

Conditions Générales

→ Santé

Assuré d'avancer



Le présent contrat est conclu entre les soussignés :

LA CONTRACTANTE

désignée aux conditions particulières, d'une part,

et

Groupama Gan Vie

Société anonyme au capital de 1 371 100 605 €

RCS Paris 340 427 616 - APE 6511 Z

Siège social : 8-10, rue d'Astorg - 75383 Paris Cedex 08 - Tél. : 01 44 56 77 77

Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à
l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR),
61 rue Taitbout - 75009 Paris

ci-après dénommé « **L'ASSUREUR** », d'autre part.

Les produits d'assurance de Groupama Gan Vie sont notamment distribués
par Gan Assurances et, sous la marque Gan Eurocourtage
par les courtiers et Gan Prévoyance

Les coordonnées des distributeurs sont indiquées aux conditions particulières du contrat.



Sommaire des conditions générales

TITRE I – GÉNÉRALITÉS	4
Article 1	Objet du contrat 4
Article 2	Définitions..... 4
TITRE II – REMBOURSEMENTS DES FRAIS MALADIE – MATERNITÉ – PRÉVENTION ET SANTÉ AU QUOTIDIEN	11
Article 3	Nature des remboursements..... 11
Article 4	Montant des remboursements..... 13
Article 5	Risques exclus..... 14
Article 6	Règlement des prestations 14
TITRE III – AUTRES INDEMNITÉS	16
Article 7	Naissance 16
Article 8	Cure thermale 16
Article 9	Allocation d’obsèques 16
TITRE IV – SERVICES TIERS PAYANT ET CALCUL DES FRAIS RESTANT À CHARGE	17
Article 10	Tiers payant 17
Article 11	Calcul par l’assureur, des frais restant à la charge de l’affilié 18
TITRE V – EXÉCUTION DU CONTRAT	19
Article 12	Référence légale..... 19
Article 13	Date d’effet – Durée – Renouvellement – Modification du contrat 19
Article 14	Affiliation du personnel – Personnes assurées 20
Article 15	Prise d’effet de l’affiliation et des garanties – Choix de la formule de garanties 22
Article 16	Cessation de l’affiliation et des garanties..... 23
Article 17	Obligations de la contractante et de l’assureur..... 27
Article 18	Réclamation(s) – Médiation..... 29 – Informatique et Libertés

TITRE VI –	COTISATION	31
<hr/>		
Article 19	Cotisation.....	31
TITRE VII –	RÉVISION	34
<hr/>		
Article 20	Révision.....	34
ANNEXE 1 –	DISPOSITIONS GÉNÉRALES DE LA GARANTIE CASSE ET RÉPARATION DES PROTHÈSES DENTAIRES	35
<hr/>		
ANNEXE 2 –	MAINTIEN DES GARANTIES AUX ANCIENS SALARIÉS DANS LE CADRE DE L'ARTICLE L.911-8 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	37
<hr/>		
ANNEXE 3 –	TEXTE RÉGLEMENTAIRE	40
<hr/>		



Titre I - Généralités

Article 1 *Objet du contrat*

Le présent contrat d'assurance de groupe est souscrit par une entreprise au profit de l'ensemble de son personnel et anciens salariés bénéficiaires du maintien des garanties prévu à l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale appartenant à la catégorie bénéficiaire définie aux conditions particulières.

Le contrat, complémentaire au Régime obligatoire de protection sociale, a pour objet, dans la limite des frais réels, le versement de prestations en remboursement des frais de santé engagés par les membres de ce personnel et anciens salariés et, sous réserve qu'ils soient inscrits au contrat, par leurs ayants droit définis à l'article 2 ci-après.

Ce contrat satisfait aux conditions exigées par les Pouvoirs publics pour répondre à la définition de « **contrat solidaire** » et de « **contrat responsable** » ainsi qu'à celle de la **couverture complémentaire santé minimale** prévue à l'article L.911-7 du Code de la Sécurité sociale en faveur **des salariés** au sens de l'article 2 ci-après.

Selon le choix de la contractante précisé aux conditions particulières, le contrat prévoit :

- une formule de garanties applicable à l'ensemble des personnes assurées par le contrat ;
- le cas échéant, une ou plusieurs autre(s) formule(s) de garanties accordant chacune des niveaux différents de prestations. Dans ce cas, chacun des membres du personnel salarié de la contractante appartenant à la catégorie bénéficiaire définie aux conditions particulières choisit tant pour lui-même que pour l'ensemble de ses ayants droit définis à l'article 2 ci-après inscrits au contrat, la formule de garanties dont il souhaite bénéficier. Ce choix est effectué dans les conditions indiquées au paragraphe 3. de l'article 15 ci-après.

Les montants de prestations afférents à la (ou à chacune des) formule(s) de garanties retenue(s) par la contractante sont indiqués aux conditions particulières.

Les frais pris en compte par l'assureur sont décrits en détail à l'article 3 et aux Titres III et IV. Ils sont classés, selon leur nature (maladie, maternité...)

Des services (Assistance, Infos santé...) peuvent être proposés sous réserve de mentions en ce sens aux conditions particulières.

Article 2 *Définitions*

ACCIDENT : toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de la personne qui en est victime provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

AFFILIÉ : membre du personnel salarié et ancien salarié de la contractante appartenant à la catégorie bénéficiaire définie aux conditions particulières.

AN (PAR AN) ou (PAR PÉRIODE D'UN AN) (PAR PÉRIODE DE 2 ANS) : sauf stipulation contraire expresse aux conditions particulières ou application des dispositions spécifiques ci-dessous concernant certains frais d'optique, la mention « par an » utilisée dans le libellé des dispositions contractuelles signifie « par année civile ».

Pour le poste « Optique », en ce qui concerne les frais d'acquisition de lunettes (soit pour un équipement complet 2 verres + 1 monture), la période d'un an ou de 2 ans (selon le cas) prise en considération par l'assureur pour l'application de la garantie est décomptée à partir de la date d'acquisition d'un 1^{er} équipement complet par la personne assurée ou d'un 1^{er} élément de l'équipement (soit les verres, soit la monture) en cas d'achat décalé dans le temps de chacun de ces éléments par la personne assurée.

AUXILIAIRES MÉDICAUX : professionnels paramédicaux - à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues... - dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par le Régime obligatoire de protection sociale.

Synonyme : professionnel paramédical

AYANT(S) DROIT : pour l'application des dispositions du présent contrat, peuvent être considérés comme ayant(s) droit, sous réserve qu'ils soient inscrits au contrat : le conjoint, partenaire ou concubin de l'affilié et les enfants à charge (tels que définis au présent article).

BASE DE REMBOURSEMENT (BR) : tarif servant de référence au Régime obligatoire de protection sociale pour déterminer le montant de son remboursement. On distingue :

- le Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.
- le Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au Tarif de convention.
- le Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Synonymes : base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire

CHIRURGIE AMBULATOIRE : chirurgie réalisée sans hospitalisation dans un établissement de santé (hôpital, clinique), le patient arrivant et repartant le même jour.

Synonyme : chirurgie de jour

CHIRURGIE RÉFRACTIVE : désigne les différentes techniques chirurgicales (telles notamment l'opération de la myopie au laser, la kératotomie radiaire) qui permettent de corriger les défauts visuels.

Le Régime obligatoire de protection sociale ne prend pas en charge ces opérations.

CONCUBINAGE : 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.

CONCUBIN : pour l'application des dispositions du présent contrat :

Personne vivant en concubinage avec l'affilié, exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où :

- l'affilié et le concubin partagent le même domicile et sont libres de tout autre lien de même nature (c'est à dire que chacun est célibataire, veuf, divorcé et n'est pas engagé dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité – PACS avec une autre personne),
- une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et indiquant le numéro de Sécurité sociale de l'affilié et le cas échéant celui de son concubin est adressée à l'assureur.

En cas de concubins multiples, seul le concubin qui justifiera de la qualité d'ayant droit au regard du Régime obligatoire de protection sociale en vertu du premier alinéa de l'article L.161-14 du Code de la Sécurité sociale, à défaut, le plus âgé, sera retenu.

En cas de mariage de l'affilié ou de conclusion d'un PACS par l'affilié, le concubin ne peut plus être considéré comme ayant droit.

L'assureur se réserve la possibilité de demander toute preuve de la situation de concubinage, notamment une attestation du Régime obligatoire de protection sociale ainsi que toutes pièces libellées au nom des 2 concubins ou de chacun d'entre eux, de nature contractuelle ou émanant d'un organisme administratif, datées de moins de 3 mois et faisant mention du domicile, telles que contrat de bail, facture, relevé bancaire, avis d'imposition, permettant de justifier de l'existence du domicile commun.

CONJOINT : pour l'application des dispositions du présent contrat :

Conjoint de l'affilié non séparé de corps judiciairement, ni divorcé, exerçant ou non une activité professionnelle.

CONTRACTANTE : personne morale ou chef d'entreprise qui souscrit le contrat et s'engage aux obligations correspondantes.

CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS : contrat prévu par la convention médicale nationale (avenant n° 8 agréé par arrêté du 29 novembre 2012) auquel peuvent adhérer les médecins conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire.

En adhérant à ce contrat, le médecin prend l'engagement de limiter ses dépassements d'honoraires et peut, en contrepartie, appliquer certaines majorations tarifaires prises en compte par le Régime obligatoire de protection sociale pour calculer le montant de son remboursement.

CONTRAT « SOLIDAIRE ET RESPONSABLE » :

une complémentaire santé est qualifiée de « solidaire » lorsqu'elle s'agit d'un contrat d'assurance de groupe, l'organisme assureur ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts.

Une complémentaire santé est qualifiée de « responsable » lorsqu'elle répond aux conditions définies par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et les textes publiés ultérieurement pour son application.

Les complémentaires santé « responsables » doivent, conformément aux dispositions prévues à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale figurant en annexe 3 aux présentes conditions générales :

- prendre en charge l'intégralité de la participation des assurés définie au I de l'article R.322-1 du Code de la Sécurité sociale (ticket modérateur) ; cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour certains frais ou actes limitativement énumérés par l'article R.871-2 précité.
- lorsqu'elles prévoient la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins :
 - prévoir des montants de remboursement complémentaires inférieurs lorsque le médecin n'adhère pas au contrat d'accès aux soins
 - et en tout état de cause, en ce qui concerne le remboursement des dépassements d'honoraires des médecins non adhérent au contrat d'accès aux soins ne pas excéder le plafond spécifique de prise en charge déterminé en application des dispositions de l'article R.871-2 ci-annexé
- prendre en charge le forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée
- lorsqu'elles prévoient la prise en charge des frais de lunettes (2 verres + 1 monture) au-delà de la base de remboursement retenue par les régimes obligatoires de protection sociale pour calculer leurs prestations en nature :

- fixer le montant de leur remboursement complémentaire à l'intérieur des planchers et plafonds de garantie précisés à l'article R.871-2 pour un équipement complet (2 verres + 1 monture), selon le degré de correction et / ou le type de verres (unifocal, multifocal ou progressif) qui composent l'équipement
- à l'intérieur de ces planchers et plafonds de garanties, limiter en tout état de cause, le remboursement de la monture au montant maximum de garantie règlementairement prévu à cet effet
- respecter la fréquence de prise en charge des frais de lunettes pour un équipement complet (1 monture + 2 verres) indiquée à l'article R.871-2 ci-annexé.

En revanche, les complémentaires santé « responsables » ne remboursent pas, ainsi que prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale :

- **les majorations du ticket modérateur appliquées à titre de sanction par les Régimes obligatoires de protection sociale, ainsi que prévu à l'article R.871-1 du Code de la Sécurité sociale, lorsque l'assuré social ou l'un de ses ayants droit âgé de 16 ans ou plus :**
 - **n'a pas choisi de médecin traitant**ou
- **consulte un médecin hors parcours de soins**
ou encore- **refuse de donner au(x) professionnel(s) de santé au(x)quel(s) il a recours, l'autorisation d'avoir accès à des informations contenues dans son dossier médical personnel nécessaires à la coordination des soins et / ou de le compléter**
- **tout ou partie des dépassements d'honoraires par rapport au tarif retenu par les Régimes obligatoires de protection sociale pour effectuer leur remboursement, que certains médecins spécialistes sont autorisés à appliquer lorsque l'assuré social ou l'un de ses ayants droit âgés de 16 ans ou plus les consulte hors parcours de soins coordonnés et qui doivent demeurer à la charge de cet assuré social ou à celle de son ayant droit**

- **la participation forfaitaire, applicable pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin (à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation) ainsi que pour tout acte de biologie médicale ainsi que prévu au II de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale.**

Au 1^{er} janvier 2015, le montant de cette participation forfaitaire est fixé à 1 euro conformément aux dispositions de l'article R.322-9-2 du Code de la Sécurité sociale.

- **Les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport, ainsi que prévu au III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale.**

Au 1^{er} janvier 2015, le montant de cette franchise est fixé, conformément aux dispositions de l'article D.322-5 du Code de la Sécurité sociale, à :

- 0,50 euro par boîte de médicaments
- 0,50 euro par acte paramédical
- 2 euros par trajet pour les transports sanitaires

COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ MINIMALE DES SALARIÉS :

une complémentaire santé satisfait à la couverture complémentaire santé minimale des salariés prévue à l'article L.911-7 du Code de la Sécurité sociale dès lors qu'elle répond à la définition de « contrat responsable » indiquée ci-dessus. Elle doit en outre prévoir des montants de remboursement complémentaires au moins égaux aux montants minimaux mentionnés à l'article D.911-1 du code précité.

En application de ce dernier article, la couverture complémentaire santé minimale des salariés améliore les remboursements prévus dans le cadre de la législation sur les complémentaires santé responsables par les prises en charge suivantes :

- **prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques et des frais de soins d'orthopédie dentofaciale à hauteur au moins de 125 % du tarif retenu par le Régime obligatoire de protection sociale pour calculer ses prestations en nature (remboursement du Régime obligatoire de protection sociale compris)**
- **une prise en charge minimum plus élevée en optique pour certains frais de lunettes,** fixée à :

- 100 euros pour un équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6 et +6 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 dioptries
- 150 euros pour un équipement comportant un verre décrit ci-dessus et un verre simple foyer dont la sphère est supérieure à -6 ou +6 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4 dioptries ou un verre multifocal ou progressif.

Les autres limites relatives au montant minimum des remboursements ou à la fréquence de prise en charge des frais d'optique par l'assurance maladie complémentaire, prévues par la législation sur la couverture complémentaire santé minimale des salariés sont identiques à celles prévues par la législation sur les complémentaires santé responsables.

DEVIS : document établi par les professionnels de santé, présentant les soins ou les prestations proposés et leur prix, de manière préalable à leur achat ou à leur réalisation.

