debaca, 45777 Saran Cedex.

6.3.2 Conditions d'affiliation et de modification des bénéficiaires

Les bénéficiaires du contrat sont identiques à ceux du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel référencé sous le n°CCN013100 et CCN013101. Le Participant déclare les bénéficiaires des garanties, outre lui-même. Cette déclaration a lieu à l'occasion de l'affiliation ou de l'adhésion individuelle du Participant. Toutefois, postérieurement à celle-ci, l'Institution accepte la modification des ayants droit en cas de changement de la situation familiale du Participant (notamment naissance, décès, séparation...). Le Participant est tenu d'informer l'Adhérent et l'Institution de ces modifications.

Il déclare à l'Adhérent et à l'Institution le cas échéant, son conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale s'il entend assurer sa couverture. Cette déclaration a lieu à l'occasion de son affiliation. Toutefois, postérieurement à celle-ci, le Participant peut affilier son conjoint non à charge :

- à l'occasion d'une modification de la situation familiale ;
- chaque 1^{er} janvier, sous réserve que le Participant en fasse la demande auprès de 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.

6.3.3 Justificatifs à fournir

Le Participant doit joindre avec la Déclaration d'Affiliation, la photocopie de l'attestation jointe de sa carte Vitale ou de sa carte d'assuré au régime de Sécurité sociale obligatoire en vigueur à la date d'affiliation ;

- pour les enfants à charge selon leur situation :
 - le certificat de scolarité,
 - la copie du contrat d'apprentissage, de professionnalisation ou contrat de travail,
 - l'attestation d'inscription au Pôle Emploi,
 - la copie de la carte d'invalidité,
- pour le conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale et selon la 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...)

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 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.

6.3.4 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.

MAINTIEN DES GARANTIES SANTÉ À TITRE GRATUIT AU TITRE DE L'ARTICLE L911-8 DU CODE DE LA SECURITÉ SOCIALE

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

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

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

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

Conditions au maintien de l'affiliation

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

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

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

Effet et durée du maintien de l'affiliation

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

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

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

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

Obligations déclaratives

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

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

Garanties

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

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

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

Financement

Ce maintien est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité.

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

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

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

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 EN CAS DE DÉCÈS

Il est ajouté un article 7.3 aux Conditions Générales CG/HP/FS 02.13 et aux Conditions Générales CG/HP/FFS 02.13, comme suit :

7.3 Maintien gratuit des garanties Santé aux ayants droit en cas de décès du participant

Les ayants droit d'un participant décédé y compris le cas échéant le conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale, bénéficiant des garanties du contrat au jour du décès, se voient maintenir gratuitement le bénéfice des garanties du contrat pendant une durée d'un an à compter du jour du décès.

Au-delà de cette durée et uniquement dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire, ils pourront bénéficier du maintien au titre de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989.

PAIEMENT DES COTISATIONS

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

Extension facultative du conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale :

Les cotisations concernant l'extension des garanties au conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale tel que défini au contrat sont recouvrées auprès du Participant sur son compte bancaire selon la périodicité indiquée sur la déclaration d'affiliation.

À défaut de paiement de la cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date de son échéance, l'extension des garanties au conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale 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 au conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale par l'Institution ne la prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues, y compris les majorations de retard mentionnées ci-dessous.

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

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

RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

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

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

Humanis Prévoyance
Satisfaction Clients
303, rue Gabriel Debacq
45777 Saran Cedex

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

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

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait 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

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

« 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 contrat sont effectués sur la base du tarif d'autorité. »

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

« Hospitalisation médicale :

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

À 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.
- Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant de moins de 12 ans bénéficiaire du contrat (**dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours**). Ces frais comprennent les frais d'hébergement (lit) et de nourriture (repas) d'un seul des deux parents de l'enfant facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents ».
- Forfait pour acte lourd. »

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

« OPTIQUE :

- **Équipement optique pris en charge par la Sécurité sociale (deux verres et une monture).**
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).**
- **Traitements chirurgicaux des troubles visuels (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie) ».**

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

« PRÉVENTION :

- **Ostéodensitométrie non prise en charge par la Sécurité sociale**
- **Consultation Diététique :** actes effectués par un diététicien habilité, diplômé d'Etat, inscrit au registre préfectoral et exerçant en France.
- **Sevrage tabagique pris en charge par la Sécurité sociale :** substituts nicotiques, consultation cognitivo-comportementale (sur prescription médicale)
- **Vaccin anti grippe**
- **Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale ».**

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 Debaca, 45777 Saran Cedex.

RISQUES EXCLUS

Le 1^{er} alinéa de l'article 17 « RISQUES EXCLUS » des Conditions Générales CG/HP/FS 02.13 et aux Conditions Générales CG/HP/FFS 02.13 est complété par les dispositions suivantes :

« Ces exclusions ne s'appliquent pas aux actes mentionnés à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale ».

MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

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

« 18.4 Justificatifs et contrôle

Afin d'assurer la protection de ses données personnelles de santé, le bénéficiaire a la possibilité d'adresser par voie postale tout document comportant ce type de données, sous pli cacheté portant la mention « Confidentiel », à l'attention de Monsieur le Médecin-conseil - Centre de Service Prestations Santé dont l'adresse figure sur sa carte de tiers-payant.

Le service médical de l'Institution peut faire procéder par un médecin, un chirurgien-dentiste ou tout autre professionnel de santé désigné par lui, au contrôle médical du bénéficiaire qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre du contrat.

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

Outre les pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, le service médical de l'Institution se réserve la possibilité de demander des pièces complémentaires permettant une juste appréciation de la situation du participant. L'Institution peut également demander tout renseignement ou pièce permettant d'établir la réalité du paiement des dépenses engagées (notamment documents comptables et bancaires) ou la réalité des prestations elles-mêmes. Ces pièces peuvent être demandées avant ou après le paiement des prestations, **y compris après résiliation du contrat.**

Pour ouvrir droit à prise en charge, les actes ou soins doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'État et inscrits sur des registres nationaux.

L'Institution se réserve la possibilité de demander tous les justificatifs établissant la qualité et/ou le statut du professionnel de santé dont les actes ou soins sont à l'origine de la demande de prestations (inscription sur des registres nationaux, numéro d'inscription Adeli, etc...).

En cas de refus de se soumettre au contrôle médical ou à défaut de fournir les justificatifs demandés, les actes ne donnent pas lieu à prise en charge ».

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

Optique :	Facture détaillée et acquittée En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue : - Soit nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction, - Soit prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction, - Et prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent.
Traitements chirurgicaux des troubles visuels	Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité sociale Note d'honoraires originale du praticien détaillant le nombre d'œil opéré