

LES RENFORCÉES

Frais de Santé

Contrat collectif à adhésion obligatoire

CONDITIONS GÉNÉRALES n° 8641/1

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	3
ARTICLE 1. LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA VIE DE VOTRE CONTRAT	4
ARTICLE 2. VOS OBLIGATIONS D'INFORMATIONS	5
ARTICLE 3. L'AFFILIATION DES ASSURÉS ET LA DÉFINITION DE LEURS AYANTS DROIT	5
ARTICLE 4. LA DURÉE DES GARANTIES	7
ARTICLE 5. LES COTISATIONS	9
ARTICLE 6. LES PRESTATIONS	10
ARTICLE 7. LES GÉNÉRALITÉS DE VOTRE CONTRAT	15

PRÉAMBULE

Dans ce contrat, nous utilisons les termes suivants :

Le souscripteur est l'entreprise souscrivant le contrat pour son compte et éventuellement pour celui des sociétés constituant le périmètre de souscription. Il sera désigné par **vous**.

L'organisme assureur est l'Institution de prévoyance qui garantit les risques souscrits. Il sera désigné par **nous**.

Les catégories de personnel renvoient aux catégories de personnel pour lesquelles vous avez conclu ce contrat frais de santé. Elles sont définies aux conditions particulières. Si ces catégories assurées réfèrent à l'Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres (AGIRC), il faut entendre ledit régime tel qu'il existe jusqu'au 31 décembre 2018.

Les assurés sont les salariés et anciens salariés bénéficiaires du contrat, c'est-à-dire appartenant à l'une des catégories de personnel prévue aux conditions particulières.

Les ayants droit sont les membres de la famille d'un assuré pouvant bénéficier des garanties du contrat.

Par conjoint nous entendons :

- l'époux ou l'épouse de l'assuré, non-séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), ni divorcé(e) ;
- ou à défaut, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (pacs) en vigueur dans les conditions fixées par les articles 515-1 et suivants du Code civil ;
- ou à défaut, la personne vivant en couple avec l'assuré au sens de l'article 515-8 du Code civil, sous réserve que l'assuré et son concubin soient libres de tout engagement (mariage ou pacs).

Par **portabilité de la couverture d'assurance** nous entendons le maintien de la garantie frais de santé accordé à vos anciens salariés demandeurs d'emploi et bénéficiaires de ce dispositif en vertu de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

ARTICLE 1. LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA VIE DE VOTRE CONTRAT

1.1. Objet de votre contrat

Votre contrat est un contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire que vous souscrivez auprès de Malakoff Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale.

Il a pour objet de fixer les conditions dans lesquelles nous accordons aux assurés et à leurs ayants droit éventuels, le remboursement, dans la limite des frais réellement engagés de tout ou partie des frais de santé occasionnés en cas d'accident, de maladie ou de maternité.

Votre contrat respecte à la fois les critères qualifiant les contrats de « solidaires et responsables » par référence aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale et les critères de la couverture minimale prévus aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même code, décrits à l'article 6.5.

Votre contrat se compose de deux parties indissociables :

- **les conditions générales** définissant les obligations de chacun ainsi que l'ensemble des garanties que nous proposons ;
- **les conditions particulières** qui comportent notamment :
 - la date d'effet de votre contrat ;
 - la définition de la (ou des) catégorie(s) de personnel assurée(s) ;
 - la nature et le montant des prestations mentionnés dans le tableau de garanties ;
 - les taux des cotisations de votre contrat.

Il peut être complété d'avenants susceptibles de venir modifier ultérieurement les dispositions souscrites.

Votre contrat frais de santé ouvre droit aux garanties d'assistance, assurées par AUXIA Assistance, sous réserve de respecter les dispositions prévues aux conditions générales d'assistance. Le coût de la garantie assistance est inclus dans le montant de la cotisation de votre contrat frais de santé. Son montant respecte le plafond de la doctrine administrative vous permettant de bénéficier des exonérations de cotisations sociales conformément à l'article L.242-1 alinéas 6 à 8 du Code de la sécurité sociale.

Malakoff Humanis Prévoyance et AUXIA Assistance sont soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - ACPR, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09.

1.2. Prise d'effet et renouvellement de votre contrat

Votre contrat prend effet à la date indiquée aux conditions particulières. Il doit nous être retourné signé. Il expire au 31 décembre de l'année en cours et se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année.

