



Conditions générales

CG/HP/FS 02.2013

➤ Assureur **Humanis Prévoyance**

SANTÉ | PRÉVOYANCE | ÉPARGNE | INTERNATIONAL

Contrat de prévoyance collective à adhésion obligatoire

Garanties frais de santé

Sommaire

PREMIERE PARTIE - DISPOSITIONS GENERALES	4
🔗 Article 1 OBJET DU CONTRAT	4
🔗 Article 2 DEFINITIONS	4
🔗 Article 3 CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE	4
🔗 Article 4 PRISE D'EFFET - DUREE - RENOUVELLEMENT	5
🔗 Article 5 OBLIGATIONS DE L'ADHERENT	5
🔗 Article 6 AFFILIATION DES MEMBRES DU PERSONNEL ET DE LEURS AYANTS DROIT	5
🔗 Article 7 MAINTIEN DES GARANTIES	7
🔗 Article 8 COTISATIONS	9
🔗 Article 9 REVISION DES COTISATIONS ET/OU DES GARANTIES PAR L'INSTITUTION	9
🔗 Article 10 RESILIATION DU CONTRAT	10
🔗 Article 11 RECOURS - PRESCRIPTION	10
🔗 Article 12 ENTREPRISE FILIALE ADHERENTE	10
🔗 Article 13 RECLAMATIONS – MEDIATION	11
🔗 Article 14 CONTROLE DE L'INSTITUTION	11
🔗 Article 15 DISPOSITIONS DIVERSES	11
DEUXIEME PARTIE - DEFINITION DES GARANTIES	12
🔗 Article 16 GARANTIES FRAIS DE SANTE	12
🔗 Article 17 RISQUES EXCLUS	13
TROISIEME PARTIE - VERSEMENT DES PRESTATIONS	14
🔗 Article 18 MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	14

PREMIERE PARTIE

DISPOSITIONS GENERALES

➤ Article 1 | OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat est constitué des présentes Conditions Générales ainsi que des Conditions Particulières.

Il est souscrit par la personne morale désignée aux Conditions Particulières, et ci-après dénommée « **l'ADHERENT** », auprès de « **HUMANIS Prévoyance** », Institution de Prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité Sociale, dont le siège social est à PARIS (75116) - 7 rue de Magdebourg, dénommée ci-après « **l'INSTITUTION** ».

Il a pour objet d'instituer une opération d'assurance à adhésion obligatoire. La garantie a pour objet le remboursement des frais de santé.

Les garanties souscrites par l'ADHERENT sont précisées aux Conditions Particulières.

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

➤ Article 2 | DEFINITIONS

Actes Hors Nomenclature : Actes non reconnus par la Sécurité Sociale et non inscrits aux Nomenclatures.

ADHERENT : Personne morale souscriptrice du présent contrat.

Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BR) : Assiette servant de base de calcul aux prestations en nature de la Sécurité Sociale.

Bénéficiaire : PARTICIPANT et, le cas échéant, ses ayants droit dans les conditions définies au présent contrat.

Catégorie : Ensemble de personnes physiques travaillant pour le compte de l'ADHERENT et défini par celui-ci, conformément aux articles R. 242-1-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale, au moyen de critères généraux et impersonnels, dans l'acte prévu à l'article L. 911-1 du même Code instituant les garanties collectives.

Concubin : Personne vivant en concubinage avec le PARTICIPANT. Conformément à l'article 515-8 du Code Civil, le concubinage est une union de fait, caractérisée 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.

Conjoint : Conjoint du PARTICIPANT non divorcé ou non séparé de corps judiciairement.

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.

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.

Entreprise Filiale Adhérente : Personne morale entretenant des liens

capitalistiques avec l'ADHERENT et qui adhère au contrat souscrit par ce dernier.

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 : 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.

Partenaire lié par un PACS : Personne liée au PARTICIPANT par un Pacte Civil de Solidarité.

PARTICIPANT : Personne physique travaillant pour le compte l'ADHERENT, appartenant à la Catégorie définie aux Conditions Particulières et affiliée au contrat.

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.

Rémunération brute : Sommes et avantages perçus par le PARTICIPANT assujettis à charges sociales dans les conditions prévues à l'article L. 242-1 du Code de la Sécurité Sociale.

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. 322-2 I du Code de la Sécurité Sociale.

Tranches soumises à cotisations sociales :

- Tranche A : fraction de la Rémunération brute annuelle au plus égale au Plafond annuel de la Sécurité Sociale.
- Tranche B : fraction de la Rémunération brute annuelle comprise entre le Plafond annuel de la Sécurité Sociale et quatre fois celui-ci.
- Tranche C : fraction de la Rémunération brute annuelle comprise entre quatre fois le Plafond annuel de la Sécurité Sociale et huit fois celui-ci.