Adressés par l'affilié à l'assureur, ces devis permettent à ce dernier de calculer les éventuelles prestations en nature du Régime obligatoire de protection sociale et le remboursement potentiellement dû au titre du présent contrat, permettant ainsi à l'affilié de déterminer le montant des frais restant à sa charge pour les postes Audioprothèses, Optique et Dentaire.

ENFANT À CHARGE : pour l'application des dispositions du présent contrat :

Enfant de l'affilié, de son conjoint, partenaire ou concubin :

- âgé de moins de 21 ans et bénéficiant du Régime obligatoire de protection sociale du chef de l'affilié, de son conjoint, partenaire ou concubin,
- âgé de moins de 28 ans, poursuivant ses études et inscrit au régime de la Sécurité sociale des étudiants ou au Régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU). L'enfant est considéré à charge tant qu'il remplit les conditions énumérées ci-dessus, même s'il exerce temporairement (emploi saisonnier,...) ou accessoirement (petit travail d'appoint,...) une activité professionnelle, sous réserve qu'il justifie de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de cette activité.

- âgé de moins de 28 ans, se trouvant sous contrat d'apprentissage aux conditions prévues par le Code du travail, sous réserve qu'il justifie de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de son activité salariée,
- quel que soit son âge, s'il est atteint d'une infirmité telle qu'il ne peut se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoit l'allocation prévue par la législation en vigueur en faveur des adultes handicapés. L'handicapé qui remplit les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auquel celle-ci n'est pas versée en raison de son niveau de ressources peut être garanti.

Il est précisé que même lorsqu'ils sont effectivement garantis par le présent contrat, les enfants à charge âgés de moins de 12 ans n'ouvrent pas droit, en cas de décès, au versement par l'assureur de la prestation prévue au titre de la garantie Allocation d'obsèques éventuellement souscrite par la contractante.

ÉVOLUTION DE LA VUE : Dans le cadre du présent contrat, pour l'application des dispositions de l'article R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale reproduit en annexe 3 aux présentes conditions générales, la justification d'une évolution de la vue entraînant pour les personnes assurées âgées de plus de 18 ans, la prise en charge par l'assureur d'une paire de lunettes (soit 2 verres + 1 monture) par période d'un an (au lieu de 2 en principe), résulte :

- soit de la prescription médicale précisant le changement de la correction,
- soit, dans le cadre d'un renouvellement des lunettes avec adaptation à la vue par l'opticien, du devis ou de la facturation qu'il réalise et qui précise la nouvelle correction. Celle-ci doit être comparée à la correction du dernier équipement ayant fait l'objet, pour la personne considérée, d'un remboursement par la complémentaire santé.

HOSPITALISATION : séjour dans un établissement de santé (public ou privé) en vue du traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation classique et permet d'assurer des soins chez le patient.

IMPLANTOLOGIE DENTAIRE : l'implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles (en général sous forme de vis) dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles est ensuite fixée une prothèse.

L'implantologie n'est pas remboursée par le Régime obligatoire de protection sociale.

INLAYS ET ONLAYS : techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Dans le cas de caries de volume important, la réalisation d'un inlay ou d'un onlay permet souvent d'éviter de réaliser une prothèse dentaire. Différents matériaux peuvent être utilisés (métalliques, en composite ou en céramique).

MALADIE : toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente.

MATERNITÉ : grossesse non pathologique, accouchement et ses suites. La maternité n'est considérée ni comme une maladie, ni comme un accident.

MÉDECIN TRAITANT : médecin généraliste ou spécialiste choisi par l'assuré social ou par chaque ayant droit âgé de 16 ans ou plus, dont le nom est communiqué à l'organisme gestionnaire du Régime obligatoire de protection sociale de chacun des intéressés.

MÉDECIN CORRESPONDANT : médecin intervenant en coordination avec le médecin traitant.

MÉDECIN À ACCÈS DIRECT AUTORISÉ : pour certains actes précisés relevant de leur spécialité, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients âgés entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés sans orientation préalable du médecin traitant tout en restant dans le parcours de soins coordonnés.

NOMENCLATURE : les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale et les conditions de leur remboursement. Les principales nomenclatures sont les suivantes :

- pour les actes réalisés par les sages femmes et auxiliaires médicaux, ainsi que les actes cliniques (consultations, visites) des médecins et chirurgiens dentistes, il s'agit de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP),

- pour les actes techniques médicaux et paramédicaux (actes de chirurgie, anesthésie...), il s'agit de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM),
- pour les actes de biologie médicale, il s'agit de la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM),
- pour les biens médicaux hors médicaments (appareillage...), il s'agit de la Liste des Produits et Prestations (LPP),
- pour les soins hospitaliers, il s'agit des Groupes Homogènes de Séjours (GHS).

ORTHODONTIE : discipline médicale pratiquée par les médecins stomatologues ou les chirurgiens-dentistes. Elle vise à corriger ou à prévenir les déformations ou les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires (dents qui se chevauchent, qui sortent mal, qui sont mal placées ou trop espacées...), grâce à des appareils dentaires.

PACTE CIVIL DE SOLIDARITÉ - PACS : un Pacte Civil de Solidarité est un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du Code civil).

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS : circuit que les patients doivent respecter (hors hospitalisation) pour bénéficier d'un suivi médical coordonné et être remboursé normalement, sans application de sanctions. Organisé autour du médecin traitant, le parcours de soins coordonnés concerne tous les bénéficiaires d'un Régime obligatoire de protection sociale âgés de plus de 16 ans.

Un patient est considéré comme étant toujours dans le parcours de soins, lorsque se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique de son lieu de résidence habituelle, ainsi que prévu à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, il consulte un autre médecin que son médecin traitant.

PARODONTOLOGIE : les maladies parodontales sont des infections bactériennes qui affectent et détruisent les tissus qui entourent et supportent les dents (la gencive, les ligaments, l'os qui supporte les dents...).

Le traitement de parodontologie vise à rétablir et à maintenir la santé de ces tissus.

Le Régime obligatoire de protection sociale ne rembourse qu'une partie de ces traitements.

PARTENAIRE : personne liée à l'affilié par un PACS, exerçant ou non une activité professionnelle.

PERSONNES ASSURÉES : l'affilié et, le cas échéant, ses ayants droit inscrits au contrat.

RÉGIME OBLIGATOIRE DE PROTECTION SOCIALE : régime obligatoire de Sécurité sociale ou Mutualité sociale agricole ou tout autre régime spécial légalement obligatoire de garanties sociales de salariés, et éventuellement le régime de Sécurité sociale des Travailleurs non salariés pour le conjoint, partenaire ou concubin de l'affilié ou le régime de la Sécurité sociale des étudiants pour les enfants à charge.

SOINS DE VILLE : ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux.

Il s'agit par exemple des consultations en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet, soins dentaires...

Les consultations dispensées à l'hôpital en dehors des situations d'hospitalisation (également appelées consultations « en soins externes ») sont généralement considérées comme des soins de ville.

Synonymes : soins ambulatoires, soins externes, médecine de ville, médecine ambulatoire, médecine de premier niveau, soins primaires, frais ou soins médicaux courants

TICKET MODÉRATEUR : somme, telle que définie au I de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale, restant à la charge de l'assuré égale à la différence entre la base de remboursement retenue par le Régime obligatoire de protection sociale et le montant du remboursement dû par ce Régime (avant application sur ce montant de la participation forfaitaire ou d'une franchise).

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accidents du travail...), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD)...

La participation forfaitaire, les franchises et les dépassements d'honoraires s'ajoutent éventuellement au ticket modérateur, l'ensemble de ces sommes étant laissées à la charge de l'assuré par le Régime obligatoire de protection sociale.

TIERS PAYANT : système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par le Régime obligatoire de protection sociale et/ou les assureurs complémentaire santé pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés au patient.

Synonyme : dispense d'avance des frais

Les définitions ci-dessus ont pour but d'aider les personnes assurées par le contrat (qu'il s'agisse des affiliés eux-mêmes et/ou de leurs ayants droit inscrits au contrat) à mieux comprendre les garanties dont ils bénéficient au titre du présent contrat complémentaire santé.

Toutefois, si l'affilié et/ou ses ayants droit inscrits au contrat souhaitent obtenir des informations complémentaires, les organismes d'assurance maladie complémentaires réunis au sein de l'UNOCAM (Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire) ont élaboré divers documents permettant de mieux comprendre les contrats complémentaire santé.

Ces documents peuvent être librement consultés sur le site internet de l'UNOCAM, à l'adresse suivante :

<http://www.unocam.fr>



Titre II - Remboursements des frais Maladie - Maternité - Prévention et Santé au quotidien

Article 3 Nature des remboursements

L'assureur rembourse les frais de santé engagés en France ou dans l'un des autres pays membres de l'Union européenne sous réserve que ces frais soient pris en charge par un régime obligatoire de protection sociale en application des dispositions de la législation sociale française ou selon les dispositions de la législation et les formalités en vigueur dans le pays où les frais ont été engagés.

Ouvrent également droit à remboursement par l'assureur au titre du présent contrat, les frais de santé engagés dans les pays (autres que ceux visés ci-dessus) pour lesquels le Régime obligatoire de protection sociale français accepte d'accorder des prestations en application d'une convention de Sécurité sociale conclue entre la France et le pays tiers concerné.

Les actes pris en compte par l'assureur sont définis ci-après par référence aux nomenclatures de la Sécurité sociale française.

1. ASSURANCE MALADIE - MATERNITÉ

L'assureur rembourse, dans les limites indiquées à l'article 4 et aux conditions particulières, **les frais donnant lieu à prestation en nature de la part du Régime obligatoire de protection sociale au titre de l'assurance Maladie et Maternité.** Sur mention expresse ci-dessous, certains frais non pris en charge par les Régimes obligatoires de protection sociale sont remboursés par l'assureur.

Les actes et frais pris en compte par l'assureur sont les suivants :

A - Hospitalisation médicale - Hospitalisation chirurgicale - Actes et Frais de chirurgie (y compris Chirurgie ambulatoire) - Maternité - Hospitalisation à domicile.

- Frais de séjour.
- Honoraires des praticiens.

- Frais de transport du malade en véhicule sanitaire (ambulance, VSL -Véhicule Sanitaire Léger-, taxi agréé).
- Forfait journalier des établissements hospitaliers laissé à la charge des assurés par les Régimes obligatoires de protection sociale pour son montant fixé par l'arrêté prévu par l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale.

B - Médecine générale - Spécialités - Analyses médicales - Appareillages - Prothèses (hors optique et prothèses dentaires) - Orthopédie - Petite chirurgie.

- Consultations médicales et visites médicales du généraliste ou du spécialiste.
- Actes de petite chirurgie.
- Actes de pratique médicale courante.
- Actes d'auxiliaires médicaux.
- Frais de déplacement des professionnels de santé.
- Frais de garde-malade pour soins à domicile, sur prescription médicale.
- Frais d'analyses médicales, travaux de laboratoires.
- Frais d'appareillages, de prothèses (hors optique et prothèses dentaires), d'orthopédie (y compris renouvellement, réparations, frais d'expédition du matériel et frais de déplacement de l'intéressé).
- Actes de radiologie, de neuropsychiatrie.
- Frais de transport du malade en véhicule sanitaire (ambulance, VSL -Véhicule Sanitaire Léger-, taxi agréé).

C - Pharmacie.

- Frais pharmaceutiques prescrits médicalement.

D - Optique.

- Frais de verres, de monture.
- Frais de lentilles.

E - Dentaire.

- Frais de soins dentaires, prothèses dentaires.
- Frais d'orthodontie.

Sous réserve de mentions spéciales figurant aux conditions particulières, les actes ou frais énumérés ci-après sont également pris en charge par l'assureur.

- le forfait journalier des établissements médico-sociaux, pour son montant fixé par l'arrêté prévu à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale,
- les frais de chambre particulière,

Les frais de chambre particulière en chirurgie ambulatoire sont également pris en charge par l'assureur. **Sauf mention contraire expresse en ce sens aux conditions particulières**, cette prise en charge s'effectue dans les mêmes limites de montant de prestation que celles prévues au contrat pour les frais de chambre particulière engagés lors d'une hospitalisation comportant au moins une nuitée.

- les frais d'accompagnant d'une personne assurée hospitalisée. Les frais pris en compte comprennent, quelle que soit la qualité de l'accompagnant, les frais d'hébergement (lit) et de nourriture (repas) facturés par l'établissement hospitalier. Sont également pris en charge à ce titre par l'assureur les frais d'hébergement et de nourriture engagés dans les « maisons de parents ».
- les actes ou frais d'ostéopathie et de chiropraxie (parfois dite chiropratique) non pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale, lorsque les actes considérés et le praticien qui les a effectués satisfont aux conditions définies par les dispositions législatives et/ou réglementaires en vigueur,
- les consultations diététiques non prises en charge par le Régime obligatoire de protection sociale,
- les lentilles correctrices figurant à la nomenclature mais non prises en charge par le Régime obligatoire de protection sociale,
- les frais de chirurgie réfractive non pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale,
- les frais supplémentaires de traitements particuliers des verres, dans la limite des plafonds de remboursement par équipe-

ment prévus aux conditions particulières pour la garantie Optique.

Toutefois, les frais engagés pour les traitements de teinte des lunettes et pour les produits d'entretien des lentilles ne sont pas pris en charge par l'assureur.

- les actes d'orthodontie non pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale,
- les frais de prothèses dentaires non prises en charge par le Régime obligatoire de protection sociale,

Toutefois, sauf mention contraire expresse en ce sens aux conditions particulières, les frais de prothèses dentaires provisoires ne sont pas pris en charge par l'assureur.

- les frais de parodontologie et implantologie non pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale,
- les actes ou frais de procréation médicale assistée non pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale.

2. PRÉVENTION ET SANTÉ AU QUOTIDIEN

- L'assureur prend en charge dans les conditions figurant aux conditions particulières, les actes de prévention ouvrant droit à remboursement de la part du Régime obligatoire de protection sociale.
- De plus, **sous réserve de mentions spéciales figurant aux conditions particulières**, sont également pris en charge, dans les conditions définies par ces mêmes conditions particulières :
 - le sevrage tabagique pour les traitements prescrits médicalement mais n'ouvrant pas droit à remboursement de la part du Régime obligatoire de protection sociale,
 - les frais de moyens contraceptifs et de vaccins prescrits médicalement, mais non pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale.

Article 4 Montant des remboursements

Le remboursement des frais et actes énumérés à l'article 3 - Nature des remboursements - est déterminé, **acte par acte**, par l'assureur **et dans la limite des frais réellement engagés**.

Le montant des remboursements de l'assureur est indiqué aux conditions particulières.

Sur mention expresse aux conditions particulières, pour les frais d'optique et dentaires, le montant des remboursements pour certaines dépenses peut tenir compte du fait que ces dépenses ont été engagées auprès d'opticiens ou de chirurgiens dentistes avec lesquels des engagements spécifiques ont été passés au bénéfice des personnes assurées ou au contraire auprès de professionnels de santé avec lesquels aucun engagement n'a été passé.