1.3. Résiliation annuelle de votre contrat

Votre contrat peut être résilié par chacune des parties au 31 décembre. Une lettre recommandée avec avis de réception doit être envoyée à l'autre partie au moins deux mois avant la fin de l'année, soit au plus tard le 31 octobre. Vous pouvez également procéder à la résiliation dans les mêmes délais par un envoi recommandé électronique.

1.4. Révision de votre contrat

Votre contrat peut être modifié en cours d'année. Les nouvelles conditions prennent alors effet à la date d'effet de l'avenant.

En cas d'instauration ou de modification par les pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toute nature, assises sur les cotisations et/ou en cas de modification de la législation ou de la réglementation impactant les garanties, nous réviserons les garanties et les taux de cotisation de votre contrat.

À compter de l'envoi de la notification vous avez deux mois pour refuser les nouvelles conditions.

En cas d'absence de réponse de votre part et passé ce délai, nous considérerons que vous avez accepté les nouvelles conditions.

Dans le cas contraire, vous devez nous faire part de votre refus en nous envoyant votre demande de résiliation par lettre recommandée avec avis de réception ou par envoi recommandé électronique.

La résiliation du contrat prend alors effet le premier jour du mois civil qui suit la réception de votre demande.

1.5. Votre situation juridique ou économique

Vous devez nous informer de toute transformation intervenant dans votre situation juridique ou économique de façon à nous permettre de :

- maintenir ou adapter les garanties de vos salariés ;
- procéder à la résiliation de votre contrat par lettre recommandée avec avis de réception.

Les taux de cotisation correspondant à vos garanties ne prennent pas en compte les licenciements affectant l'équilibre du contrat, notamment les éventuels plans de sauvegarde de l'emploi.

Par conséquent, dès lors qu'au cours d'un exercice vous avez engagé des procédures de licenciements, et ce quelle qu'en soit la cause, concernant plus de dix salariés et représentant plus de 5 % de l'effectif présent au début de l'exercice civil, vous devrez, dès lors que vous êtes en mesure de le faire, nous le déclarer par lettre recommandée avec avis de réception en mentionnant le nombre de salariés potentiellement concernés décliné par catégorie de personnel assurée ainsi que le calendrier prévisionnel des licenciements.

Au plus tard dans les trente jours suivant la notification des licenciements, une information complémentaire sur le nombre de personnes licenciées en précisant leur catégorie de personnel doit nous être adressée par lettre recommandée avec avis de réception.

Après étude, nous vous informerons de l'impact de ces procédures de licenciement sur l'équilibre technique de votre contrat et sur le montant de vos cotisations.

Celles-ci pourront être revues d'un commun accord, le cas échéant par le versement d'une cotisation exceptionnelle.

À défaut, nous en tiendrons compte dans le cadre de la révision annuelle qui suivra.

1.6. Clause attributive de compétence

Si vous êtes une société commerciale, tout différend sera de la compétence des tribunaux de notre siège social.

ARTICLE 2. VOS OBLIGATIONS D'INFORMATIONS

Les dispositions ci-dessous, obligations déclaratives et obligations déclaratives en fin d'exercice, sont sans objet dès lors que vous nous avez transmis ces données par la voie de la déclaration sociale nominative (DSN) en application de l'article L.133-5-3 du Code de la sécurité sociale.

Toutefois, si les données nécessaires à l'affiliation et à l'enregistrement des garanties n'entrent pas dans le périmètre de la DSN (notamment choix d'option par le salarié, couverture des ayants droit) ou que nous ne traitons pas via la DSN, vous devez nous fournir les documents listés aux articles susvisés.

2.1. Vos obligations déclaratives

Vous vous engagez à affilier tous vos salariés présents et futurs appartenant à la catégorie de personnel assurée et à nous adresser les bulletins individuels d'affiliation complétés et signés par les assurés dans les trente jours suivant leur entrée dans la catégorie de personnel assurée ou dans les trente jours qui suivent tout changement de situation familiale réelle.

Vous devez également, dans un délai de trente jours :

- nous signaler les modifications de situation professionnelle de vos salariés ;
- nous informer de la cessation des contrats de travail déclenchant la portabilité ;
- nous informer du décès de vos salariés ou de la rupture des contrats de travail de vos salariés éligibles au maintien individuel des garanties hors cadre de la portabilité (article 4.5).

2.2. Vos obligations déclaratives en fin d'exercice

Vous nous faites parvenir à la fin de chaque exercice civil, au plus tard au 31 janvier suivant, la liste de vos salariés. Celle-ci doit préciser pour chaque assuré : nom, prénom, date de naissance, numéro d'immatriculation à la Sécurité sociale, situation de famille, date d'entrée et de sortie dans l'exercice.