➤ Article 3 | CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE

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

Le contrat respecte les conditions posées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité Sociale.

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

- Conformément à l'article L. 322-2 II du Code de la Sécurité Sociale, la participation forfaitaire due par le Bénéficiaire pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale.
- Conformément à l'article L. 322-2 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 Bénéficiaire lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés.

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

🔍 Article 4 | PRISE D'EFFET - DUREE - RENOUVELLEMENT

Le présent contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions Particulières sous réserve de l'acceptation par l'INSTITUTION, pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours.

Le présent contrat est renouvelé par tacite reconduction à chaque échéance, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties effectuée par lettre recommandée et 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 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.

🔍 Article 5 | OBLIGATIONS DE L'ADHERENT

5.1 Obligations déclaratives et d'information

L'ADHERENT s'engage à :

- 1. Communiquer à l'INSTITUTION la ou les Catégories de personnes physiques travaillant pour son compte et dont elle souhaite assurer la couverture par le présent contrat.
Le choix et la définition de cette ou ces Catégories est à la charge exclusive de l'ADHERENT.
L'INSTITUTION ne saurait être garante de la conformité de ce choix et de ces définitions aux dispositions des articles R. 242-1-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale.
- 2. Répondre exactement aux questions de l'INSTITUTION relatives à la ou les Catégories de personnes physiques travaillant pour le compte l'ADHERENT qu'il envisage de garantir. Doivent être notamment fournies les caractéristiques socio-démographiques de la Catégorie.
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 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 est à la charge exclusive de l'ADHERENT.
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 la Déclaration d'Affiliation visée à l'article 6.1 dûment renseignée par chaque PARTICIPANT dans un délai de trente jours suivant :
 - soit la date d'effet du contrat,
 - soit la date de l'entrée du PARTICIPANT dans la ou les Catégories définies aux Conditions Particulières.

- 5. Communiquer à l'INSTITUTION la liste des anciens salariés bénéficiant à la date d'effet du contrat, du maintien de leurs garanties Frais de Santé au titre de la portabilité des droits, si l'ADHERENT souhaite les garantir par le présent contrat.
- 6. Déclarer à l'INSTITUTION toute personne physique travaillant pour l'ADHERENT qui, au cours du contrat, entre dans la ou les Catégories définies aux Conditions Particulières.
- 7. Déclarer à l'INSTITUTION tout PARTICIPANT qui, au cours du contrat, quitte l'entreprise ou sort de la ou les Catégories définies aux Conditions Particulières, notamment suite à une évolution dans une autre Catégorie. L'ADHERENT précise la date et le motif du départ ou de l'évolution. La déclaration doit être effectuée dans les 30 jours du départ de l'entreprise ou du changement de Catégorie.
- 8. Déclarer à l'INSTITUTION tout PARTICIPANT dont le contrat de travail est suspendu et qui ne pourrait bénéficier du maintien de son affiliation au présent contrat en application de l'article 6.5.
- 9. Déclarer trimestriellement à l'INSTITUTION par le biais des appels de cotisations, l'effectif de la ou les Catégories de PARTICIPANTS et la masse salariale brute si l'ADHERENT a choisi d'assoir les cotisations sur tout ou partie de la Rémunération brute définie à l'article 2 des Conditions Générales, ventilée par Tranches soumises à cotisations sociales.
- 10. 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.

L'INSTITUTION se réserve la possibilité de réclamer des dommages-intérêts et/ou de prononcer la résiliation du contrat en cas de manquement par l'ADHERENT 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.

5.2 Information des PARTICIPANTS

L'ADHERENT 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 d'un contrat de prévoyance collective.

Conformément à ces dispositions, l'ADHERENT s'engage à remettre à chaque PARTICIPANT la notice d'information qui lui a été communiquée par l'INSTITUTION.

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

🔍 Article 6 | AFFILIATION DES MEMBRES DU PERSONNEL ET DE LEURS AYANTS DROIT

6.1 Conditions d'affiliation des membres du personnel

Le contrat entraîne l'affiliation, à titre obligatoire, de chaque membre du personnel de l'ADHERENT, appartenant à la ou les Catégories définies aux Conditions Particulières.

L'usage, par l'ADHERENT, des facultés offertes à l'article R. 242-1-6 du Code de la Sécurité Sociale de dispenser d'affiliation certains membres du personnel est admis par l'INSTITUTION dans les conditions prévues au point 3 de l'article 5.1 des présentes Conditions Générales.