Cela étant, les affiliés et leurs ayants droit inscrits au contrat demeurent totalement libres de s'adresser aux professionnels de santé de leur choix.

Les coordonnées des opticiens et chirurgiens dentistes avec lesquels des engagements spécifiques ont été passés au bénéfice des personnes assurées sont communiquées sur simple appel au numéro de téléphone indiqué à l'affilié sur les documents que lui communique l'assureur et, le cas échéant, mises à sa disposition sur l'espace client sécurisé qui lui est dédié sur le site internet de l'assureur.

En outre, pour certains travaux de prothèses dentaires réalisés par un chirurgien dentiste avec lequel des engagements spécifiques ont été passés au bénéfice des personnes assurées, la personne assurée (qu'il s'agisse de l'affilié ou de l'un de ses ayants droit) peut bénéficier, lorsque l'ensemble des conditions requises sont remplies, d'une garantie « Casse et réparation » pendant une période de 10 ans. Les conditions de mise en jeu et conditions d'application de cette garantie sont décrites en détail dans l'annexe 1 aux présentes conditions générales.

Dispositions applicables dans le cadre des contrats « responsables » et de la « couverture complémentaire santé minimale des salariés » :

Il est rappelé que les montants minimum de remboursement ainsi que les limites et / ou montants maximum de remboursement,

prévus par la réglementation définissant les notions de « contrat responsable » et de « couverture complémentaire santé minimale des salariés » et indiqués à l'article 2 ci-dessus, sont applicables dans le cadre du présent contrat.

Autres limites concernant le montant des remboursements :

- **En ce qui concerne les actes pour lesquels les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés, l'assureur établit son remboursement sur la base du tarif retenu par le Régime obligatoire de protection sociale pour calculer ses prestations.**
- **En aucun cas l'assureur ne peut prendre en charge les dépassements d'honoraires ne faisant pas l'objet d'une déclaration au Régime obligatoire de protection sociale.**
- **La prestation de l'assureur pour les actes médicaux et d'hospitalisation engagés lors d'une cure thermale prise en charge par le Régime obligatoire de protection sociale est limitée au montant du ticket modérateur.**
- Lorsque le contrat prévoit, sur mention expresse aux conditions particulières, que le montant des remboursements des frais d'optique tient compte pour certaines dépenses, du fait que ces frais ont été engagés auprès d'opticiens avec lesquels des engagements spécifiques ont été passés au bénéfice des personnes assurées ou au contraire auprès d'opticiens avec lesquels aucun engagement n'a été passé :
 - en ce qui concerne les frais de lunettes, le montant maximum pris en charge par l'assureur par période d'un an ou par période de 2 ans (suivant le cas), tel qu'il est indiqué aux conditions particulières, est déterminé, pour un équipement complet (soit 2 verres + 1 monture), en fonction du professionnel de santé consulté à la date d'acquisition du 1^{er} élément (soit les verres, soit la monture) de l'équipement considéré.
 - en ce qui concerne les frais de lentilles cornéennes, le montant maximum annuel pris en charge par l'assureur tel qu'il est indiqué aux conditions particulières, est déterminé, en fonction du professionnel de santé consulté à la date de la première dépense engagée.

- Lorsque le contrat prévoit, sur mention expresse aux conditions particulières, que le montant des remboursements des frais dentaires tient compte pour certaines dépenses, du fait que ces frais ont été engagés auprès de chirurgiens dentistes avec lesquels des engagements spécifiques ont été passés au bénéfice des personnes assurées ou au contraire auprès de chirurgiens dentistes avec lesquels aucun engagement n'a été passé, le montant maximum annuel pris en charge par l'assureur, tel qu'il est indiqué aux conditions particulières, est déterminé chaque année civile, en fonction du professionnel de santé consulté à la date de la première dépense engagée.

Assurances cumulatives :

Les remboursements du Régime obligatoire de protection sociale, de l'assureur et de tout autre organisme ne peuvent excéder le montant des frais réellement engagés.

Les garanties cumulatives produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription.

Dans cette limite, l'affilié ou ayant droit peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

SOUS PEINE DE DÉCHÉANCE, L'AFFILIÉ DOIT FAIRE LA DÉCLARATION DES ASSURANCES CUMULATIVES. CETTE OBLIGATION EST VALABLE PENDANT TOUTE LA DURÉE DE L'AFFILIATION AU CONTRAT.

La limitation des remboursements au montant des frais réellement engagés est déterminée par l'assureur pour chaque poste ou acte garanti.

Subrogation :

Il est stipulé que l'assureur ne renonce pas aux droits et actions qu'il détient en vertu de l'article L.121-12 du Code des assurances relatif au recours subrogatoire qu'il peut exercer envers le tiers responsable.

Lorsqu'une personne assurée est victime d'un accident de la circulation (impliquant un véhicule automobile), l'affilié doit, sous peine de déchéance, déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident qui le sollicite, le nom de son assureur complémentaire santé en tant que tiers payeur.

Disposition applicable dans chacun des cas de déchéance de garanties prévus ci-dessus :

Dans les cas de déchéance de garanties prévus ci-dessus, l'assureur prendra néanmoins en charge les frais et actes considérés à hauteur des montants minimum de prestations prévus par la réglementation applicable au contrat « responsable » et à la « couverture complémentaire santé minimale des salariés », compte tenu du montant des dépenses réellement engagées par la personne assurée.

Article 5 Risques exclus

Seuls sont exclus de l'assurance dans le cadre des garanties souscrites, les frais n'ouvrant pas droit aux prestations en nature du Régime obligatoire de protection sociale au titre de l'assurance Maladie ou de l'assurance Maternité.

Toutefois, sur mention spéciale figurant aux conditions particulières, certains frais n'ouvrant pas droit aux prestations en nature du Régime obligatoire de protection sociale peuvent être pris en charge par l'assureur. A cet égard, il est toutefois rappelé que les prothèses dentaires provisoires ne sont jamais prises en charge par l'assureur, sauf mention contraire expresse en ce sens aux conditions particulières.

Par ailleurs, sauf mention spéciale figurant aux conditions particulières, les frais ne figurant pas à la nomenclature de la Sécurité sociale ne sont pas pris en charge par l'assureur.

Article 6 Règlement des prestations

Les demandes de remboursement doivent être présentées à l'assureur dans un délai de trois mois suivants les soins ou la date de la facture d'hospitalisation ou à la fin de chaque période de trois mois pour les maladies de longue durée.

Les prestations dues par l'assureur au titre du présent contrat sont payables en France et en euros.

Sauf dans le cas de télétransmission à l'assureur, par l'organisme gestionnaire du Régime obligatoire de protection sociale dont relève la personne assurée, du décompte de ses

prestations, le remboursement de l'assureur intervient sur présentation des bordereaux du Régime obligatoire de protection sociale, auxquels l'affilié ou l'ayant droit doit joindre une pièce justificative du montant des frais réels lorsqu'ils ne sont pas indiqués sur le bordereau délivré par ce Régime ou lorsque celui-ci n'intervient pas.

Il est précisé que pour les actes ou frais refusés ou non pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale mais garantis au titre du contrat, le remboursement de l'assureur est subordonné à la présentation de factures détaillées et de pièces justificatives complémentaires, notamment les prescriptions médicales.

Toutefois, pour les actes et traitements dentaires à honoraires libres (les prothèses dentaires et l'orthodontie) ainsi que, lorsqu'ils sont garantis par le contrat sur mention expresse en ce sens aux conditions particulières, pour les actes et traitements dentaires non pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale (l'implantologie, la parodontologie,...), le remboursement de l'assureur est en tout état de cause subordonné à la fourniture :

- d'un devis préalable au traitement,
- et de la note d'honoraires détaillée suite au traitement.

Lorsque le contrat prévoit, sur mention expresse aux conditions particulières, le remboursement :

- des consultations diététiques non prises en charge par le Régime obligatoire de protection sociale car effectuées par des diététiciens non médecins,
- des actes ou frais de chiropraxie (parfois dite chiropratique) et / ou d'ostéopathie non pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale (à condition toutefois que les actes considérés et le praticien qui les a effectués satisfassent aux conditions définies par les dispositions législatives et/ou réglementaires en vigueur),

l'intervention de l'assureur est subordonnée à la fourniture d'une facture acquittée établie sur papier à en-tête, indiquant les coordonnées du diététicien consulté ou du praticien qui a effectué les actes, permettant ainsi de vérifier sa qualité. En ce qui concerne des frais ou actes d'ostéopathie, le remboursement de l'assureur est en tout état de cause subordonné

à l'inscription du praticien sur le Registre des ostéopathes de France et / ou à son affiliation à l'un des syndicats professionnels qui en France représentent spécifiquement les praticiens faisant usage du titre d'ostéopathe.

L'assureur se réserve la possibilité d'effectuer des contrôles, voire des expertises médicales pour les frais dentaires, ou de demander toutes autres justifications qui lui paraîtraient nécessaires.

Toute pièce justificative complémentaire à caractère médical réclamée par le médecin conseil ou le chirurgien-dentiste consultant de l'assureur préalablement à la mise en jeu des garanties devra lui être adressée par l'affilié ou ayant droit sous pli confidentiel.

Si un affilié ou un ayant droit bénéficiaire de traitements ou actes dentaires refuse de transmettre au professionnel de santé consultant de l'assureur les justificatifs qu'il réclame ou refuse de se soumettre à l'expertise médicale demandée par l'assureur, celui-ci pourra refuser la mise en jeu de la garantie et le versement de ses prestations en remboursement des frais considérés.

En cas de récupération de la part du Régime obligatoire de protection sociale, à la suite d'un contrôle de praticien effectué après un remboursement, l'assureur se réserve le droit de récupérer toutes prestations indûment réglées à l'affilié ou ayant droit, au titre du contrat.

L'affilié ou ayant droit qui, intentionnellement, fournit de faux renseignements ou use de documents faux ou dénaturés à l'occasion d'une demande de règlement, perd tout droit aux garanties pour la demande de règlement en cause.

Dans les cas de refus de garanties prévus ci-dessus, l'assureur prendra néanmoins en charge les frais et actes considérés à hauteur des montants minimum de prestations prévus par la réglementation applicable au contrat « responsable » et à la « couverture complémentaire santé minimale des salariés », compte tenu du montant des dépenses réellement engagées par la personne assurée.



Titre III - **Autres indemnités**

Chacune des 3 garanties suivantes est accordée sous réserve que les conditions particulières prévoient son attribution

Article 7 Naissance

En cas de naissance d'un enfant de l'affilié(e), l'assureur verse une indemnité sur présentation de l'acte de naissance de l'enfant et de justificatifs de frais restant à la charge de l'affilié, après remboursement du Régime obligatoire de protection sociale et, le cas échéant, de l'assureur au titre du TITRE II ci-avant, dans la limite des plafonds de prise en charge prévus par la réglementation sur les contrats complémentaires santé responsables (cf article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale reproduit en annexe 3 aux présentes conditions générales) en ce qui concerne les dépassements d'honoraires des médecins non adhérent au contrat d'accès aux soins.

Cette indemnité est limitée, en tout état de cause, au montant de ces frais demeurant à charge, avec un maximum fixé aux conditions particulières.

Article 8 Cure thermale

Pour chaque cure thermale prise en charge par le Régime obligatoire de protection sociale, l'assureur verse une indemnité sur présentation de justificatifs de frais d'hébergement et / ou de transport relatifs à la cure thermale considérée, restant à la charge de l'affilié ou de ses ayants droit inscrits au contrat, après remboursement éventuel du Régime obligatoire de protection sociale.

Cette indemnité est limitée, en tout état de cause, au montant de ces frais demeurant à charge, avec un maximum fixé aux conditions particulières.

Article 9 Allocation d'obsèques

1. DÉFINITION DE LA GARANTIE

Cette garantie a pour objet de verser une allocation en cas de décès.

Sauf disposition contraire aux conditions particulières, le montant de l'allocation est fixé en pourcentage du montant du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS).

Les personnes assurées et le montant de l'allocation sont indiqués aux conditions particulières.

Le montant de l'allocation versée par l'assureur est éventuellement limité selon les dispositions du paragraphe 2.2 ci-dessous.

En tout état de cause, le conjoint, partenaire ou concubin de l'affilié et les enfants à charge âgés d'au moins 12 ans ne pourront être pris en considération pour l'application de cette garantie qu'à la condition expresse qu'**à la date de son décès l'ayant droit considéré ait été effectivement inscrit au contrat pour bénéficiaire également des autres garanties prévues par le contrat.**

Il est précisé qu'aucune allocation ne peut être versée en cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans.

2. MODALITÉS DE PAIEMENT DE LA PRESTATION

2.1. Formalités à accomplir en cas de sinistre.

La contractante doit déclarer le décès le plus rapidement possible en adressant à l'assureur les pièces justificatives nécessaires au règlement, notamment :

- une déclaration attestant que l'affilié faisait toujours partie de son personnel à la date du décès,
- un extrait de l'acte de décès,
- tout document prouvant l'identité et la situation de famille,
- un justificatif du paiement des frais d'obsèques.

2.2. Mode de règlement de la prestation.

L'allocation garantie est versée :

- **en cas de décès de l'affilié** : au conjoint ou partenaire, à défaut à la personne ayant supporté les frais d'obsèques. Dans ce dernier cas, le montant de l'allocation versée par l'assureur sera en tout état de cause limité au montant des frais d'obsèques réellement engagés.
- **en cas de décès du conjoint, partenaire ou concubin ou d'un enfant** : à l'affilié,
- **en cas de décès simultanés des personnes assurées et de l'affilié** : à la personne ayant supporté les frais d'obsèques. Dans ce cas, le montant de l'allocation versée par l'assureur sera en tout état de cause limité au montant des frais d'obsèques réellement engagés.



Titre IV - Services Tiers payant et Calcul des frais restant à charge

Article 10 Tiers payant

1. PHARMACIE.

L'assureur met à la disposition de l'affilié un service de TIERS PAYANT PHARMACIE qui a pour objet de permettre aux personnes assurées par le contrat de bénéficier de la dispense d'avance des frais pharmaceutiques pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale et garantis au titre du paragraphe 1.C de l'article 3.

Par ce système, le pharmacien peut délivrer, sans avance de fonds, les médicaments prescrits par un médecin sur ordonnance, aux personnes garanties au titre de l'affiliation au contrat. Les frais pharmaceutiques correspondants sont réglés directement au pharmacien par l'organisme gestionnaire du Régime obligatoire de protection sociale pour la part qui lui revient et par l'assureur pour le ticket modérateur.

Entrent dans le cadre de la dispense d'avance, tous les produits pharmaceutiques, médicalement prescrits, dont la prise en charge par le Régime obligatoire de protection sociale – pour la part lui incombant – résulte également d'une procédure de tiers payant.