Vous tenez vos états de personnel à notre disposition pour consultation éventuelle.

2.3. Notice d'information à destination des assurés

Nous vous remettons un exemplaire de la notice d'information que nous avons établie. Il est de votre responsabilité de la remettre aux assurés.

Cette notice définit les garanties souscrites, leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir pour obtenir un remboursement.

La preuve de la remise de la notice d'information ou de toutes modifications des droits et obligations vous incombe.

ARTICLE 3. L'AFFILIATION DES ASSURÉS ET LA DÉFINITION DE LEURS AYANTS DROIT

3.1. Demande d'affiliation

Pour bénéficier des garanties, les assurés doivent compléter et signer un bulletin individuel d'affiliation en indiquant la liste de leurs ayants droit s'il y a lieu. Ils vous remettent leur bulletin accompagné des pièces nécessaires à l'affiliation rappelées sur ce dernier. Vous vous engagez à nous les faire parvenir.

Les assurés doivent vous signaler tout changement de situation familiale par le même document.

Ces documents doivent nous être retournés dans les trente jours qui suivent la date d'affiliation ou la modification de la situation familiale (mariage, naissance, pacs...).

3.2. Fausse déclaration

L'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré ou de votre part de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser notre appréciation. Les cotisations payées nous sont acquises. Nous devons justifier par tous moyens de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration.

3.3. Définition des ayants droit

En fonction de la structure d'affiliation retenue, les ayants droit de l'assuré sont :

- **son conjoint**, tel que défini au préambule ;
- **ses enfants** à charge ou ceux de son conjoint qui remplissent les conditions cumulatives suivantes :
 - être âgés de moins de 21 ans ;
 - bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale du fait de l'affiliation de l'assuré ou de celle de son conjoint ou d'une affiliation personnelle ;
 - être fiscalement à sa charge, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qui perçoivent une pension alimentaire que l'assuré déduit fiscalement de son revenu global.

Cette limite d'âge est portée à 28 ans pour ses enfants qui remplissent l'une des conditions suivantes :

- s'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement moins de 65 % du SMIC ;
- s'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage ;
- s'ils sont inscrits à Pôle emploi comme primo demandeurs d'emploi ou s'ils effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré.

La limite d'âge est supprimée pour ses enfants qui bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des personnes en situation de handicap ou qui sont titulaires de la carte mobilité inclusion portant la mention invalidité prévue à l'article L 241-3 du Code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant la limite d'âge prévue ci-dessus (21 ou 28 ans sous conditions).

- **ses ascendants**, père et mère à charge et ceux de son conjoint :
 - bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale ;
 - fiscalement à sa charge, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qui perçoivent une pension alimentaire que l'assuré déduit fiscalement de son revenu global.

3.4. Structure d'affiliation

Vos cotisations sont déterminées en fonction de la structure d'affiliation choisie :

1. Famille

L'affiliation de l'assuré est obligatoire, elle entraîne de plein droit celle de l'ensemble de ses ayants droit.

2. Assuré seul / famille

L'affiliation de l'assuré est obligatoire.

Celle de ses ayants droit est déterminée en fonction de la situation familiale réelle de celui-ci sauf cas de dispense prévue par la réglementation sociale en vigueur.

L'assuré est donc affilié :

- seul ;
- ou avec l'ensemble de ses ayants droit.

3. Adulte / enfant

L'affiliation de l'assuré est obligatoire.

L'assuré détermine ses ayants droit en fonction de sa situation familiale réelle sauf cas de dispense prévue par la réglementation sociale en vigueur.

4. Assuré seul / duo / famille

L'affiliation de l'assuré est obligatoire.

Celle de ses ayants droit est déterminée en fonction de la situation familiale réelle de celui-ci sauf cas de dispense prévue par la réglementation sociale en vigueur.

L'assuré est donc affilié :

- seul ;
- ou avec un adulte (conjoint ou ascendants à charge) ou un enfant ;
- ou avec l'ensemble de ses ayants droit.

Quelle que soit la structure d'affiliation dont relève l'assuré, le changement au sein de celle-ci est possible uniquement en cas modification de la situation familiale réelle.