Cet usage ne remet pas en cause le caractère obligatoire de la présente opération d'assurance.

Lors de l'adhésion de l'entreprise ou de son entrée en fonction, chaque membre du personnel appartenant à la ou les Catégories renseigne et signe la Déclaration d'Affiliation établie par l'INSTITUTION.

Il y précise notamment son état civil et celui de ses Bénéficiaires.

6.2 Date d'effet de l'affiliation des membres du personnel

L'affiliation prend effet :

- à la date de prise d'effet du contrat lorsque le membre du personnel est inscrit à cette date dans les effectifs de l'ADHERENT,
- à sa date d'embauche ou d'évolution dans la ou les Catégories définies aux Conditions Particulières si elle est postérieure à la date d'effet du contrat.

6.3 Bénéficiaires

6.3.1 Choix de Bénéficiaires

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

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

Le choix de couvrir les seuls PARTICIPANTS ou les PARTICIPANTS et leurs ayants droit influe sur la cotisation dans les conditions fixées à l'article 8.

6.3.2 Définition des Ayants droit

Sont ayants droit du PARTICIPANT, selon les définitions prévues à l'article 2 :

- le Conjoint,
- le Partenaire d'un PACS,
- le Concubin,
- Les personnes à la charge du PARTICIPANT entendues comme :

1) Enfants à charge :

- 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.

2) 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.

6.3.3 Affiliation des Ayants droit

Sous réserve des dispositions prévues dans l'acte mettant en place les garanties collectives dans l'entreprise et dans les Conditions Particulières, le PARTICIPANT déclare ses ayants droit à l'INSTITUTION.

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

Affiliation obligatoire des ayants droit

Lorsque la couverture des ayants droit est obligatoire, la déclaration des ayants droit s'effectue au moment de l'affiliation du PARTICIPANT. Toutefois, postérieurement à celle-ci, l'INSTITUTION accepte la modification des ayants droit en cas de modification de la situation familiale du PARTICIPANT (notamment naissance, décès, séparation...). Le PARTICIPANT est tenu d'informer l'ADHERENT et l'INSTITUTION de ces modifications.

Affiliation facultative des ayants droit

Lorsque la couverture des ayants droit est facultative, le PARTICIPANT déclare à l'ADHERENT 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 1er 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.

6.3.4 Justificatifs à fournir

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

- la copie du livret de famille,
- la copie du certificat de mariage,
- l'attestation d'engagement dans les liens d'un PACS,
- l'attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux Concubins et tout justificatif de domicile commun (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...),
- pour les personnes à charge selon leur situation :
 - la copie du dernier avis d'imposition du PARTICIPANT ou de son Conjoint, de son Partenaire lié par un PACS ou de son Concubin,
 - le certificat de scolarité,
 - la copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
 - la copie de la carte d'invalidité,
 - l'attestation d'inscription au Pôle Emploi,
 - la copie du dernier bulletin de salaire.

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

L'INSTITUTION se réserve le droit de demander au PARTICIPANT toutes autres pièces justificatives.

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

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

La garantie de l'INSTITUTION au titre des ayants droit est due :

- 1°) en cas d'affiliation obligatoire des ayants droit, à la date d'affiliation du PARTICIPANT,
- 2°) en cas d'affiliation facultative des ayants droit, à la date de production de l'ensemble des pièces visées à l'article 6.3.4.

6.4 Cessation de l'affiliation

6.4.1 Cessation de l'affiliation des PARTICIPANTS

Sous réserve de l'application de l'article 7.1 des présentes Conditions Générales, l'affiliation du PARTICIPANT cesse de plein droit :

- soit à la date de résiliation ou de non renouvellement du présent contrat,
- 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'ADHERENT,
- soit à la date d'évolution dans une Catégorie autre que celle figurant aux Conditions Particulières.

La cessation de l'affiliation entraîne la fin des garanties.

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

L'INSTITUTION récupère auprès du PARTICIPANT toutes prestations indûment réglées.

6.4.2 Cessation de l'affiliation des ayants droit

L'affiliation des ayants droit prend fin en cas de cessation de l'affiliation du PARTICIPANT.

Elle cesse également, sous réserve des conditions particulières :

- à la date à laquelle les ayants droit ne remplissent plus les conditions posées à l'article 6.3.2 du présent contrat,
- 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 pour les cas d'affiliation facultative. 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.