Sont exclus du système Tiers payant, les produits pharmaceutiques non remboursables par le Régime obligatoire de protection sociale qui doivent être réglés intégralement au pharmacien.

L'assureur délivre à chacun des affiliés, une attestation de tiers payant nécessaire à l'application de ce système.

Ce document devra être restitué à l'assureur, ponctuellement ou pour l'ensemble des affiliés selon le cas, dans toutes les circonstances suivantes :

- **pour tous les affiliés :**
 - en cas de résiliation du contrat,
 - en cas d'utilisations abusives répétées du système (à la suite de défaut de retrait de document, notamment).

- **pour l'un des affiliés en particulier ou l'un de ses ayants droit titulaire d'une attestation :**

- s'il ne remplit plus les conditions d'ouverture des droits requis au titre du Régime obligatoire de protection sociale dont il relève,
- en cas d'utilisation ou de tentative d'utilisation frauduleuse du système (cas isolé),
- et en tout état de cause en cas de départ de l'entreprise de l'affilié ou dès lors que l'ayant droit ne répond plus à la définition de l'article 2.

L'assureur se réserve le droit de réclamer, tant à la contractante, qu'à l'affilié ou ayant droit, et le cas échéant au pharmacien, tout indu ou tout document relatif au système de tiers payant.

2. AUTRES PROFESSIONS DE SANTÉ

Ce système de Tiers payant est étendu à d'autres professionnels de santé (radiologie, laboratoires d'analyses médicales, ...), **à hauteur des garanties souscrites**, dans les départements où des accords ont été conclus entre l'assureur et ces professions de santé et, le cas échéant, les organismes gestionnaires du Régime obligatoire de protection sociale.

Il est précisé que ce système de Tiers payant est mis en place et accepté par tous les opticiens et audio-prothésistes avec lesquels des engagements spécifiques ont été passés au bénéfice des personnes assurées.

3. PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

3.1 Objet.

En cas d'hospitalisation, l'assureur peut délivrer, pour certains établissements, une prise en charge hospitalière. Dans ce cas, il règle directement à l'établissement, le complément de frais restant à la charge de l'affilié ou à la charge de ses ayants droit inscrits au contrat, au-delà des prestations normalement servies par le Régime obligatoire de protection sociale, **à l'exclusion de tout dépassement d'hono-**

raires et des frais accessoires (suppléments éventuels pour boissons, téléphone, etc) et, à hauteur des garanties souscrites.

3.2 Conditions d'application.

Est garantie toute hospitalisation chirurgicale en ambulatoire ainsi que toute hospitalisation comportant au moins une facturation d'une nuitée.

La prise en charge de toute hospitalisation garantie est limitée aux établissements répondant aux deux conditions suivantes :

- être conventionnés avec le Régime obligatoire de protection sociale,
- bénéficier d'accord de tiers payant avec les organismes gestionnaires du Régime obligatoire de protection sociale, tant pour les frais de séjour que pour les honoraires.

ELLE EXCLUT ABSOLUMENT TOUTE AVANCE DES PRESTATIONS EN NATURE À LA CHARGE DU RÉGIME OBLIGATOIRE DE PROTECTION SOCIALE.

La prise en charge n'est donc pas délivrée :

- en clinique agréée non conventionnée,
- pour les hospitalisations dites en secteur privé dans les Etablissements publics,
- en maison de repos.

3.3 Formalités administratives.

Sur présentation du justificatif d'identification de l'affilié ou de l'ayant droit et de l'attestation de tiers payant, l'établissement hospitalier sollicite la prise en charge auprès de l'assureur.

Lorsque les conditions requises sont remplies, l'assureur transmet un « bon de prise en charge » à l'établissement hospitalier.

De ce fait, aucune avance de fonds, **à hauteur des garanties souscrites**, n'est réclamée – hormis les dépenses fixées au paragraphe 3.1 ci-dessus – et l'assureur se substitue à l'affilié ou ayant droit pour le règlement à l'établissement hospitalier, des frais laissés à la charge de l'intéressé par le Régime obligatoire de protection sociale.

Article 11 *Calcul par l'assureur, des frais restant à la charge de l'affilié*

Sur demande de tout affilié et pour les actes énumérés ci-après, l'assureur peut établir un calcul des éventuelles prestations en nature du Régime obligatoire de protection sociale et de celles potentiellement versées au titre du présent contrat, permettant ainsi à l'affilié de déterminer le montant des frais qui restera à sa charge.

Les frais concernés sont les suivants :

- **Audioprothèses** : Frais correspondant à l'achat de l'appareil (y compris l'achat des accessoires nécessaires à l'utilisation de la prothèse). **Les frais d'entretien de la prothèse ne sont pas concernés.**
- **Optique** : Frais de lunettes (verres et monture) et de lentilles.
- **Dentaire** : Frais de prothèses dentaires, de parodontologie et implantologie. **Les frais de soins dentaires et d'orthodontie ne sont pas concernés.**

Ce calcul sera effectué sur présentation des devis du professionnel de santé établis sur le formulaire délivré à cet effet par l'assureur.



Titre V - Exécution du contrat

Article 12 Référence légale

Le présent contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire est régi par le Code des assurances et notamment par ses articles L.141-1 et suivants.

Il est constitué des présentes conditions générales ainsi que des conditions particulières.

Les déclarations de la contractante et des affiliés servent de base aux garanties du contrat.

En application de l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° **en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;**
- 2° **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.**

En application de l'article L.114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci. Elles sont énumérées aux articles 2240 et suivants du Code civil. Il s'agit notamment de :

- **la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel on prescrit (article 2240 du Code civil) ;**
- **une demande en justice (même en référé), jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 et 2242 du Code civil). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code civil) ;**
- **un acte d'exécution forcée ou une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du Code civil).**

La prescription est également interrompue par :

- **la désignation d'experts à la suite d'une demande de prestation ;**
- **l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception, adressée par l'assureur à la contractante en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par la contractante ou l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.**

Article 13 Date d'effet - Durée - Renouvellement - Modification du contrat

Le contrat prend effet à la date fixée aux conditions particulières, sous réserve qu'il soit régularisé et retourné à l'assureur dans les délais prévus par celles-ci.

Sous réserve des dispositions prévues au paragraphe 4. de l'article 19 et à l'article 20 :

- **Il est souscrit pour une première période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet.**
- **Il se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation de l'une des parties notifiée par lettre recommandée adressée deux mois au moins avant chaque date de renouvellement.**

Toute modification des garanties ou des cotisations demandée par la contractante est soumise à l'accord préalable de l'assureur.

Sauf accord contraire de l'assureur, cette modification ne peut prendre effet qu'au 1^{er} janvier d'un exercice moyennant un préavis de 3 mois et donnera lieu à l'établissement d'un nouveau contrat.

Toutefois, les modifications convenues entre la contractante et l'assureur pourront prendre effet en cours d'exercice, à effet du 1^{er} jour d'un mois civil et donner lieu à l'émission par l'assureur d'un avenant au contrat, **avec l'accord de l'assureur.**

Il est précisé que **dans tous les cas**, la contractante est tenue d'informer les membres de son personnel salarié et anciens salariés affiliés, des modifications qu'il est prévu d'apporter à leurs droits et obligations dans les délais prévus au paragraphe 1. de l'article 17.

Article 14 Affiliation du personnel - Personnes assurées

1. AFFILIATION DES MEMBRES DU PERSONNEL

Doivent être inscrits à l'assurance :

- tous les membres du personnel salarié de la contractante affiliés au Régime obligatoire de protection sociale dont le contrat de travail est en cours - y compris ceux dont le contrat de travail est suspendu et ceux bénéficiant des dispositions légales applicables en matière de cumul Emploi/Retraite - et appartenant à la catégorie bénéficiaire définie aux conditions particulières, sous réserve d'éventuelles dispenses d'affiliation admises par la réglementation en vigueur, prévues par l'acte instituant le régime complémentaire santé (accord collectif, référendum ou décision unilatérale) et déclarées par la contractante à l'assureur

ainsi que :

- tous les anciens salariés bénéficiant d'un maintien de garanties dans le cadre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, au titre d'un précédent contrat d'assurances collectives complémentaire santé et qui, à la date de cessation ou de rupture de leur contrat de travail, appartenaient à la catégorie bénéficiaire définie aux conditions particulières.

2. PERSONNES ASSURÉES

Selon les dispositions prévues dans l'acte instituant le régime complémentaire santé, déclarées par la contractante et précisées aux conditions particulières, les garanties du contrat sont accordées :

- **Famille** ou **affilié quelle que soit sa situation de famille** :
 - à l'affilié et à ses ayants droit éventuels répondant à la définition de l'article 2, l'ensemble de ces personnes assurées étant rattaché à la catégorie « famille ».

Dans ce cas, l'inscription au contrat des ayants droit de l'affilié déclarés à l'assureur découle

de plein droit de l'affiliation au contrat de l'affilié lui-même.

- **Isolé** ou **affilié sans ayant droit – Ménage** ou **affilié avec ayant(s) droit** :

- à l'affilié seul à l'exclusion de ses ayants droit, celui-ci étant rattaché à la catégorie « **isolé** »,

ou

- à l'affilié et à ses ayants droit déclarés à l'assureur, l'ensemble de ces personnes assurées étant rattaché à la catégorie « **ménage** ».

Dans ce cas, le rattachement de l'affilié à l'une ou l'autre de ces catégories Isolé/Ménage est :

- soit obligatoirement déterminé en fonction de la situation de famille de l'intéressé,
- soit laissé au libre choix de l'affilié.

La solution retenue par la contractante est précisée aux conditions particulières.

Lorsque le rattachement de l'affilié à l'une ou l'autre des catégories Isolé/Ménage est laissé au libre choix de l'affilié, celui-ci peut demander à changer son rattachement dans les conditions définies au paragraphe 1. de l'article 15 ci-après.

- **Isolé** ou **affilié sans ayant droit - Duo** ou **affilié avec 1 ayant droit - Famille** ou **affilié avec 2 ayants droit ou plus** :

- à l'affilié et, le cas échéant, à ses ayants droit, dans les conditions précisées ci-après, selon que l'inscription des ayants droit au contrat est obligatoire ou au contraire facultative.

Lorsque l'inscription des ayants droit au contrat est obligatoire, le rattachement de l'affilié à l'une des 2 catégories Isolé/Famille définies ci-dessous est obligatoirement déterminé en fonction de la situation de famille de l'intéressé :

- si l'affilié est seul garanti par le contrat, à l'exclusion de ses ayants droit éventuels, il est alors rattaché à la catégorie « **isolé** »,
- si l'affilié ainsi que ses ayants droit (quel que soit leur nombre) sont garantis par le contrat, l'ensemble de ces personnes assurées est alors rattaché à la catégorie « **famille** ».

Toutefois pour l'affilié inscrit en catégorie Famille, le contrat prévoit, sur mention aux conditions particulières, que des cotisations spécifiques seront appliquées selon que l'intéressé a 1 seul ayant droit inscrit au contrat ou 2 ayants droit ou plus inscrits au contrat.

La structure de cotisation appliquée au titre du contrat est alors « Isolé ou affilié sans ayant droit / Duo ou affilié avec 1 ayant droit / Famille ou affilié avec 2 ayants droit ou plus ».

Lorsque l'inscription des ayants droit au contrat est facultative, le rattachement de l'affilié à l'une ou l'autre des 3 catégories Isolé/Duo/Famille définies ci-dessous est laissé au libre choix de l'intéressé :

- si l'affilié est seul garanti par le contrat, à l'exclusion de ses ayants droit éventuels, il est alors rattaché à la catégorie « **isolé** »,
- si l'affilié ainsi que son ayant droit déclaré à l'assureur pour être assuré sont garantis par le contrat, l'affilié et son ayant droit assuré sont alors rattachés à la catégorie « **duo** ».
- si l'affilié ainsi que ses ayants droit (au nombre de 2 ou plus) déclarés à l'assureur sont garantis par le contrat, l'ensemble de ces personnes assurées est alors rattaché à la catégorie « **famille** ».

Ultérieurement à son affiliation au contrat dans l'une des 3 catégories Isolé/Duo/Famille ci-dessus, l'affilié peut demander à changer son rattachement dans les conditions définies au paragraphe 1. de l'article 15 ci-après.

• **Adulte / Enfant :**

- à l'affilié et à son conjoint, partenaire ou concubin tel que défini à l'article 2 ; l'affilié et le cas échéant, son conjoint, partenaire ou concubin, sont alors rattachés chacun individuellement à la catégorie « **adulte** »

et

- aux enfants à charge de l'affilié au sens de l'article 2 ; les enfants considérés sont alors rattachés chacun individuellement à la catégorie « **enfant** ».

Dans ce cas, l'inscription au contrat des ayants droit de l'affilié (conjoint, partenaire

du PACS ou concubin et enfants à charge) est :

- soit obligatoire,
- soit laissée, et ce pour chacun d'entre eux individuellement, au libre choix de l'affilié.

La solution retenue par la contractante est précisée aux conditions particulières.

• **Affilié / « Conjoint » / Enfant :**

- au membre (ou ancien membre) du personnel assuré, celui-ci étant rattaché à la catégorie « **affilié** »
- au conjoint, partenaire du PACS ou concubin de l'affilié, tel que défini à l'article 2 ; le conjoint, partenaire ou concubin, est alors rattaché à la catégorie « **conjoint** »

et

- aux enfants à charge de l'affilié au sens de l'article 2 ; les enfants considérés sont alors rattachés individuellement à la catégorie « enfant ».

Dans ce cas, l'inscription au contrat des ayants droit de l'affilié (conjoint, partenaire du PACS ou concubin et enfants à charge) est :

- soit obligatoire,
- soit laissée, et ce pour chacun d'entre eux individuellement, au libre choix de l'affilié.

La solution retenue par la contractante est précisée aux conditions particulières.

Il est précisé que :

- dans tous les cas prévus ci-dessus, de rattachement individuel des ayants droit au contrat, seuls seront pris en compte les ayants droit nominativement inscrits au contrat sous réserve, en outre, que la (ou les) cotisation(s) nécessaire(s) à leur prise en charge soi(en)t payée(s) à l'assureur ;
- dans tous les cas où l'inscription des ayants droit au contrat est laissée pour chacun d'entre eux individuellement au libre choix de l'affilié, celui-ci peut demander l'inscription de certains ou de l'ensemble de ses ayants droit postérieurement à son affiliation au contrat dans les conditions définies au paragraphe 1. de l'article 15 ci-après.
- dans tous les cas où l'inscription des ayants droit au contrat est obligatoire, le caractère obligatoire de cette inscription, s'appré-

cie en fonction des éventuelles dispenses d'inscription admises par la réglementation en vigueur prévues dans l'acte instituant le régime complémentaire santé et déclarées par la contractante à l'assureur.