ARTICLE 4. LA DURÉE DES GARANTIES

4.1. Prise d'effet des garanties

Sous réserve que la demande d'affiliation nous parvienne dans les trente jours, les garanties prennent effet :

1. Pour les assurés

- à la date d'effet de votre contrat pour tous vos salariés appartenant à la catégorie de personnel assurée à cette date ;
- à la date d'entrée dans la catégorie de personnel assurée (embauche ou promotion) postérieurement à la souscription ;
- au jour de la demande d'affiliation, pour vos salariés qui bénéficiaient d'une dispense d'affiliation.

2. Pour les ayants droit

- à la même date que les garanties de l'assuré ;
- à la date à laquelle ils répondent aux conditions d'ayants droit ;
- au jour où est intervenu le changement de situation familiale (mariage, pacs, naissance...) ou au lendemain de la radiation par le précédent organisme assureur ;
- au jour de la demande d'affiliation, pour ceux qui bénéficiaient d'une dispense d'affiliation.

Au-delà du délai de trente jours, les garanties des assurés et ayants droit prennent effet au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande.

3. Pour vos anciens salariés et leurs ayants droit bénéficiant du maintien des garanties au titre de la portabilité à la date d'effet de votre contrat

Vos anciens salariés et leurs ayants droit éventuels, couverts précédemment par un autre organisme assureur, bénéficient des garanties de votre contrat s'ils continuent à remplir les conditions définies à l'article 4.4.

La portabilité prévue par l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale ne prévoit pas de cotisation à la charge des anciens salariés.

Toutefois, si l'effectif de vos anciens salariés bénéficiaires de la portabilité est supérieur à cinq et qu'il représente plus de 5 % de l'effectif salarié assuré à l'entrée ou qu'il représente plus de 30 % de ce même effectif salarié assuré, nous vous informerons de l'impact éventuel sur l'équilibre technique de votre contrat et sur le montant de vos cotisations.

4.2. Cessation des garanties

1. Pour les assurés

Les garanties cessent :

- à la date d'effet de la résiliation de votre contrat ;
- à la date de suspension du contrat de travail de l'assuré, sauf dispositions de l'article 4.3 ;
- à la date à laquelle il cesse d'appartenir à la catégorie de personnel assurée, sauf en cas de maintien des garanties dans le cadre de la portabilité ;
- à la date à laquelle l'ancien salarié cesse de remplir les conditions lui permettant de bénéficier du maintien de la portabilité, dans la limite fixée par celle-ci ;
- à la date d'effet de la retraite de la Sécurité sociale de l'assuré (sauf dans le cas de cumul emploi-retraite).

En l'absence de déclaration de la radiation d'un assuré de votre part, nous pourrions réclamer le remboursement des sommes indûment versées.

2. Pour les ayants droit

Les garanties cessent à la même date que celles de l'assuré. De plus, les garanties cessent à la date à laquelle les ayants droit ne répondent plus aux conditions prévues pour être définis comme ayants droit.

4.3. Maintien des garanties en cas de contrat de travail suspendu

Les garanties et leurs évolutions continuent à s'appliquer aux assurés dont le contrat de travail est suspendu, s'ils sont :

- bénéficiaires d'un maintien de rémunération de votre part ;

ou

- en arrêt de travail, indemnisés à ce titre par le régime complémentaire que vous financez au moins pour partie.

Les garanties sont maintenues tant qu'ils font partie de vos effectifs.

Les cotisations sont intégralement dues dans les conditions prévues à l'article 5.

4.4. Vos anciens salariés bénéficiant du maintien des garanties dans le cadre de la portabilité

En cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, en dehors du cas de licenciement pour faute lourde, l'assuré bénéficie du maintien de ses garanties.

Ce maintien est également accordé aux ayants droit déclarés de l'assuré qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de la cessation du contrat de travail.

Les droits à garanties doivent avoir été ouverts avant la cessation du contrat de travail.

Le maintien des garanties prend effet au lendemain de la date de cessation du contrat de travail. Vous êtes tenu :

- d'informer vos salariés de leur droit à bénéficier du maintien des garanties dans leur certificat de travail ;
- de nous informer des cessations de contrat de travail déclenchant le droit au maintien, dans un délai de trente jours.

La durée du maintien des garanties est égale à celle de l'indemnisation chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail de l'ancien salarié ou de la durée totale de ses contrats successifs chez un même employeur, appréciée en mois et arrondie au nombre supérieur, dans la limite de douze mois.

En cas de modification du contrat d'assurance, les modifications de garanties sont appliquées à l'ancien salarié et à ses ayants droit.