6.5 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

Le bénéfice des garanties 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'ADHERENT, qu'elles soient versées directement par l'ADHERENT 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 et par conséquent les garanties sont maintenues au PARTICIPANT, moyennant le paiement des cotisations.

A l'exception des PARTICIPANTS bénéficiant d'un maintien total de salaire versé par l'ADHERENT, la rémunération brute s'entend de la rémunération perçue au cours des 12 mois civils précédant la suspension du contrat de travail.

Si le PARTICIPANT ne compte pas 12 mois de présence à la date de suspension de son contrat de travail, le salaire annuel brut pris en compte est celui figurant au contrat de travail.

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 7 | MAINTIEN DES GARANTIES

7.1 Maintien des garanties santé au titre de la « portabilité des droits »

7.1.1 Conditions du maintien de l'affiliation

Lorsque l'ADHERENT est tenu par l'article 14 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008, ou lorsque, n'étant pas tenu, il a formulé expressément la demande de bénéficier de cet avantage, et que l'INSTITUTION dans les Conditions Particulières, a accédé à cette demande, celle-ci s'engage à mettre en œuvre le maintien de garantie prévu par cet accord national interprofessionnel.

Sauf disposition contraire prévue aux Conditions Particulières, l'INSTITUTION s'engage à offrir le maintien des garanties dans la limite des dispositions de l'accord national interprofessionnel ou des avenants à celui-ci ayant fait l'objet d'un arrêté d'extension ou d'un arrêté d'élargissement.

Le présent contrat est modifié de plein droit par la publication, le retrait, l'annulation ou la caducité des arrêtés d'extension ou d'élargissement afférents à l'accord national interprofessionnel et aux avenants à celui-ci.

Le présent contrat est également modifié de plein droit par toute évolution législative ou réglementaire.

En l'état, sous réserve pour le PARTICIPANT d'être éligible à ce dispositif, l'affiliation et par conséquent les garanties dont profitaient effectivement les Bénéficiaires sont maintenues en cas de rupture du contrat de travail du PARTICIPANT à condition que la rupture 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.

Toutefois, l'ancien salarié peut refuser expressément, par écrit auprès de l'ADHERENT, le maintien de ses garanties dans les 10 jours qui suivent la cessation de son contrat de travail.

Le maintien de l'affiliation est subordonné à l'envoi par l'ADHERENT du formulaire type « Déclaration de portabilité » dûment renseigné et signé, en l'absence de refus de la part du PARTICIPANT dans le délai de 10 jours précité.

A défaut, l'affiliation du PARTICIPANT cesse de plein droit à la date de rupture du contrat de travail.

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

7.1.2 Effet et durée du maintien de l'affiliation

L'affiliation du PARTICIPANT est maintenue à compter du lendemain de la rupture du contrat de travail pour une durée égale à celle de son dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, sans pouvoir excéder neuf mois, à ce jour et sous réserve d'évolution législative ou réglementaire ultérieure.

Sont assimilés au dernier contrat de travail, les contrats de travail successifs exécutés de façon continue chez l'ADHERENT.

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 à l'article 7.1.3,
- en cas de non-paiement de la part de cotisation du PARTICIPANT et/ou de l'ADHERENT,
- en cas de résiliation du contrat, quelle qu'en soit la cause.

7.1.3 Obligations déclaratives

- Le PARTICIPANT s'engage à fournir :
 - dans les meilleurs délais à l'ADHERENT, le justificatif initial de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage,
 - mensuellement, l'attestation de paiement des allocations Chômage à l'ADHERENT et, sur la demande de celle-ci, à l'INSTITUTION.

De même, le PARTICIPANT s'engage à informer l'ADHERENT de la cessation du versement des allocations Chômage survenant au cours de la période de maintien de couverture.

- L'ADHERENT s'engage à informer l'INSTITUTION, dès qu'il en a connaissance, de tout évènement mettant fin au maintien de l'affiliation du PARTICIPANT et notamment :
 - de la date de cessation du versement des allocations Chômage,
 - du non-paiement de la quote-part salariale.

7.1.4 Garanties

Le PARTICIPANT bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la rupture de son contrat de travail.

Le cas échéant, le maintien de garanties est accordé aux ayants droit, tels que définis au présent contrat.

Le cas échéant, le PARTICIPANT peut modifier ses garanties selon les conditions et les modalités définies aux Conditions Particulières (régime à options).

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'ADHERENT 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.

7.1.5 Cotisations

Les cotisations du PARTICIPANT bénéficiant du maintien de garanties sont appelées au taux ou montant applicable à la Catégorie à laquelle appartenait le PARTICIPANT.