Article 15 *Prise d'effet de l'affiliation et des garanties - Choix de la formule de garanties*

1. PRISE D'EFFET DE L'AFFILIATION

En ce qui concerne l'affilié :

Toute affiliation prend effet à la même date que le contrat à condition que l'ensemble des affiliables :

- soit inscrit sur la liste nominative que la contractante doit fournir en application de l'article 17,
- ait rempli le bulletin individuel d'affiliation fourni par l'assureur.

En cours de contrat, toute nouvelle affiliation prend effet pour la personne concernée, le jour de son entrée dans l'effectif assurable sous réserve qu'elle ait rempli le bulletin d'affiliation fourni par l'assureur.

En ce qui concerne les ayants droit :

L'inscription des ayants droit prend effet dans les conditions suivantes, selon les indications figurant aux conditions particulières en application du paragraphe 2. de l'article 14 ci-dessus :

- **Lorsqu'elle est obligatoire ou lorsqu'elle découle de plein droit de l'affiliation au contrat de l'affilié lui-même**, l'inscription des ayants droit prend effet :
 - à la même date que l'affiliation au contrat de l'affilié lui-même
 - à la date de la modification de situation de famille en cas de mariage, de conclusion d'un PACS, de concubinage ou de naissance d'enfants
- **Lorsqu'elle est laissée au libre choix de l'affilié**, l'inscription des ayants droit prend effet, sous réserve, le cas échéant, que cette demande puisse être considérée comme étant recevable au sens du paragraphe 3.2 de l'article 19 :
 - si l'affilié demande l'inscription des intéressés au contrat concomitamment à son

affiliation : à la même date que celle de sa propre affiliation

- si l'affilié demande l'inscription de ses ayants droit postérieurement à sa propre affiliation au contrat :
 - immédiatement en cas de changement de situation de famille ou si la demande a pour cause le terme normal d'une garantie antérieure couvrant les ayants droit, **sous réserve que cette modification ait été portée à la connaissance de l'assureur dans un délai de deux mois suivant la date de la modification ;**
 - au 1^{er} janvier suivant dans les autres cas ou lorsque le délai de deux mois ci-dessus n'aura pas été respecté.

2. PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet pour chaque affilié et, le cas échéant, pour ses ayants droit à la date d'affiliation ou d'inscription telle qu'elle est prévue ci-dessus.

Il est précisé que l'assureur ne prend en charge que les dépenses engagées au titre d'actes prescrits à compter de la date d'effet des garanties.

3. CHOIX DE LA FORMULE DE GARANTIES

Ainsi que prévu à l'article 1, le contrat peut prévoir aux conditions particulières, plusieurs formules de garanties. Dans ce cas :

- l'ensemble des personnes assurées par le contrat (qu'il s'agisse des affiliés eux mêmes et le cas échéant de leurs ayants droit inscrits au contrat) bénéficient des prestations prévus par la formule de garanties dénommée aux conditions particulières sous le terme de « formule socle ».
- la (ou les) autre(s) formule(s) de garanties proposée(s), exposée(s) aux conditions particulières, a (ont) pour objet d'améliorer les prestations ou remboursements prévus pour certains postes ou actes par la formule socle.

Le choix de la formule de garanties applicable tant pour lui-même que pour ses ayants droit éventuellement inscrits au contrat appartient individuellement à chacun des membres du personnel salarié de la contractante affilié au contrat. Ce choix devra être effectué par cha-

cun des membres du personnel de la contractante appartenant à la catégorie bénéficiaire définie aux conditions particulières **lors de son affiliation au contrat** et devra être indiqué sur le bulletin individuel d'affiliation complété et signé par l'affilié. En outre, lorsque les dispositions du paragraphe 3.2 de l'article 19 ci-après seront applicables, le bulletin individuel d'affiliation devra être accompagné d'un mandat ou autorisation de prélèvement automatique dûment complété et du Relevé d'Identité Bancaire correspondant.

À défaut d'un choix formel de la part de l'affilié ou si le choix exprimé par l'affilié est irrecevable ou encore, le cas échéant, si la demande de l'affilié ne peut être considérée comme recevable au sens du paragraphe 3.2 de l'article 19 ci-après, la formule socle sera alors automatiquement appliquée.

Ultérieurement, l'affilié conserve la **possibilité de changer de formule de garanties ou de résilier la formule optionnelle précédemment souscrite**, tant pour lui-même que pour ses ayants droit éventuellement inscrits au contrat :

- **à effet du 1^{er} janvier de chaque année sous réserve d'en faire la demande et d'indiquer, le cas échéant, à l'assureur la nouvelle formule de garanties retenue 2 mois au moins avant cette date.**
- **en cas de changement de situation de famille** (en cas de mariage, de conclusion d'un PACS, de concubinage, de divorce, rupture du PACS ou cessation du concubinage, décès du conjoint, partenaire du PACS ou concubin, naissance d'enfant, ...) **sous réserve de déclarer ce changement de situation de famille et d'indiquer à l'assureur la nouvelle formule de garanties retenue dans un délai de 2 mois suivant la date du changement de situation de famille.**

Pour ce faire, l'affilié devra compléter et signer un nouveau bulletin fourni par l'assureur sur lequel il indiquera la nouvelle formule de garanties retenue et, le cas échéant, la (ou les) modifications de sa situation de famille. En outre, lorsque les dispositions du paragraphe 3.2 de l'article 19 ci-après seront applicables, le bulletin individuel d'affiliation devra être accompagné, sauf application des dispositions du dernier alinéa du paragraphe 3.2 précité, d'un mandat ou autorisation de prélèvement automatique dûment complété et du Relevé d'Identité Bancaire correspondant.

Si les délais de 2 mois ci-dessus ne sont pas respectés ou si le nouveau choix exprimé par l'affilié est irrecevable, ou encore, le cas échéant, si la demande de l'affilié ne peut être considérée comme recevable au sens du paragraphe 3.2 de l'article 19 ci-après, l'affilié et ses ayants droit inscrits au contrat continueront à bénéficier de la formule de garanties précédemment retenue.

En tout état de cause, dans tous les cas, l'affilié et l'ensemble de ses ayants droit inscrits au contrat doivent bénéficier de la même formule de garanties.

Il est précisé que des dispositions particulières sont prévues par annexe 2 aux présentes conditions générales concernant la formule de garanties applicable aux affiliés bénéficiant du maintien des garanties dans le cadre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale et, le cas échéant, à leurs ayants droit inscrits au contrat.

Article 16 Cessation de l'affiliation et des garanties

1. CESSATION DE L'AFFILIATION

L'affiliation au contrat cesse pour chaque affilié :

- à la date de résiliation du contrat.
Dès que le contrat est résilié, il ne peut en aucun cas être maintenu dans ses effets, à titre individuel. Dans ce cas, tout affilié en faisant la demande pourra contracter aux conditions de souscription et aux tarifs en vigueur, l'un des contrats proposés à titre individuel par l'assureur. Toutefois, des conditions d'admission simplifiées sont réservées aux personnes définies au paragraphe 5. ci-après.
- à la date de rupture ou de cessation de son contrat de travail, quel qu'en soit le motif, s'il quitte la contractante avant l'âge d'admission à la retraite, sauf application des dispositions du paragraphe 4. ci-dessous ou de celles de l'annexe 2 ci-après. En outre, lorsqu'à la date de rupture de son contrat de travail, l'affilié licencié ou invalide ne peut bénéficier des dispositions du paragraphe 4. ou de l'annexe 2 précités, les dispositions du paragraphe 5. ci-après seront alors applicables et l'assureur adressera à l'intéressé, au plus tard dans les 2 mois à compter de la date de rupture ou de cessation du contrat de travail qui le liait à la contractante, une

proposition de maintien de la couverture complémentaire santé.

- à la date de suspension de son contrat de travail, sauf application des dispositions du paragraphe 3. ci-après ;
- à la date à laquelle il cesse d'appartenir à la catégorie de personnel visée aux conditions particulières ;
- s'il cesse de figurer sur le bordereau d'ajustement annuel des cotisations fourni par la contractante ou si les cotisations le concernant ne sont pas réglées (sous réserve des modalités prévues à l'article L.141-3 du Code des assurances) ;
- à la date de cessation totale d'activité liée à la liquidation de la pension de l'assurance vieillesse du Régime obligatoire de protection sociale. A cette date, les dispositions du paragraphe 5 ci-après seront applicables et l'assureur adressera à l'affilié considéré, au plus tard dans les 2 mois à compter de la date de cessation du contrat de travail qui le liait à la contractante, une proposition de maintien de la couverture complémentaire santé.

2. CESSATION DES GARANTIES

Les garanties du contrat prennent fin pour chaque affilié et ses ayants droit à la date de la cessation de l'affiliation, telle qu'elle est prévue ci-dessus.

Il est précisé que les garanties cessent en tout état de cause pour les ayants droit de l'affilié :

- **Pour le conjoint** : à la date à laquelle la décision de divorce ou de séparation de corps devient définitive,
ou **pour le partenaire** : à la date de rupture du PACS,
ou **pour le concubin** : à la date à laquelle cesse le concubinage,
- **Pour les enfants** : dès qu'ils cessent d'être à charge au sens du contrat et, au plus tard, à la fin de l'année au cours de laquelle ils atteignent leur 21^{ème} anniversaire ou leur 28^{ème} anniversaire s'ils poursuivent leurs études et sont inscrits à la Sécurité sociale des étudiants ou au Régime général au titre de la CMU ou s'ils sont en contrat d'apprentissage.

Toutefois, les enfants handicapés continuent à être garantis tant qu'ils bénéficient des allocations légales d'adultes handicapés ou tant qu'ils remplissent les conditions pour en bénéficier, lorsque l'allocation ne leur est pas versée en raison de leur niveau de ressources.

En outre, lorsque l'inscription au contrat de ses ayants droit est laissée au libre choix de l'affilié, les garanties cessent également pour ses ayants droit dans les conditions suivantes :

- pour l'ensemble des ayants droit de l'affilié inscrits au contrat, lorsque l'affilié inscrit en catégorie « ménage », « duo » ou « famille » demande valablement son rattachement à la catégorie « isolé » ;
- pour certains des ayants droit de l'affilié inscrits au contrat, lorsque l'affilié inscrit en catégorie « famille » demande valablement son rattachement à la catégorie « duo » ;
- pour chacun des ayants droit de l'affilié inscrit au contrat individuellement, s'il cesse de figurer sur le bordereau d'ajustement annuel des cotisations fourni par la contractante dans l'une des catégories « adulte » ou « enfant » ou encore « conjoint » ou « enfant » correspondantes prévues au contrat ou si les cotisations correspondantes nécessaires à leur prise en charge ne sont pas réglées (sous réserve de la mise en œuvre des modalités prévues à l'article L.141-3 du Code des assurances à l'égard de l'affilié).

Il est précisé que l'assureur ne prend en charge que les dépenses réalisées antérieurement à la date de cessation des garanties.

3. DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

3.1 Tant que l'affilié bénéficie d'un maintien de salaire total ou partiel ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par la contractante, le bénéficiaire de l'ensemble des garanties du contrat lui est maintenu ainsi qu'à ses ayants droit inscrits au contrat, sur les mêmes bases que celles prévues pour les affiliés exerçant leur activité professionnelle et les cotisations correspondantes, calculées sur les mêmes bases que celles applicables pour les affiliés exerçant effectivement leur activité professionnelle doivent continuer à être versées à l'assureur.

Lorsque le contrat prévoit plusieurs formules de garanties, les garanties maintenues au titre des présentes dispositions tant à l'affilié qu'à ses ayants droit inscrits au contrat, sont celles correspondant à la formule applicable aux intéressés à la date de suspension du contrat de travail de l'affilié.

3.2 Lorsque l'affilié ne bénéficie pas ou ne bénéficie plus d'un maintien de salaire total ou partiel ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par la contractante, le bénéfice des garanties du contrat est susceptible de lui être maintenu ainsi qu'à ses ayants droit inscrits au contrat si la contractante fait expressément une demande de maintien de garanties à l'assureur avant la fin de la période de maintien de salaire ou d'indemnisation. Pendant cette période de maintien des garanties, les cotisations sont dues pour l'affilié et ses ayants droit inscrits au contrat, sur les mêmes bases que celles prévues pour les affiliés exerçant leur activité professionnelle.

Il est précisé que la demande de maintien de garanties faite par la contractante s'applique à l'ensemble de son personnel affiliable, présent et futur, dont le contrat de travail est suspendu pour la même cause.

Lorsque le contrat prévoit plusieurs formules de garanties, les garanties maintenues au titre des présentes dispositions tant à l'affilié qu'à ses ayants droit inscrits au contrat, sont celles correspondant à la formule socle uniquement.

3.3 Dans tous les cas, dès que l'affilié bénéficie des dispositions du paragraphe 4.1 ci-après, les cotisations afférentes aux garanties du contrat cessent d'être dues pour l'affilié et ses ayants droit inscrits au contrat.

4. MAINTIEN DES GARANTIES SANS CONTREPARTIE DE COTISATION

Sous certaines conditions, les garanties peuvent être maintenues sans contrepartie de cotisation.

4.1 En cas d'invalidité permanente et totale.

En cas d'invalidité permanente et totale ayant entraîné la cessation définitive d'activité professionnelle de l'affilié et à condition que son contrat de travail soit rompu, les garanties du contrat lui sont maintenues ainsi qu'à

ses ayants droit inscrits au contrat (sous les réserves précisées ci-après lorsque le contrat prévoit plusieurs formules de garanties), sur les mêmes bases que celles prévues pour les affiliés exerçant leur activité professionnelle.

Lorsque l'inscription des ayants droit au contrat se fait individuellement dans l'une des catégories « adulte » ou « enfant » ou encore « conjoint » ou « enfant », l'affilié invalide ne pourra demander leur inscription qu'en cas de changement de situation de famille et pour les seules personnes ayant acquis la qualité d'ayant droit du fait de ce changement.

Lorsque l'affilié invalide est assuré en catégorie « isolé » ou « duo », il ne pourra demander à changer de catégorie qu'en cas de changement de sa situation de famille.

Lorsque le contrat prévoit plusieurs formules de garanties, les garanties maintenues au titre du présent paragraphe tant à l'affilié qu'à ses ayants droit inscrits au contrat, sont celles correspondant à la formule socle uniquement.

En conséquence, l'affilié dont l'état d'invalidité permanente et totale a entraîné la cessation définitive d'activité professionnelle et qui à la date de rupture de son contrat de travail conclu avec la contractante bénéficiait d'une formule de garanties offrant un niveau de garanties et de prestations plus élevé que celui de la formule socle pourra, s'il souhaite conserver un niveau de garanties et de prestations supérieur à celui de la formule socle, souscrire l'un des contrats proposés par l'assureur à titre individuel dans les conditions d'admission simplifiées prévues au paragraphe 5. ci après.

Les garanties sont maintenues tant que l'affilié perçoit du Régime obligatoire de protection sociale une rente au titre de l'assurance invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie ou au titre de la législation sur les accidents du travail correspondant à un taux au moins égal à 66 %.