Le maintien des garanties cesse à :

- la date de cessation du versement des allocations payées par le régime d'assurance chômage ;
- la date d'effet de la retraite Sécurité sociale de l'ancien salarié ;
- l'issue de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié a droit et ce dans la limite de douze mois ;
- la date d'effet de la résiliation de votre contrat.

Toute suspension des allocations-chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de maintien des garanties.

4.5. Maintien individuel des garanties à vos anciens salariés hors portabilité

Après rupture du contrat de travail d'un assuré, ce dernier bénéficiant de prestations d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, ou d'un revenu de remplacement s'il est privé d'emploi et ayant épuisé ses droits à la portabilité, peut demander :

- à bénéficier pour lui seul (à l'exclusion de ses ayants droit) du maintien des garanties figées à la date de rupture de son contrat de travail avec des conditions tarifaires encadrées réglementairement en conformité avec le dispositif de l'article 4 de la « Loi Évin » (contrat loi « Évin ») ;

ou

- à souscrire un contrat adapté à sa nouvelle situation hors du dispositif « Loi Évin » (contrat « d'accueil »).

Au décès du salarié, ses ayants droit qui bénéficiaient des garanties du contrat du fait de son affiliation peuvent également demander à bénéficier d'un maintien desdites garanties (contrat loi « Évin »), ou à souscrire à un contrat adapté à leur nouvelle situation (contrat « d'accueil »).

Le choix effectué par l'assuré ou ses ayants droit doit nous être adressé par écrit.

1. Modalités et prise d'effet du maintien

Vous devez nous informer dans un délai de trente jours :

- de la rupture du contrat de travail d'un salarié, éligible au maintien individuel des garanties ;

ou

- du décès d'un salarié dont les ayants droit sont éligibles audit maintien, afin que nous puissions adresser la proposition de couverture correspondante.

La demande de souscription doit être faite dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail, le terme de la portabilité ou le décès du salarié.

Aucune formalité médicale ou période probatoire ne sera requise.

Les garanties prendront effet le jour de la demande et au plus tôt le lendemain de la rupture du contrat de travail, du terme de la portabilité ou du décès du salarié.

2. Garanties proposées dans le cadre de l'article 4 de la loi « Évin » (contrat loi « Évin »)

Le maintien des garanties aux :

- anciens salariés est viager ;
- ayants droit d'un assuré décédé cesse au terme d'une période de douze mois à compter dudit décès.

Le tarif applicable tiendra compte de la réglementation en vigueur à la date d'effet du maintien.

3. Garanties proposées hors du cadre de l'article 4 de la loi « Évin » (« contrat d'accueil »)

Le contrat qui sera proposé s'adaptera aux besoins de couverture de frais de santé et aux ressources :

- des anciens salariés et le cas échéant leur permettra de couvrir leurs ayants droit ;
- des ayants droit d'un assuré décédé.

Le tarif applicable tiendra compte de ces éléments.

ARTICLE 5. LES COTISATIONS

Tous les contrats de notre gamme PEPS Eco Active Les Renforcées sont réunis en un ensemble homogène de mutualisation.

Toute évolution des cotisations ou des garanties s'appliquera à l'ensemble des contrats relevant du périmètre de mutualisation.

5.1. Montant et révision des cotisations

Les cotisations que vous nous versez sont exprimées en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale, conformément à la structure d'affiliation choisie.

Pour la structure adulte / enfant, au-delà du 2^e enfant, aucune cotisation supplémentaire n'est due.

Les taux de cotisation peuvent évoluer au 1^{er} janvier de chaque année sur décision du conseil d'Administration. Cette évolution tient compte de l'évolution de la consommation médicale et des résultats de notre gamme PEPS Eco Active Les Renforcées ou de votre contrat. Elle tient également compte de l'évolution du plafond annuel de la Sécurité sociale.

Nous vous informons du changement de taux de cotisation avant le 31 octobre. Au cours des deux mois qui suivent, vous avez la possibilité de résilier votre contrat au 31 décembre par lettre recommandée ou recommandé électronique avec avis de réception envoyée à notre siège social.

5.2. Paiement des cotisations

Vos cotisations, y compris les taxes éventuelles, sont payables trimestriellement à terme échu dans les quinze premiers jours de chaque trimestre civil.

Le financement du maintien des garanties prévues par l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale ne peut prévoir de cotisation à la charge des assurés bénéficiaires de la portabilité.