Toute révision des cotisations du contrat lui est également applicable.

Lorsque l'assiette des cotisations est constituée de la rémunération brute, celle-ci est calculée sur la base de la rémunération brute définie aux Conditions Particulières et perçue au cours des 12 mois précédant le départ de l'entreprise. En cas de période de référence inférieure à 12 mois, l'assiette est proratisée.

Sont cependant exclues de cette rémunération brute les sommes devenues exigibles du fait de la rupture du contrat de travail nonobstant leur assujettissement à charges sociales en application de l'article L. 242-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Les cotisations sont appelées selon les modalités d'appel effectivement en vigueur au titre du contrat.

L'appel des cotisations au titre du contrat est effectué auprès de l'ADHERENT. Le cas échéant, ce dernier procède lui-même au précompte de la part du PARTICIPANT.

Si les Conditions Particulières le prévoient, le PARTICIPANT peut s'acquitter directement auprès de l'INSTITUTION de la cotisation.

Chaque règlement est accompagné de la liste nominative des PARTICIPANTS concernés par ces dispositions comportant les informations suivantes : nom, prénom, numéro de Sécurité Sociale, date de naissance, adresse, période de règlement de la cotisation, montant de la cotisation réglée.

A défaut de paiement de la cotisation, il est fait application des dispositions prévues à l'article 7.1.6.

En cas de cessation de l'affiliation du PARTICIPANT, l'INSTITUTION remboursera le trop perçu à l'ADHERENT à charge pour ce dernier de le reverser au PARTICIPANT.

Si le PARTICIPANT a directement versé la cotisation à l'INSTITUTION, le trop perçu lui est directement reversé par cette dernière.

7.1.6 Défaillance de paiement des cotisations

- 1°) Lorsque les cotisations sont versées par l'ADHERENT à l'INSTITUTION :

L'ADHERENT est tenu du paiement des cotisations, nonobstant le non paiement par le PARTICIPANT de la fraction de cotisation éventuellement mise à sa charge en application des dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles en vigueur.

A défaut de paiement par l'ADHERENT, il est fait application de l'article 8.3 du présent contrat.

- 2°) Lorsque les cotisations sont versées directement par le PARTICIPANT entre les mains de l'INSTITUTION :

A défaut de paiement de la cotisation 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, au PARTICIPANT. 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 peut résilier l'adhésion sans préjudice de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues y compris les majorations de retard mentionnées.

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

Peuvent continuer à bénéficier de garanties Santé à titre individuel, moyennant le paiement de cotisations spécifiques, les personnes suivantes :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une prestation d'incapacité, d'invalidité ou d'une allocation de chômage, de préretraite ou de retraite sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou qui précède le terme du maintien de couverture au titre de la portabilité visée à l'article 7.1, si la durée de ce maintien excède six mois,
- les personnes garanties du chef du PARTICIPANT décédé sous réserve que la demande en soit faite dans les six mois suivant le décès. Dans

ce dernier cas, le maintien des garanties est effectif pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès.

Il appartient à l'ADHERENT d'informer les PARTICIPANTS du droit établi à leur profit par l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

L'INSTITUTION ne saurait en aucun cas être responsable d'un défaut d'information des PARTICIPANTS quant au maintien de garantie.

➤ Article 8 | COTISATIONS

8.1 Assiette et montant des cotisations

8.1.1 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.

La cotisation peut être exprimée forfaitairement, soit en pourcentage du Plafond annuel de la Sécurité Sociale, soit en fonction des tranches de rémunération brute A, B ou C soumises à cotisations.

La cotisation afférente au présent contrat est définie dans les Conditions Particulières.

8.1.2 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 à la Catégorie visée aux Conditions Particulières.

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

8.2 Paiement des cotisations

8.2.1 Les cotisations sont recouvrées trimestriellement à terme échu. Elles sont payables dans les 10 jours qui suivent l'échéance.

8.2.2 La répartition du coût des cotisations entre l'ADHERENT et les PARTICIPANTS est fixée par l'acte juridique instituant ou modifiant les garanties collectives dans l'entreprise.

Toutefois, l'ADHERENT 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.

Sur la base de l'état nominatif annuel des salaires visé à l'article 5.1 10° et communiqué par l'ADHERENT à l'INSTITUTION, cette dernière procède aux ajustements de cotisations éventuellement nécessaires au cours du 1er semestre de l'année suivante.

8.2.3 En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, l'ADHERENT 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 présent contrat, dans les conditions légales et réglementaires et conformément aux dispositions ci-dessous.