Les cotisations relatives aux garanties du contrat cessent d'être dues pour l'affilié et ses ayants droit, après la rupture du contrat de travail.

Ce maintien de garanties sans contrepartie de cotisation cesse en tout état de cause :

- **en cas de décès de l'affilié, à la date du décès.** À cette date, les dispositions du paragraphe 5. ci-après concernant les ayants droit survivants seront alors applicables ;

- à la date de résiliation du contrat, quelle qu'en soit l'origine.

Ce maintien de garanties sans contrepartie de cotisation cesse au plus tard :

- pour les affiliés et leurs ayants droit, à la date de liquidation de la pension de l'assurance vieillesse du Régime obligatoire de protection sociale dont relève l'affilié, y compris pour inaptitude au travail
- et en outre pour les enfants, aux dates limites fixées pour eux au paragraphe 2. ci-dessus.

4.2 En cas de décès de l'affilié.

Les garanties du contrat sont maintenues aux ayants droit survivants de l'affilié venant à décéder, à condition qu'ils :

- bénéficient des prestations du Régime obligatoire de protection sociale du chef de l'affilié ;
- acceptent la proposition de maintien de la couverture complémentaire santé qui leur est faite par l'assureur, au plus tard, au terme d'un délai de 6 mois suivant la date du décès de l'affilié ;
- soient inscrits au contrat à la date du décès de l'affilié ;
- figurent sur les avis d'échéance de cotisation et les états nominatifs annuels établis par la contractante, avec la mention « ayant droit » et l'indication de la date du décès de l'affilié.

Au titre de ce maintien de garantie, sont également considérés comme ayant droit, les enfants de l'affilié nés moins de 300 jours après son décès.

Ce maintien de garanties sans contrepartie de cotisation cesse en tout état de cause à la date de résiliation du contrat, quelle qu'en soit l'origine, et au plus tard :

- au terme d'une période maximum d'un an à la suite du décès,
- le jour où le conjoint, partenaire ou concubin se remarie ou se marie ou souscrit un (nouveau) PACS,
- le jour où le conjoint, partenaire ou concubin exerce une activité professionnelle.

La garantie indemnité de naissance éventuellement souscrite n'est maintenue au conjoint, partenaire ou concubin que pour les enfants de l'affilié nés moins de 300 jours après le décès de celui-ci.

Lorsque le contrat prévoit plusieurs formules de garanties, les garanties maintenues au titre du présent paragraphe et pendant toute la durée de ce maintien de garanties sont celles dont l'affilié et ses ayants droit inscrits au contrat bénéficiaient à la date du décès de l'affilié.

4.3 Dispositions applicables au terme du maintien de garanties accordé sans contrepartie de cotisation.

Au terme du maintien des garanties prévu aux paragraphes 4.1 et 4.2 ci-dessus, l'assureur adressera aux affiliés invalides et aux ayants droit survivants considérés répondant aux définitions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, une proposition de maintien de la couverture complémentaire santé, au plus tard dans le délai de 2 mois de la cessation de la période de maintien des garanties à titre temporaire prévu ci-dessus.

Les intéressés (qu'il s'agisse d'un affilié invalide ou des ayants droit survivants d'un affilié décédé) devront accepter la proposition de maintien de la couverture complémentaire santé faite par l'assureur, au plus tard, au terme d'un délai de 6 mois suivant la cessation du maintien des garanties.

Dans tous les cas, les intéressés devront toutefois justifier avoir droit aux prestations en nature du Régime obligatoire de protection sociale à titre obligatoire ou personnel, à la date de cessation du maintien des garanties prévu aux paragraphes 4.1 et 4.2 précités.

L'entrée en vigueur de la couverture complémentaire santé proposée par l'assureur prendra effet dans les conditions suivantes :

- dès la date d'effet de la cessation du maintien des garanties prévu ci-dessus dans le cadre du contrat collectif, sous réserve du paiement des cotisations correspondantes depuis cette date ;
- le jour de l'acceptation par l'intéressé de la proposition de l'assureur, dans le cas contraire.

Toutefois, en cas de résiliation du présent contrat à l'initiative de la contractante, celle-

ci doit indiquer à l'assureur, dans sa demande de résiliation si celui-ci doit organiser, dans les conditions du paragraphe 5. ci-dessous, le maintien d'une couverture complémentaire santé au bénéfice des personnes visées au 1^{er} alinéa ci-dessus.

En cas de résiliation du présent contrat à l'initiative de l'assureur et, à défaut de conventions spécifiques, celui-ci s'engage à faire bénéficier les personnes visées au 1^{er} alinéa ci-dessus, du maintien d'une couverture complémentaire santé dans les conditions du paragraphe 5. ci-dessous, après accord des intéressés.

5. ADHÉSION À UN CONTRAT INDIVIDUEL

L'assureur adressera aux personnes cessant d'être garanties par le présent contrat et susceptibles de bénéficier des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, une proposition de maintien de la couverture complémentaire santé, au plus tard dans le délai de 2 mois à compter de la date de l'événement les plaçant dans une situation leur ouvrant droit au bénéfice des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 précitée (date de cessation du contrat de travail de l'affilié, expiration de la période de maintien à titre temporaire des garanties du contrat collectif dont l'affilié bénéficiait en tant qu'ancien salarié de la contractante, date du décès de l'affilié).

Les personnes considérées visées par l'article 4 précité devront accepter la proposition de maintien de la couverture complémentaire santé faite par l'assureur, au plus tard, au terme d'un délai de 6 mois suivant la date de l'événement considéré.

L'entrée en vigueur de la couverture complémentaire santé proposée par l'assureur prendra effet dans les conditions suivantes :

- dès la date de cessation des garanties du contrat collectif, sous réserve du paiement des cotisations depuis cette date ;
- le jour de l'acceptation par l'intéressé de la proposition de l'assureur, dans le cas contraire.

Il convient de noter qu'en cas de décès d'un affilié bénéficiaire d'un maintien temporaire de garanties dans le cadre du présent contrat en sa qualité d'ancien salarié de la contractante, les ayants droit survivants qui étaient eux-mêmes bénéficiaires des garanties du contrat à la date

de cet événement doivent faire la déclaration du décès à l'assureur dans un délai maximum de 30 jours à compter de sa date de survenance.

Article 17 Obligations de la contractante et de l'assureur

1. OBLIGATIONS DE LA CONTRACTANTE

1.1 À l'égard de l'affilié.

La contractante doit :

- conformément aux dispositions de l'article L.141-4 du Code des assurances :
 - remettre à chaque affilié, une notice établie par l'assureur qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre,
 - informer par écrit les affiliés ou les ayants droit des modifications qu'il est prévu d'apporter éventuellement à leurs droits et obligations, trois mois au minimum avant la date prévue pour leur entrée en vigueur,
- prévenir les affiliés ou les ayants droit et les bénéficiaires d'un maintien de garanties de la résiliation du contrat.

La preuve de la remise des documents correspondants incombe à la contractante.

Par ailleurs, en application des dispositions de l'article L.141-3 du Code des assurances, la contractante doit adresser à l'affilié qui n'a pas acquitté une cotisation afférente au présent contrat à sa charge, au plus tôt 10 jours après la date du non-paiement de la cotisation considérée, une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre doit stipuler qu'à l'issue d'un délai de 40 jours à compter de cet envoi, l'affilié et/ou ses ayants droit sont exclus du contrat d'assurance ou du bénéfice des couvertures facultatives, en raison du non-paiement de la cotisation.

En tout état de cause, la contractante est tenue de payer à l'assureur, jusqu'à l'issue de cette procédure, la totalité des cotisations qui lui sont dues.

1.2 À l'égard de l'assureur.

La contractante s'engage à proposer à l'assurance et à y maintenir l'intégralité de son personnel affiliable. **Cette disposition étant**

déterminante du consentement de l'assureur, le contrat est résilié de plein droit en cas de non-respect de cette obligation.

Toutefois, cette sanction ne sera pas appliquée lorsque l'acte instituant le régime complémentaire santé prévoit une ou plusieurs causes de dispenses d'affiliation admises par la réglementation en vigueur, sous réserve qu'elles aient été déclarées par la contractante à l'assureur. L'assureur se réserve le droit de demander les justificatifs de non affiliation des salariés et / ou de non inscription de leurs ayants droit.

Elle s'engage en outre à payer les cotisations ainsi qu'il est prévu à l'article 19 et à fournir à l'assureur les pièces suivantes (sauf application des modalités spécifiques de gestion administrative du contrat prévues à l'annexe 2 aux présentes conditions générales pour les anciens salariés bénéficiant du maintien des garanties dans le cadre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale) :

a) à la souscription du contrat

- un exemplaire du contrat dûment régularisé,
- la liste nominative des membres du personnel et anciens salariés affiliables avec l'indication pour ces derniers, de la durée résiduelle de leur droit à maintien des garanties au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale,
- les bulletins individuels d'affiliation dûment complétés et signés.

b) à chaque nouvelle affiliation ou sortie et dans un délai de 10 jours

- la déclaration de l'affiliation accompagnée du bulletin individuel d'affiliation correspondant dûment complété et signé,
- la déclaration de la sortie de l'affilié accompagnée de l'imprimé fourni par l'assureur.

c) en cas de modification de la situation de famille d'un affilié et dans un délai de 2 mois

- la déclaration de cette modification au moyen de l'imprimé fourni par l'assureur avec le cas échéant l'indication de la nouvelle formule de garanties retenue par l'affilié et / ou des ayants droit qui doivent désormais être inscrits ou radiés du contrat.

d) à la fin des 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} trimestres de chaque exercice civil

- l'avis d'échéance des cotisations sur lequel doit figurer, notamment, le nom des affiliés entrés et sortis au cours du trimestre et, dans ce dernier cas, le motif (licenciement, retraite, maladie, etc...).

e) avant la fin du 4^{ème} trimestre de chaque exercice civil *(lorsque le contrat prévoit une ou plusieurs couvertures facultatives dont la souscription est laissée individuellement au libre choix de chaque affilié -formule(s) de garanties optionnelle(s) et / ou extension du bénéfice des garanties aux ayants droit de l'affilié-)*

- les nouveaux bulletins dûment complétés et signés par les affiliés souhaitant modifier les couvertures facultatives précédemment souscrites à effet du 1^{er} janvier suivant indiquant la ou les nouvelle(s) couvertures(s) retenue(s).

f) au début de chaque exercice

- le bordereau d'ajustement des cotisations de l'année écoulée avec indication, pour chaque affilié, de sa date de naissance et de sa situation de famille et, le cas échéant, de la formule de garanties retenue.

Sur ce bordereau doivent également figurer les personnes bénéficiant du maintien des garanties sans contrepartie de cotisation (ayants droit d'affiliés décédés avec indication de la date du décès de l'affilié ainsi que les invalides et leurs ayants droit).

g) en cas d'appel par l'assureur, directement auprès des affiliés eux-mêmes, des cotisations relatives aux couvertures facultatives éventuellement souscrites par les intéressés en application des dispositions du paragraphe 3.2 de l'article 19 ci-après, un mandat ou autorisation de prélèvement dûment complété et signé par l'affilié ainsi que le Relevé d'Identité Bancaire correspondant, devront accompagner :

- les documents à fournir à l'assureur à la souscription du contrat puis à chaque nouvelle affiliation ultérieure et dans un délai de 10 jours, respectivement énumérés aux a) et b) ci-dessus,

- ainsi que, sauf application des dispositions du dernier alinéa du paragraphe 3.2 de l'article 19 précité, les documents à fournir à l'assureur en cas de modification de la situation de famille d'un affilié ou avant la fin du 4^{ème} trimestre de chaque exercice civil pour les affiliés souhaitant modifier les couvertures facultatives précédemment souscrites, à effet du 1^{er} janvier suivant, respectivement énumérés aux c) et e) ci-dessus.

2. OBLIGATIONS DE L'ASSUREUR

2.1 À l'égard de la contractante.

L'assureur s'engage à :

- remettre à la contractante la notice précitée au 1.1 ci-dessus,
- communiquer, avant la fin de chaque année, les cotisations applicables au 1^{er} janvier de l'exercice suivant.

2.2 À l'égard des personnes assurées répondant aux définitions de l'article 4 de la loi « Evin » n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

L'assureur doit adresser aux personnes susceptibles de bénéficier des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, une proposition de maintien de la couverture complémentaire santé au plus tard dans un délai de 2 mois à compter de la date de l'événement entraînant la cessation des garanties du contrat collectif en leur faveur (cessation du contrat de travail de l'affilié, expiration de la période de maintien à titre temporaire des garanties du contrat collectif dont elles ont bénéficié en tant qu'ancien salarié de la contractante, décès de l'affilié ou encore expiration de la période de maintien à titre temporaire des garanties du contrat collectif dont elles ont bénéficié en tant qu'ayants droit survivants d'un affilié décédé).

Article 18 Réclamation(s) - Médiation - Informatique et Libertés

L'ensemble des coordonnées des services et/ou sites internet visés au présent article est précisé aux conditions particulières du contrat.

1. RÉCLAMATION(S) - MÉDIATION

Pour toute réclamation (désaccord, mécontentement) relative au contrat, la contractante, l'affilié ou ses ayants droit peut s'adresser à son conseiller ou contact habituel ou au service en charge de la relation avec la clientèle.

Si cette demande n'est pas satisfaite, la réclamation peut être adressée par courrier postal au service « Réclamations » de l'assureur.

Dans ces 2 cas, l'assureur s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai maximum de 10 jours ouvrables. Celle-ci sera traitée dans les 2 mois au plus. Si tel n'est pas le cas, le demandeur en sera informé.

En dernier lieu et sans préjudice de son droit de saisir éventuellement la justice, la contractante, l'affilié ou l'ayant droit pourra recourir au médiateur de l'assureur.

Le détail des modalités de traitement des réclamations est accessible à la contractante, l'affilié et ses ayants droit auprès du conseiller ou contact habituel et dans la rubrique « Mentions légales » sur le site internet.

2. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Protection des données personnelles

Les données personnelles concernant les affiliés et les ayants droit sont traitées dans le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la gestion de leur affiliation et de leurs garanties. A l'exception des données de santé, elles sont destinées au conseiller ou contact habituel, aux services de l'assureur et à ses distributeur, mandataires, prestataires et sous traitants, aux réassureurs ainsi qu'aux organismes professionnels et administratifs dans le cadre d'obligations légales.

Elles peuvent être par ailleurs utilisées à des fins de contrôle interne et dans le cadre des dispositions légales concernant la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, les données personnelles de l'affilié peuvent être transmises à des organismes professionnels de lutte contre la fraude ainsi qu'à des enquêteurs certifiés.

L'affilié dispose, en justifiant de son identité, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition sans frais, en s'adressant à l'assureur.