En cas d'affiliation d'un assuré en cours de mois, les cotisations correspondantes sont dues à partir du premier jour du mois civil suivant.

En cas de radiation d'un assuré en cours de mois, les cotisations correspondantes sont dues pour le mois en cours.

Chacun des paiements doit être accompagné de la déclaration trimestrielle mentionnant :

- le nombre d'assurés à la fin du trimestre civil concerné ;
- la ou les base(s) de calcul des cotisations pour la période concernée ;

et pour vos anciens salariés bénéficiant de la portabilité :

- la liste de ceux dont le contrat de travail cesse.

5.3. Recouvrement de vos cotisations

Vous êtes le seul responsable du paiement des cotisations. À ce titre, vous procédez vous-même à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues sur notre bordereau d'appel.

À défaut de paiement de l'intégralité de vos cotisations dans les quinze premiers jours de chaque trimestre civil, une mise en demeure de paiement chiffrée vous est adressée par lettre recommandée avec avis de réception.

Si le paiement n'est pas intervenu :

- les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure ;
- votre contrat est résilié dix jours après la date d'effet de la suspension.

Les cotisations antérieures à la date de résiliation restent dues. Nous avons la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous moyens de droit.

ARTICLE 6. LES PRESTATIONS

6.1. Choix de la garantie

Vous effectuez votre choix parmi l'une des quatre formules suivantes :

- PEPS Eco Active R5
- PEPS Eco Active R6
- PEPS Eco Active R7
- PEPS Eco Active R8

Le choix que vous effectuez s'impose à l'ensemble de vos salariés.

6.2. Définition des prestations

Votre contrat prend en charge l'ensemble des garanties décrites aux conditions particulières. Les garanties indiquées au tableau des garanties sont exprimées en complément du Régime obligatoire de la Sécurité sociale française (RO), sauf indication contraire, et dans la limite des frais engagés.

Votre contrat respecte la législation et la réglementation en vigueur à la date des soins et sera adapté en cas de modification de celles-ci.

Le montant et la date retenus pour les dépenses engagées sont ceux figurant sur le décompte de prestations de la Sécurité sociale française ou sur la facturation pour les actes non pris en charge par la Sécurité sociale.

Les frais doivent avoir été engagés pendant la période de garantie.

Les demandes de prestations doivent nous être adressées dans un délai maximum de deux ans à compter de la date des soins.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré ou de votre part entraînera la nullité de l'assurance et la déchéance de tous droits aux prestations.

6.3. Limites des remboursements

Le total de nos remboursements, de ceux de la Sécurité sociale française et de tout autre organisme complémentaire ainsi que les pénalités financières, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, ne peut excéder le montant des dépenses engagées.

Les forfaits ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Ainsi, un forfait non utilisé sur une année ne sera pas reporté sur l'année suivante.

Nous ne prenons pas en charge :

- **la participation forfaitaire et les franchises annuelles prévues aux paragraphes II et III de l'article L.160-13 du Code de la sécurité sociale ;**
- **la majoration du ticket modérateur restant à la charge de l'assuré en cas de consultations ou visites d'un médecin effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés (sans prescription du médecin traitant ou sans désignation du médecin traitant) en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités ;**
- **les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (non-respect du parcours de soins coordonnés) ;**
- **tout acte pris en charge par des dotations d'État, notamment par la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, ne donne pas lieu à remboursement de notre part, même lorsque la Sécurité sociale a procédé à tort au remboursement. À ce titre, votre contrat ne prend pas en charge les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'Urgence (SMUR) ;**
- **tout équipement optique composé de verres plans, sauf en cas d'atteinte oculaire unilatérale ;**
- **les achats de médicament sur internet non autorisé par l'Agence Régionale de Santé territorialement compétente et non justifié par une facture acquittée (mentions légales du pharmacien, acquittée, datée et signée mentionnant la spécialité délivrée) ;**
- **la cigarette électronique.**

6.4. Forfaits couvrant les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale

Dans le cadre des formules PEPS Eco Active Les Renforcées R5, R6, R7 et R8 vous bénéficiez des forfaits énoncés ci-dessous.

Ces forfaits ne peuvent excéder le montant des dépenses engagées.

1. Spécialités médicales non remboursées

Les spécialités médicales non remboursées comprennent les actes : d'ostéopathe, de chiropracteur, de pédicure-podologue, d'acupuncteur, de diététicien, de psychologue, de psychomotricien et de tabacologue.