8.3 Défaut de paiement des cotisations

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'ADHERENT. 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 majorations de retard mentionnées à l'article 8.2.3.

L'INSTITUTION se réserve le droit d'informer directement les PARTICIPANTS de la défaillance de l'ADHERENT.

Le contrat non résilié 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.

8.4 Indexation des cotisations

Les cotisations peuvent être indexées suivant un indice et selon des conditions figurant aux Conditions Particulières.

Toutefois, les cotisations exprimées forfaitairement sont obligatoirement indexées au 1er janvier de chaque année en fonction de la dernière évolution annuelle de l'indice de la Consommation Médicale Totale (CMT) hors hospitalisation, connue au 1er septembre.

L'indexation est annuelle et automatique. Elle s'impose à l'ADHERENT sans qu'il soit besoin d'établir un avenant au présent contrat.

➤ Article 9 | REVISION DES COTISATIONS ET/OU DES GARANTIES PAR L'INSTITUTION

9.1 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'ADHERENT, 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'ADHERENT 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'ADHERENT est réputé avoir accepté la révision des cotisations.

9.2 Révisions 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'ADHERENT, 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'ADHERENT 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'ADHERENT est réputé avoir accepté ladite modification.

9.3 Modification du périmètre

L'ADHERENT s'engage à informer l'INSTITUTION de toutes modifications

relatives au périmètre démographique des salariés et anciens 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'ADHERENT, 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'ADHERENT 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'ADHERENT est réputé avoir accepté ladite modification.

➤ Article 10 | RESILIATION DU CONTRAT

Outre le cas de la dénonciation annuelle décrite à l'article 4 et la résiliation intervenant à l'occasion de la modification du présent contrat, le contrat peut être résilié dans les cas et dans le respect des conditions définies ci-après.

10.1 Non-paiement des cotisations

En cas de défaut de paiement des cotisations par l'ADHERENT, le contrat pourra être résilié selon les conditions définies à l'article 8.3.

10.2 Fausse déclaration

Conformément à l'article L. 932-7 du Code de la Sécurité Sociale, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'ADHERENT 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'ADHERENT ou par un PARTICIPANT a été sans influence sur la réalisation du risque, le contrat est annulé de plein droit.

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

10.3 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'ADHERENT, 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.

10.4 Effet de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat

10.4.1 Vis-à-vis de l'ADHERENT

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

L'ADHERENT 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 du contrat, qu'il soit total ou partiel, ne constituera qu'une régularisation du compte entre les parties et ne pourra, sauf demande expresse de l'ADHERENT accep-

tée par courrier de l'INSTITUTION, constituer un renouvellement tacite du contrat et par conséquent une remise en vigueur des garanties.

10.4.2 Vis-à-vis du PARTICIPANT ou de ses ayants droit

La résiliation ou le non renouvellement du contrat 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 18.3 des présentes Conditions Générales.

➤ Article 11 | RECOURS - PRESCRIPTION

11.1 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.

11.2 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'ADHERENT 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'ADHERENT ou les Bénéficiaires concernés ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans pour les prestations Frais d'obsèques dès lors que le Bénéficiaire n'est pas le PARTICIPANT.

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'ADHERENT 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 12 | ENTREPRISE FILIALE ADHERENTE

12.1 Après l'accord de l'INSTITUTION, les entreprises qui entretiennent

des liens capitalistiques avec l'ADHERENT peuvent adhérer, au profit de leur personnel, à ce contrat.

L'INSTITUTION pourra réviser les cotisations conformément aux dispositions mentionnées à l'article 9.3.

L'adhésion est constatée par un avenant d'adhésion ou bulletin d'adhésion. Elle prend effet à la date qui y figure.

12.2 Lorsque l'adhésion prend effet, ladite entreprise acquiert la qualité d'Entreprise Filiale Adhérente. Toutes les dispositions du présent contrat lui sont, alors, applicables.

12.3 L'ADHERENT reste en sa qualité de souscripteur du contrat principal auprès de l'INSTITUTION, le seul interlocuteur direct de l'INSTITUTION.

12.4 L'adhésion des Entreprises Filiales Adhérentes étant indissociable et indivisible de l'adhésion de l'ADHERENT, la résiliation du contrat avec celui-ci entraîne la résiliation de tous les avenants d'adhésion ou bulletins d'adhésion.