Recueil et traitement des données de santé

L'affilié ou l'ayant droit accepte expressément le recueil et le traitement des données concernant sa santé. Nécessaires à la gestion des garanties, ces données sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale. Elles sont exclusivement destinées au médecin conseil de l'assureur et à son service médical ou aux personnes internes ou externes habilitées (notamment experts médicaux).

Si l'affilié ou l'ayant droit utilise la carte Vitale, il autorise le professionnel de santé à adresser à l'assureur un relevé d'information pour permettre la mise en œuvre des prestations du contrat. Il autorise également l'échange d'informations avec son Régime obligatoire de protection sociale à la seule fin du traitement des prestations.

L'affilié et l'ayant droit disposent d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations médicales le concernant en s'adressant par courrier postal accompagné de la photocopie d'une pièce d'identité, au médecin conseil de l'assureur.

Prospection commerciale

Les affiliés sont susceptibles de recevoir des offres commerciales de l'assureur pour des produits et services analogues (assurances et services) à ceux souscrits par la contractante dont ils bénéficient, et adaptés à leurs besoins, ainsi que de ses partenaires. Les affiliés peuvent s'y opposer à tout moment ou modifier leur choix en s'adressant à l'assureur.

Enregistrement des appels téléphoniques

La contractante, l'affilié et/ou les ayants droit peuvent être amenés à téléphoner à l'assureur ou à son distributeur pour lui demander tous types de renseignements.

L'assureur et son distributeur informent la contractante, les affiliés et les ayants droit que leurs appels téléphoniques peuvent être enregistrés afin de s'assurer de la bonne exécution de leurs prestations à leur égard et plus généralement faire progresser la qualité de service. Ces enregistrements sont destinés aux seuls services de l'assureur et/ou de son distributeur en charge de l'appel considéré.

Si la contractante, l'affilié ou un ayant droit a été enregistré et souhaite écouter l'enregistrement d'un entretien, elle (il) peut en faire la demande par courrier adressé au siège de l'assureur. Il lui sera délivré, sans frais, copie de l'enregistrement téléphonique ou retranscription du contenu de la conversation, dans les limites de la durée de conservation de ces enregistrements.

Transfert d'informations hors de l'Union européenne

Dans le cadre de l'exécution du contrat et de la mise en œuvre des garanties, et conformément aux finalités convenues, des données à caractère personnel concernant les affiliés et/ou ayants droit peuvent faire l'objet d'un transfert vers des pays de l'Union européenne ou situés hors Union européenne, ce dont les affiliés et ayants droit sont informés par les présentes dispositions et qu'ils autorisent de manière expresse.



Titre VI - **Cotisation**

Article 19 Cotisation

1. FIXATION ET CALCUL DE LA COTISATION

Selon les indications figurant aux conditions particulières, les garanties du contrat sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle, fixée taxes actuelles comprises, qui peut être déterminée :

- soit en pourcentage du montant du plafond **annuel** de la Sécurité sociale,
- soit en pourcentage des salaires ou rémunérations réel(le)s des affiliés tel(le)s que défini(e)s aux conditions particulières.

Les cotisations relatives aux garanties du contrat sont payables en France et en euros.

Les cotisations sont dues à compter du 1^{er} jour du mois de l'affiliation. Elles cessent d'être dues à la fin du mois de la cessation d'affiliation.

Toute taxe ou contribution de nature fiscale ou sociale qui deviendrait applicable au contrat et dont la récupération ne serait pas interdite, serait payable en même temps que la cotisation et viendrait majorer le montant à payer à l'assureur.

2. AJUSTEMENT ANNUEL

La cotisation afférente aux garanties du contrat est révisée au 1^{er} janvier de chaque année en fonction du taux d'accroissement annuel de la consommation médicale des comptes nationaux de la Santé et des résultats techniques (rapport « sinistres à cotisations ») du contrat ou du groupe de contrats homogènes auquel appartient le contrat.

À compter du jour où elle a connaissance d'une majoration des taux de cotisation, la contractante aura la possibilité de résilier le contrat dans un délai de 30 jours. A cet effet, elle adressera une lettre recommandée à l'assureur. Un mois après l'envoi de cette lettre, le contrat sera résilié. Toutefois, la contractante pourra demander que cette résiliation devienne effective au 31 décembre de l'année en cours à 24 heures. Le prorata de cotisation afférent

à la période de garantie courue jusqu'à la date de résiliation est calculé sur l'ancien tarif et demeurera exigible.

De même à compter du jour où ils auront connaissance d'une majoration des taux de cotisation relatifs aux couvertures facultatives qu'ils ont souscrites, chacun des affiliés concernés aura la possibilité de résilier dans un délai de 30 jours, les couvertures facultatives qu'il avait précédemment souscrites. À cet effet, il adressera une lettre recommandée à l'assureur. Un mois après l'envoi de cette lettre recommandée, ces couvertures facultatives seront résiliées. Toutefois, si ce délai d'un mois expire au cours du 4^{ème} trimestre de l'année en cours, la résiliation deviendra effective au 31 décembre, à 24 heures. Il est précisé que le prorata de cotisation afférent à la période de garantie courue jusqu'à la date de résiliation est calculé sur l'ancien tarif et demeurera exigible.

3. PAIEMENT DE LA COTISATION

3.1 Modalités de paiement des cotisations par la contractante.

Les cotisations versées par la contractante, sont payables à l'assureur par trimestre, à terme échu.

Lorsque la cotisation relative aux garanties du contrat est fixée en fonction du montant du plafond annuel de la Sécurité sociale, elle est exprimée aux conditions particulières en pourcentage du montant du plafond **trimestriel** de la Sécurité sociale en vigueur lors de chaque échéance.

Pour toute affiliation en cours de trimestre, un prorata sera calculé sur la période comprise entre le 1^{er} jour du mois de l'affiliation et l'échéance trimestrielle suivante.

3.2 Modalités de paiement par l'affilié des cotisations relatives aux couvertures facultatives qu'il a éventuellement souscrites.

Lorsque ces dispositions sont applicables, elles font l'objet d'une mention en ce sens aux conditions particulières.

L'assureur appelle directement auprès des affiliés eux-mêmes les cotisations relatives aux couvertures facultatives qu'ils ont éventuellement souscrites (formule de garanties optionnelles et / ou extension du bénéfice des garanties aux ayants droit).

Ces cotisations sont payables mensuellement et d'avance par prélèvement sur le compte bancaire de l'affilié. La mise en oeuvre de cette disposition nécessite que l'affilié fournisse à l'assureur conjointement à son bulletin d'affiliation ou lors de la déclaration de changement de sa situation de famille, un mandat ou autorisation de prélèvement dûment complété et signé ainsi que le Relevé d'Identité Bancaire correspondant.

L'assureur délivrera alors à chaque affilié concerné un échéancier lors de la souscription initiale par celui-ci d'une ou plusieurs des couvertures facultatives proposées dans le cadre du contrat complémentaire santé collectif souscrit par la contractante, puis ultérieurement au début de chaque nouvelle année civile d'assurance et ce, tant que les couvertures facultatives souscrites par cet affilié demeureront en vigueur.

Cet échéancier indiquera les références du compte bancaire de l'affilié sur lequel les cotisations seront prélevées, le montant exprimé en euros des cotisations correspondant aux couvertures facultatives souscrites ainsi que les dates auxquelles ces cotisations seront prélevées. Ces montants en euros correspondent à la somme obtenue en appliquant ainsi que prévu au paragraphe 1 ci-dessus, le taux de cotisation afférent à chacune des couvertures facultatives souscrites par l'affilié, au montant du salaire plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'année civile considérée.

En outre, **en cas de modification des coordonnées du compte bancaire sur lequel doivent être prélevées les cotisations ou de toute modification affectant le ou les titulaires du compte considéré, l'affilié devra faire et ce, dans un délai de 10 jours civils maximum, la déclaration de cette (ces) modification(s) directement à l'assureur**, accompagnée des nouveaux mandat ou autorisation de prélèvement dûment complété et signé et Relevé d'Identité Bancaire correspondants.

Par ailleurs, en cas :

- de modification consécutivement à un changement intervenu dans la situation de famille de l'intéressé, des couvertures facultatives souscrites par l'affilié,
- de modification du tarif applicable aux couvertures facultatives souscrites par l'affilié,
- de modification des références du compte bancaire de l'affilié
- de changement d'adresse de l'affilié
- ou de modification de l'état civil de l'affilié (mariage, divorce, PACS, rupture du PACS) intervenant en cours d'année civile, l'assureur adressera à cet affilié, un nouvel échéancier pour la période de garanties restant à courir jusqu'au 31 décembre de l'année en cours, et ce pour autant que les garanties facultatives souscrites par l'intéressé demeurent en vigueur. Ce nouvel échéancier prendra en compte la (ou les) modification(s) intervenue(s) visée(s) ci-dessus.

Si le mandat ou autorisation de prélèvement et / ou le relevé d'identité bancaire de l'affilié ne sont pas joints au bulletin d'affiliation ou à la déclaration de changement de situation de famille de l'affilié ou si ce mandat ou autorisation de prélèvement est incomplet ou encore en l'absence d'une parfaite identité entre les coordonnées du compte figurant sur le Relevé d'Identité Bancaire et celles indiquées sur le mandat ou autorisation de prélèvement automatique transmis à l'assureur, la demande de l'affilié de souscrire une garantie facultative prévue au contrat sera alors considérée comme étant irrecevable

Dans ce cas, l'intéressé bénéficiera alors des seules couvertures obligatoires prévues au contrat. Il conservera toutefois la faculté de demander à nouveau ultérieurement la souscription d'une couverture facultative prévue au contrat selon les modalités et conditions indiquées à l'article 15.

Si l'affilié a déjà fourni antérieurement, à l'assureur, un mandat ou autorisation de prélèvement dûment complété et signé ainsi que le Relevé d'Identité Bancaire correspondant, ces documents ne lui seront pas à nouveau réclamés lors d'une demande de modification des garanties facultatives souscrites, sous réserve que l'ensemble des renseignements figurant sur ces documents demeurent toujours valables au jour de cette nouvelle demande.

4. DÉFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION

4.1 Défaut de paiement des cotisations par la contractante.

Conformément aux dispositions de l'article L.113-3 du Code des assurances, à défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours suivant son échéance et indépendamment du droit pour l'assureur de poursuivre l'exécution du contrat en justice, la garantie est suspendue 30 jours après la mise en demeure de payer. Celle-ci résulte de l'envoi par l'assureur à la contractante, d'une lettre recommandée imposée par la réglementation, stipulant que 10 jours après l'expiration de ce délai, si la cotisation n'est pas acquittée, le contrat est résilié.

4.2 Défaut de paiement des cotisations par l'affilié.

Les dispositions ci-après sont applicables lorsque celles prévues au paragraphe 3.2 ci-dessus sont mises en œuvre au titre du présent contrat.

En cas d'impossibilité de prélever tout ou partie des cotisations relatives aux couvertures facultatives souscrites par l'affilié, sur le compte bancaire de celui-ci, à la date de prélèvement d'une échéance indiquée sur l'échéancier préalablement communiqué à l'intéressé, l'assureur est alors mandaté par la contractante pour adresser à cet affilié en application des dispositions de l'article L.141-3 du Code des assurances, au plus tôt 10 jours après la date de non-paiement de la (ou des) cotisation(s) considérée(s), une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre stipulera qu'à l'issue d'un délai de 40 jours à compter de son envoi, l'ensemble des couvertures facultatives souscrites par l'affilié sera résilié en raison du non-paiement des cotisations y afférant.

Au plus tard dans les 8 jours suivant l'envoi de cette lettre de mise en demeure, l'assureur adressera à la contractante une lettre l'informant du non paiement des cotisations par l'affilié concerné et de l'envoi à l'intéressé de la lettre recommandée de mise en demeure imposée par la réglementation. A cet égard, il est rappelé que jusqu'à la résiliation effective des couvertures facultatives souscrites par l'affilié concerné, la contractante est tenue de payer à l'assureur, la totalité des cotisations qui lui sont dues.

Toutefois, en cas de paiement par l'affilié de l'ensemble des cotisations échues appelées par l'assureur et restant dues par l'affilié, avant la date de résiliation effective des couvertures facultatives qu'il a souscrites, la résiliation annoncée dans la lettre de mise en demeure deviendrait alors sans objet et les couvertures facultatives souscrites continueraient de produire leurs effets dans les conditions normales du contrat.



Titre VII - Révision

Article 20 Révision

Les garanties sont définies en prenant en considération la réglementation actuelle du Régime obligatoire de protection sociale français.

Si ultérieurement, une nouvelle réglementation ou les dispositions prises par l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie en application des dispositions législatives ou réglementaires alors en vigueur entraînent une modification des engagements de la contractante et de l'assureur, les dispositions suivantes seront applicables en cours d'exercice, selon le contexte et les contraintes réglementaires :

- lorsque la révision est motivée par la nécessité de conserver au contrat son caractère « responsable » :
 - l'assureur indiquera à la contractante les modifications nécessaires pour maintenir au contrat son caractère « responsable » dans les conditions simplifiées définies par l'avant dernier alinéa de l'article L.112-3 du Code des assurances.

En cas de refus, l'assureur adressera à la contractante une lettre recommandée l'informant de la résiliation du contrat.

- lorsque la modification est motivée par d'autres évolutions de la législation ou réglementation de la Sécurité sociale :
 - l'assureur procédera à l'ajustement de la cotisation. Si la contractante ne donne pas suite à la proposition de l'assureur ou refuse expressément la nouvelle cotisation, l'assureur peut résilier le contrat 10 jours après notification par lettre recommandée. L'assureur se réserve aussi la faculté d'établir son remboursement en référence à la législation en vigueur lors de la souscription du contrat.



Annexe 1 - Dispositions générales de la garantie casse et réparation des prothèses dentaires

1. OBJET DE LA GARANTIE

L'assureur garantit pour une période de 10 ans, à compter de la date de réalisation définitive des prothèses, les prothèses dentaires conjointes et adjointes en résine réalisées pour les affiliés et leurs ayants droit inscrits au contrat dès lors qu'ils restent assurés sans interruption par le contrat.

Les travaux prothétiques doivent avoir été effectués par un chirurgien dentiste avec lequel des engagements spécifiques ont été passés au bénéfice des personnes assurées et avoir fait l'objet d'une note d'honoraires détaillée ayant permis l'édition d'un certificat de garantie remis à la personne assurée.

2. CE QUI EST GARANTI

- Pour les prothèses conjointes : en cas de casse, le remplacement à l'identique de la prothèse, tel que mentionné sur le certificat de garantie remis à la personne assurée, aux frais réels déclarés par le chirurgien dentiste avec lequel des engagements spécifiques ont été passés au bénéfice des personnes assurées, au jour de la nouvelle réalisation prothétique.
- Pour les prothèses adjointes en résine : en cas de nécessité pour leur réadaptation ou la casse de la base résine, le versement d'une prestation de cent cinquante (150) euros, dans la limite des frais réels, pour les appareillages adjoints réalisés chez un chirurgien dentiste avec lequel des engagements spécifiques ont été passés au bénéfice des personnes assurées.
- Prothèses concernées

Pour les prothèses conjointes : toutes les couronnes, bridges et inlay-core

Pour les prothèses adjointes : les appareillages entièrement réalisés en résine.