Le nombre de séances prévues pour ces spécialités est limité à trois par bénéficiaire et par an.

Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathe dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession. Ils doivent faire enregistrer leur(s) diplôme(s) au sein du répertoire d'automatisation des listes (n°ADELI), système prévu par le Code de la santé publique.

Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union européenne de Chiropraticiens, ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens, et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC). Ils doivent faire enregistrer leur(s) diplôme(s) au sein du répertoire d'automatisation des listes (n°ADELI), système prévu par le Code de la santé publique.

Les acupuncteurs doivent être des médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins et titulaires d'un diplôme d'État appelé « capacité de médecine en acupuncture » ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes titulaires d'un diplôme interuniversitaire.

Pour toutes les spécialités médicales non remboursées par la Sécurité sociale énoncées ci-dessus, notre remboursement est conditionné à la présentation d'une facture établie par le praticien mentionnant le diplôme de celui-ci.

2. Orthodontie non remboursée

Ce forfait par semestre de traitement et par bénéficiaire permet de couvrir les frais orthodontiques non remboursés par la Sécurité sociale, à savoir les frais engagés lors d'un traitement orthodontique ayant débuté après le 16^e anniversaire du bénéficiaire concerné.

Le remboursement est pris en charge sur présentation d'une facture établie par le praticien au nom du bénéficiaire et sur avis de notre chirurgien-dentiste consultant.

3. Médicaments ou pharmacie prescrite non remboursés par la Sécurité sociale

Ce forfait annuel et par bénéficiaire permet de couvrir sur présentation d'une facture acquittée :

- les médicaments à prescription médicale obligatoire (article L.5132-6 du Code de la santé publique) non remboursés par les organismes de sécurité sociale ;
- les médicaments à prescription médicale facultative (article R.5121-202 du Code de la santé publique), prescrits par un médecin ou conseillés par un pharmacien, et non remboursés par les organismes de sécurité sociale.

La facture doit être nominative et préciser le bénéficiaire du traitement ainsi que le nom du/des médicament(s).

4. Sevrage tabagique

Ce forfait annuel et par bénéficiaire permet de couvrir les dépenses liées aux traitements par substituts nicotiques (patch, gomme, pastille, inhalateur...), en complément de celui prévu par la Sécurité Sociale. Pour être pris en charge par nos soins lesdits substituts nicotiques doivent figurer sur la liste de ceux remboursables par la Sécurité Sociale (dont la liste est présente sur le site Ameli.fr). La cigarette électronique n'est pas prise en charge au titre du présent contrat. La demande de remboursement doit être accompagnée d'une prescription médicale et d'une facture nominative (désignation du médicament et du bénéficiaire du traitement) du pharmacien consacré exclusivement aux substituts nicotiques.

6.5. Critères du contrat responsable et de la couverture minimale

Votre contrat est qualifié de contrat « solidaire et responsable ».

Par « solidaire », il faut entendre que les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré.

Par « responsable », il faut entendre que votre contrat répond à l'ensemble des conditions mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

Il respecte en outre les critères de la couverture minimale prévus aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même code.

Conformément à la réglementation, votre contrat prend en charge les niveaux minimums de remboursements suivants :

- l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire, sauf pour les frais de cure thermale, les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15 % ou à 30 % et pour les spécialités et les préparations homéopathiques (ainsi que les honoraires de dispensation en lien avec ces médicaments et spécialités et préparations homéopathiques) ;
- la participation forfaitaire pour les actes mentionnés à l'article R.160-16-1 du Code de la sécurité sociale ;
- la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance lorsqu'elle est associée à la prise en charge d'un équipement d'optique ;
- les prestations 100 % santé ;
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L.174-4 du Code de la sécurité sociale sans limitation de durée.

Votre contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, celle-ci s'effectue **dans la double limite de 100 %** de la base de remboursement et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée **minoré d'un montant égal à 20 %** de la base de remboursement.

Votre contrat prend également en charge, en sus des prestations obligatoires du contrat responsable, les niveaux minimums de remboursements suivants :

- à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base de calcul des prestations d'assurance maladie, les frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dento-faciale pour les actes autres que ceux mentionnés au 5° de l'article R.871-2 ;
- un montant minimum pour les équipements d'optique médicale (verres et monture) de classe B (définie au paragraphe « précisions sur l'application du 100 % santé ») soumis au remboursement de l'assurance maladie, dans la limite des frais exposés par l'assuré.