🔗 Article 13 | RECLAMATIONS – MEDIATION

L'INSTITUTION met à la disposition de l'ADHERENT 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

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'INSTITUTION et après épuisement des voies de recours internes, l'ADHERENT ou les Bénéficiaires, ou avec l'accord de ceux-ci, l'INSTITUTION, peuvent saisir le Médiateur du Centre Technique des Institutions de prévoyance (CTIP), sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent :

Médiateur du CTIP
10 rue Cambacérès - 75008 PARIS
Tél : 01 42 66 68 49
www.ctip.asso.fr

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

🔗 Article 14 | CONTROLE DE L'INSTITUTION

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

🔗 Article 15 | DISPOSITIONS DIVERSES

15.1 Confidentialité

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'ADHERENT à conserver la stricte confidentialité des informations concernant l'organisation de ses ressources humaines.

15.2 Loi Informatique et Libertés

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'adresse du siège social de l'INSTITUTION :

7 rue de Magdebourg,
75116 Paris

15.3 Valeur contractuelle

Ont valeur contractuelle et constituent le contrat :

- les présentes Conditions Générales,
- les Conditions Particulières,
- les avenants, les lettres-avenant et les avenants d'adhésion ou bulletins d'adhésion.

En cas de contradiction entre les dispositions des Conditions Particulières et celles des Conditions Générales, ce sont celles qui figurent sur les Conditions Particulières qui l'emportent.

Les titres des articles du Contrat n'ont qu'une valeur classificatoire.

Le contrat exprime l'intégralité de l'accord conclu entre les parties. Il prévaut sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les parties se rapportant à l'objet du contrat.

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions de ce contrat serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité, réputée non écrite sans que cela ne remette en cause la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du contrat.

DEUXIEME PARTIE

DEFINITION DES GARANTIES

► Article 16 | GARANTIES FRAIS DE SANTE

16.1 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 Bénéficiaires, 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 17 et des frais non pris en charge visés à l'article 3.

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 Conditions Particulières.

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.

Peuvent donner lieu à remboursement, les frais suivants prévus aux Conditions Particulières. **Dès lors que le remboursement de l'INSTITUTION est plafonné, la limite doit s'entendre par an et par Bénéficiaire sauf dispositions spécifiques figurant aux Conditions Particulières.**

HOSPITALISATION :

■ 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 et cesse, au plus tard, au 365ème jour suivant ou en cas de séjour en psychiatrie au 180ème jour.** 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.
- 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 (**dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours**).
- 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 ».

■ Hospitalisation à domicile (HAD) prise en charge par la Sécurité Sociale.

La prise en charge commence **au 1er jour d'hospitalisation et cesse, au plus tard, au 365ème jour suivant ou en cas de psychiatrie au 180ème jour.** 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.

Si l'hospitalisation à domicile n'est pas séparée de plus de 10 jours d'une hospitalisation médicale dans un établissement hospitalier, les séjours seront considérés comme une seule et même hospitalisation pour le calcul de la durée de prise en charge de 365 jours ou 180 jours.

PRATIQUE MEDICALE COURANTE :

- Consultation, visite d'un généraliste ou d'un spécialiste,
- Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement,
- Frais d'analyse et de laboratoire,
- Actes de spécialité,
- Radiologie et Ostéodensitométrie.

MEDECINE ALTERNATIVE :

- Par dérogation à l'article 17 - RISQUES EXCLUS, peuvent être pris en charge les actes effectués par les praticiens mentionnés aux Conditions Particulières.
- 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.**

OPTIQUE :

- **Verres pris en charge par la Sécurité Sociale :** les prestations peuvent dépendre du détail de l'équipement (matériau, type, indice ...) ou du degré de correction (dioptrie),
- **Montures prises en charge par la Sécurité Sociale,**
- **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).

DENTAIRE :

- **Soins dentaires y compris parodontologie pris en charge par la Sécurité Sociale.**

rité Sociale,

- **Parodontologie non prise en charge par la Sécurité Sociale,**
- **Implantologie,**
- **Prothèses dentaires prises en charge ou non prises en charge par la Sécurité Sociale** : les prestations peuvent dépendre du type d'acte réalisé (couronne, couronne sur implant ...), du type de prothèse (fixe, amovible) et du détail (matériau, emplacement de la dent ...),
- **Orthodontie prise en charge par la Sécurité Sociale,**
- **Orthodontie non prise en charge par la Sécurité Sociale,**
- **Prophylaxie bucco-dentaire non prise en charge par la Sécurité Sociale.**

Par dérogation à l'article 17 - RISQUES EXCLUS, les actes et prothèses dentaires listés ci-dessus, non inscrits à la Nomenclature peuvent être pris en charge au titre du contrat selon les dispositions mentionnées aux Conditions Particulières.