- Réalisation

La pose initiale de la prothèse, le remplacement ou la réparation de la prothèse devra obligatoirement être réalisé chez un chirurgien dentiste avec lequel des engagements spécifiques ont été passés au bénéfice des personnes assurées.

Pour les bridges le remplacement devra être effectué à l'identique.

- Remboursement

Le remboursement interviendra après réception de la note d'honoraires.

3. FONCTIONNEMENT DE LA GARANTIE

La garantie est accordée pour les prothèses qui ont été prises en charge par l'assureur intégralement ou non lors de leur pose.

Le certificat de garantie comportant la période de validité, le descriptif précis de la prothèse, sa localisation (N° de la dent en cas de prothèse conjointe) et son prix devra être fourni par la personne assurée en cas de mise en jeu de la garantie. Il accompagnera le devis du chirurgien dentiste avec lequel des engagements spécifiques ont été passés au bénéfice des personnes assurées, qui devra réaliser les travaux de réparation. Ceux-ci ne peuvent commencer qu'après réponse de l'assureur, qui interviendra après la date de réception du dossier, dans un délai de 7 jours ouvrés maximum. Ce délai peut être supérieur à 7 jours ouvrés en cas de demande par l'assureur d'un examen dentaire réalisé par un chirurgien dentiste désigné par lui. L'assureur peut être amené à réclamer toutes pièces qu'il jugera utile.

La garantie n'est accordée qu'une seule fois pour une même prothèse.

4. EXCLUSIONS.

Sont exclus de par la nature de la garantie :

Pour les prothèses conjointes :

- *Toute nouvelle réalisation prothétique faisant suite à une dépose de la prothèse garantie pour cause de reprise de carie ou infection apicale.*
- *Les implants.*
- *Les Inlays / Onlays.*

Pour les prothèses adjointes :

- *Tous actes autres que la casse de la prothèse en résine.*
- *Les stellites.*

Sont exclus par ailleurs :

- *Les dommages esthétiques liés à la rétraction gingivale et à l'usure de la prothèse.*

L'assureur peut également refuser la mise en jeu de la garantie 10 ans si la personne assurée :

- *transmet une fausse déclaration.*
- *n'est plus assurée par le présent contrat.*
- *refuse de se soumettre à l'éventuel examen dentaire demandé par l'assureur.*



Annexe 2 - **Maintien des garanties aux anciens salariés dans le cadre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale**

L'affiliation au contrat et les garanties qu'il prévoit sont maintenues dans les conditions précisées ci-après, aux affiliés définis ci-dessous dont le contrat de travail avec la contractante est rompu.

1. CONDITIONS DU MAINTIEN DES GARANTIES

Les garanties du contrat sont maintenues aux anciens salariés déclarés par la contractante et remplissant les conditions cumulatives suivantes :

- le droit à couverture au titre du contrat collectif complémentaire santé souscrit par la contractante doit avoir été ouvert avant la date de cessation du contrat de travail,
- le contrat de travail doit être rompu ; ainsi donne droit à maintien de garanties :
 - tout licenciement **sauf en cas de faute lourde**,
 - la rupture conventionnelle du contrat de travail,
 - la rupture du contrat de travail pendant la période d'essai,
 - l'arrivée à terme du CDD,
 - la rupture pour motif légitime et sérieux du CDD à objet défini,
 - la démission légitime,
 - la rupture du contrat d'apprentissage ou en alternance,
- la cessation du contrat de travail doit ouvrir droit à prise en charge par le régime de l'assurance chômage, quelle que soit l'origine de cette cessation.

Les anciens salariés de la contractante bénéficient du maintien des garanties du contrat aux mêmes clauses et conditions que les affiliés en activité au sein de la contractante. Toute modification des garanties intervenant au cours de la période de maintien des garanties est applicable aux bénéficiaires de ce maintien.

Ce maintien des garanties s'étend aux ayants droit s'ils sont inscrits au contrat collectif complémentaire santé à la date de cessation du contrat de travail conclu entre l'affilié et la contractante.

Lorsque le contrat souscrit par la contractante prévoit plusieurs formules de garanties, les garanties maintenues au titre des présentes dispositions et pendant toute la durée du maintien des garanties qu'elles prévoient sont celles correspondant à la formule de garanties applicable tant à l'affilié qu'à ses ayants droit inscrits au contrat, à la date de rupture ou de cessation du contrat de travail de l'affilié.

2. PRISE D'EFFET ET DURÉE DU MAINTIEN DES GARANTIES

La prise d'effet du maintien des garanties est fixée à la date de cessation du contrat de travail.

La durée de ce maintien est égale à celle de la période d'indemnisation de l'affilié par l'assurance chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs, conclu(s) entre l'intéressé et la contractante. Cette durée est appréciée en nombre de mois, le cas échéant, arrondie au nombre supérieur. **La durée de ce maintien ne peut toutefois excéder 12 mois.**

Pour les anciens salariés bénéficiant d'un maintien de garanties dans le cadre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale à la date d'effet du contrat, les dispositions suivantes sont applicables :

- le maintien des garanties prend effet à la date d'affiliation au présent contrat,
- la durée de ce maintien est, en tout état de cause, limitée à la durée fixée à la date de cessation du contrat de travail et restant à courir à compter de la date d'affiliation au présent contrat.

3. CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES

Le maintien des garanties cesse :

- à l'issue de la période indiquée au paragraphe 2 ci-dessus,
- si l'affilié est radié des listes des bénéficiaires du régime de l'assurance chômage, à la date à laquelle l'intéressé cesse de bénéficier du régime de l'assurance chômage,

et en tout état de cause :

- à la date de liquidation de la pension d'assurance vieillesse du Régime obligatoire de protection sociale y compris pour inaptitude au travail,
- à la date de résiliation du contrat collectif. Dès que le contrat est résilié, il ne peut être maintenu dans ses effets à titre individuel.

En cas de cessation du maintien des garanties pour l'une des 4 causes mentionnées ci-dessus déclarée à l'assureur, celui-ci adressera aux affiliés considérés répondant aux définitions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, une proposition de maintien de la couverture complémentaire santé, au plus tard dans le délai de 2 mois à compter de la cessation de la période de maintien des garanties à titre temporaire prévu par les présentes dispositions. L'affilié devra accepter la proposition de maintien de la couverture complémentaire santé faite par l'assureur, au plus tard, au terme d'un délai de 6 mois suivant la cessation du maintien des garanties. Dans tous les cas, l'intéressé devra toutefois justifier avoir droit aux prestations en nature du Régime obligatoire de protection sociale à titre obligatoire ou personnel, à la date de cessation du maintien des garanties prévu par les présentes dispositions.

L'entrée en vigueur de la couverture complémentaire santé proposée par l'assureur prendra effet dans les conditions suivantes :

- dès la date d'effet de la cessation du maintien des garanties prévu ci-dessus dans le cadre du contrat collectif, sous réserve du paiement des cotisations correspondantes depuis cette date ;
- le jour de l'acceptation par l'affilié de la proposition de l'assureur, dans le cas contraire.

En outre, le maintien des garanties cesse également :

- dès que l'affilié retrouve un emploi, même à temps partiel, quelle que soit la durée de cette reprise d'activité.

Le maintien des garanties cesse pour les ayants droits comme il est dit ci-dessus pour l'affilié lui-même et en tout état de cause aux dates limites fixées spécifiquement pour chacun d'eux au contrat ainsi qu'en cas de décès de l'affilié. Dans ce dernier cas, les dispositions du paragraphe 5. de l'article 16 des conditions générales concernant les ayants droit survivants sont applicables.

En outre, les garanties maintenues étant celles applicables aux salariés en activité de la contractante affiliés au contrat, le maintien des garanties cesse de plein droit en cas de cessation totale d'activité de l'entreprise contractante par suite de sa liquidation judiciaire.

4. RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

L'affilié doit pouvoir justifier, pendant toute la durée du maintien des garanties de sa prise en charge par le régime de l'assurance chômage. Ainsi à la demande de l'assureur, ou lors de la demande de règlement des prestations, outre les documents prévus au contrat nécessaires à ces règlements, il doit transmettre la justification de sa prise en charge par le régime de l'assurance chômage (dernier décompte des allocations chômage perçues, en principe) et, le cas échéant, celle des indemnités journalières qui lui sont versées par le Régime obligatoire de protection sociale. **À défaut de production de ce justificatif, l'assureur pourra refuser ou suspendre la prise en charge des prestations.**

5. FINANCEMENT DU MAINTIEN DES GARANTIES

Il est précisé qu'aucune cotisation ne peut être réclamée aux anciens salariés de l'entreprise contractante à compter de la date de cessation du contrat de travail qui les liait à cette dernière, pour le financement du maintien des garanties prévu ci-dessus.

6. CAS D'EXCLUSION - RÉVISION DES CONDITIONS DE FINANCEMENT DU MAINTIEN DES GARANTIES

Le maintien des garanties prévu ci-dessus n'est pas accordé, en cas de rupture ou de cessation du contrat de travail intervenant dans les circonstances suivantes :

- lorsque le nombre des salariés de la contractante en activité, affiliés au contrat a déjà été réduit de 20 % au cours de l'année par rapport à celui constaté au 31 décembre de l'année précédente ;
- lorsque la contractante a fait l'objet d'un jugement de redressement judiciaire, ou lorsqu'elle a mis en œuvre un Plan de Sauvegarde de l'Emploi (PSE) ou un Plan de Départ Volontaire de l'entreprise (PDV).

Le maintien des garanties pourra toutefois être accordé moyennant une révision de la cotisation, sous réserve que la demande, accompagnée des pièces justificatives correspondantes, soit adressée à l'assureur 30 jours au moins avant la date de mise en œuvre du PSE ou du PDV ou la date de rupture ou de cessation du contrat de travail de chaque affilié concerné dans les autres cas.

La contractante pourra résilier le contrat, par lettre recommandée, dans un délai de 30 jours à compter de celui où elle a connaissance du refus de l'assureur ou de sa proposition de révision de la cotisation. Le contrat sera résilié un mois après l'envoi de cette lettre ou, sur demande de la contractante, au 31 décembre de l'année en cours à 24 heures. Jusqu'à la date de résiliation, la cotisation calculée à l'ancien tarif reste exigible et le maintien des garanties n'est pas accordé aux salariés affiliés au contrat dont la cessation du contrat de travail qui les liait à l'entreprise contractante intervient dans l'une des circonstances visées ci-dessus.

7. OBLIGATIONS DES BÉNÉFICIAIRES DU PRÉSENT MAINTIEN DES GARANTIES À L'ÉGARD DE L'ASSUREUR

À la date de cessation de leur contrat de travail, les anciens salariés s'engagent à adresser à l'assureur, les documents suivants :

- une copie de leur certificat de travail ;

- une attestation de leur prise en charge par l'assurance chômage (Pôle emploi).

Postérieurement à leur admission au bénéfice du présent maintien des garanties, les intéressés s'engagent à :

- **informer l'assureur, dès qu'ils en ont connaissance, de la cessation du service à leur profit des allocations prévues par le régime de l'assurance chômage, notamment en lui transmettant l'information qui leur a été délivrée par cet organisme ;**
- **déclarer à l'assureur toute reprise de leur part d'une activité professionnelle même à temps partiel et quelle que soit la durée de cette reprise ;**
- **déclarer à l'assureur, la perte par un des membres de leur famille inscrits au contrat, de la qualité d'ayant droit au sens du contrat (en cas de divorce, rupture du PACS, cessation du concubinage, perte par un enfant de la qualité d'enfant à charge au sens du contrat, etc) et ce, dès que l'événement considéré intervient, au moyen de l'imprimé fourni à cet effet par l'assureur.**

8. OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE CONTRACTANTE

8.1 À l'égard de l'assureur

L'entreprise contractante s'engage à déclarer à l'assureur chacun de ses anciens salariés remplissant les conditions de maintien des garanties dans les 10 jours suivant la date de cessation de son contrat de travail.

8.2 À l'égard des bénéficiaires du maintien des garanties à titre temporaire prévu par les présentes dispositions

L'entreprise contractante s'engage également à signaler le présent maintien de garanties sur le certificat de travail remis aux anciens membres de son personnel et à informer ces derniers, par écrit, des modifications apportées à leurs droits et obligations postérieurement à la cessation de leur contrat de travail ainsi que de la résiliation du contrat.

La preuve de la remise des documents correspondant incombe à l'entreprise contractante.

Annexe 3 - Texte réglementaire

Article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale *(dans sa rédaction issue du Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales).*

Les garanties mentionnées à l'article L.871-1 comprennent la prise en charge :

1° De l'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R.322-1 (*ticket modérateur*). Cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées au 6°, 7°, 10° et 14° du même article (*);

2° Si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose cette garantie, des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L.162-5, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité (**) et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité ;

3° Si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, des dépenses d'acquisition de ces dispositifs, à hauteur des minima et dans la limite des maxima fixés ci-dessous incluant la participation des assurés définie au 1° et dans les conditions suivantes :

a) Au minimum à 50 euros et au maximum à 470 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6 et +6 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 dioptries ;

b) Au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c) ;

c) Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6 à +6 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;

d) Au minimum à 125 euros et au maximum à 660 euros par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f) ;

e) Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros par équipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f) ;

f) Au minimum à 200 euros et au maximum à 850 euros par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8 à +8 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4 à +4 dioptries.

Pour l'application des maxima mentionnés ci-dessus, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 150 euros.

Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an ;

4° Du forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L.174-4, sans limitation de durée.

(*) Il s'agit respectivement :

- des médicaments principalement destinés au traitement des troubles ou affections sans caractère habituel de gravité et des médicaments dont le service médical rendu a été classé comme modéré
- des spécialités et préparations homéopathiques prises en charge par les Régimes obligatoires de protection sociale
- des frais de soins thermaux dispensés dans un établissement thermal
- des médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible.

(**) L'article 4 du Décret n° 2014-1374 précité précise :

« Par dérogation aux dispositions prévues au 2° de l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale dans sa rédaction issue du présent décret, la limite de 100 % est portée à 125 % pour les soins délivrés en 2015 et en 2016. »

Assuré d'avancer



Groupama Gan Vie

Société anonyme au capital de 1 371 100 605 euros

RCS Paris 340 427 616 -APE : 6511Z

Siège social : 8-10 rue d'Astorg

75383 Paris Cedex 08 – Tél. : 01.44.56.77.77

Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 61 rue Taitbout - 75009 Paris

Les produits d'assurance de Groupama Gan Vie sont notamment distribués par Gan Assurances et, sous la marque Gan Eurocourtage par les courtiers et Gan Prévoyance