APPAREILLAGE :

- **Appareillage,**
- **Prothèses auditives,**
- **Prothèses mammaires et capillaires.**

ALLOCATIONS FORFAITAIRES :

- **Maternité** : une allocation, destinée à rembourser forfaitairement l'ensemble des frais afférents à la naissance, est versée pour la naissance d'un enfant du PARTICIPANT, déclaré à l'état civil.

Par assimilation, pour l'adoption d'un enfant de moins de 12 ans par le PARTICIPANT, la même allocation est versée.

Elle est doublée en cas de naissance multiple.

Seule la naissance d'un enfant du PARTICIPANT (qu'il soit le père ou la mère) ouvre droit à prestation. De même en cas d'adoption, l'enfant doit être adopté par le PARTICIPANT lui-même.

- **Cure thermale acceptée par la Sécurité Sociale** : Les frais de cure thermale (forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais de transport et d'hébergement), acceptés par la Sécurité Sociale.

PREVENTION :

L'INSTITUTION prend en charge à hauteur de 100 % du Ticket Modérateur les sept actes de prévention suivants :

- le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sur les 1ères et 2ème molaires permanentes des enfants avant leur 14ème anniversaire, à raison d'une fois par dent,
- un détartrage annuel complet, effectué en 2 séances maximum,
- un bilan du langage oral et/ou un bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit pour les enfants de moins de 14 ans, à condition qu'il s'agisse d'un 1er bilan,
- le dépistage de l'hépatite B,
- le dépistage, une fois tous les 5 ans, des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour les actes d'audiométrie tonale et/ou vocale (dans le bruit ou avec tympanométrie),
- l'acte d'ostéodensitométrie osseuse remboursable par l'Assurance Mala-

die (pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans),

- les vaccins suivants : diphtérie, tétanos et poliomyélite (à tous âges) ; Coqueluche (avant 14 ans) ; Hépatite B (avant 14 ans) ; BCG (avant 6 ans) ; Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; Haemophilus influenzae B ; vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

16.2 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.

16.2.1 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.

Les présentes Conditions Générales ne couvrent pas les salariés expatriés.

16.2.2 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.

16.3 Frais d'obsèques

Si cette garantie est souscrite, une allocation forfaitaire est versée en cas de décès du PARTICIPANT, de son Conjoint, du Partenaire lié par un PACS, du Concubin ou d'un enfant à charge, Bénéficiaires inscrits au contrat, à la personne ayant exposé les frais d'obsèques. Elle est limitée aux frais réels en cas de décès d'un enfant âgé de moins de 12 ans, d'un majeur sous tutelle ou d'une personne placée en établissement psychiatrique.

Cette prestation relève du risque décès et n'est pas maintenue dans le cadre de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989.

➤ Article 17 | RISQUES EXCLUS

Ne donnent pas lieu aux garanties définies à l'article 16 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.

TROISIEME PARTIE

VERSEMENT DES PRESTATIONS

Article 18 | MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

18.1 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 Conditions Particulières.

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 au tableau des garanties figurant aux Conditions Particulières.

18.2 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.

18.3 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 11.2.

Les Bénéficiaires et l'ADHERENT 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).

Les justificatifs à fournir par le PARTICIPANT pour ses demandes de remboursement sont détaillés ci-après.

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

Bénéficiaire NOEMIE	Justificatifs à fournir
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...)
Hospitalisation à domicile (HAD)	Facture forfaitaire acquittée indiquant le prix de journée Prescription médicale, dossier médical et validation du médecin coordinateur de la structure HAD
Soins courants (consultation, visite, pharmacie, soins dentaires, pratique médicale courante,...)	Aucun document
Médecine alternative	Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...)
Optique	Facture détaillée et acquittée Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité Sociale
-Traitements chirurgicaux des troubles visuels	Note d'honoraires originale du praticien détaillant le nombre d'œil opéré
Prothèses dentaires - Orthodontie - Parodontologie prises en charge ou non par la Sécurité Sociale	Imprimé type de l'INSTITUTION et/ou facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la Nomenclature de la Sécurité Sociale. *
Maternité	Photocopie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance ou acte d'enfant sans vie
Adoption	Photocopie du certificat définitif d'adoption
Cure thermale	Facture acquittée du séjour
Frais d'obsèques	Extrait d'acte de décès Facture acquittée des pompes funèbres. Copie du livret de famille

* 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.

▶ **Non bénéficiaire NOEMIE**

▶ **Pour les soins pris en charge par la Sécurité Sociale**

Décompte original de la Sécurité Sociale
Justificatifs ci-dessus

▶ **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