La majoration de la participation de l'assuré et les dépassements d'honoraires facturables en cas de non-respect du parcours de soins, ne sont pas pris en charge.

Par conséquent, les garanties de votre contrat respectent **les obligations minimales et maximales légales et réglementaires** de prise en charge.

À ce titre, il propose obligatoirement les prestations prévues dans le cadre du 100 % santé en optique, en dentaire et pour les aides auditives dans le respect du calendrier prévu par les textes.

Précisions sur l'application du 100 % santé

1. Optique

A. Généralité

Les évolutions suivantes entreront en vigueur à compter du **1^{er} janvier 2020**.

L'équipement optique est composé de deux verres et d'une monture.

Deux classes d'équipement optique sont ainsi définies :

- **L'équipement optique de « classe A »** est sans reste à charge pour l'assuré : cet équipement est remboursé aux frais réels dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du « 100 % santé » ;
- **L'équipement optique de « classe B »** : cet équipement, est remboursé dans le respect des planchers et plafonds prévus dans le cadre du contrat responsable et dans les limites des garanties mentionnées dans le tableau de garanties.

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

- **soit deux verres de « classe A » et une monture de « classe B » ;**
- **soit deux verres de « classe B » et une monture de « classe A ».**

Le tableau des prestations mentionnant un **forfait dédié** à chaque composante de l'équipement (verres ou monture), la prise en charge s'effectue donc **dans la limite de ces forfaits pour chaque composante**.

Les verres neutres (c'est-à-dire sans correction dont la dioptrie égale à 0) sont exclus, hors condition d'appairage.

Les verres simples, complexes ou très complexes sont ainsi définis :

VERRES SIMPLES
<ul style="list-style-type: none"> - Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ; - Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.
VERRES COMPLEXES
<ul style="list-style-type: none"> - Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ; - Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ; - Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ; - Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.
VERRES TRÈS COMPLEXES
<ul style="list-style-type: none"> - Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ; - Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie* ; - Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

*Sphère supérieure à une dioptrie de I-8DI soit -9D

B. Délais de renouvellement

La périodicité de renouvellement de l'équipement est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'assureur, depuis le 1^{er} janvier 2018.

Bénéficiaires concernés	Bénéficiaires de 16 ans et plus	Bénéficiaires de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation.	- 1 an suivant la dernière facturation ; - 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage.
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + la monture).	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres.
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<ul style="list-style-type: none"> - Variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ; - Variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre) ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres, en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ; - Somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ; - Variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ; - Variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ; - Variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries. 	

Constatation de l'évolution de la vue	- Soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne ; - Soit adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance.	Sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement des verres .	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	Cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 parue au JO du 13/12/2018.	
Constatation de l'évolution de la vue	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière.	

2. Dentaire

Les évolutions suivantes entrent en vigueur en deux temps : à compter du **1^{er} janvier 2020** pour une partie des actes du panier « 100 % santé », puis **au 1^{er} janvier 2021 pour le reste des soins prothétiques dentaires**.

Trois paniers de soins prothétiques sont ainsi définis :

- Un panier « **100 % santé** » (les soins prothétiques dentaires concernés sont définis dans l'arrêté du 24 mai 2019) remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation qui s'imposent aux dentistes ;
- Un panier aux **tarifs maîtrisés / modérés**, remboursé sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation et les garanties prévues dans le tableau de garanties ;
- Un panier aux **tarifs libres**, permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués, remboursé dans la limite des garanties prévues dans le tableau de garanties.

3. Aide auditive

Les évolutions suivantes entrent en vigueur à **compter du 1^{er} janvier 2021**.

Deux classes d'équipement auditif sont ainsi définies :

- L'équipement auditif de « **classe I** » sans reste à charge : cet équipement est remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100 % santé ;
- L'équipement auditif de « **classe II** » : cet équipement auditif est remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de garanties, qui respectent le plafond de 1 700 euros prévu dans le cadre du contrat responsable. Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires. En revanche, ce plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

La prise en charge d'une aide auditive par oreille **est limitée à une aide auditive tous les quatre ans** suivant la date de facturation de l'aide auditive, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'assureur, depuis le 1^{er} janvier 2017. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

6.6. Majoration des prothèses dentaires

Si l'assuré n'a pas bénéficié de remboursement au titre du poste « prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale » pendant trois ans consécutifs, une majoration, décrite au tableau des garanties, pourra lui être accordée sur le prochain remboursement. Il en est de même pour chacun de ses ayants droit.

Nous recommandons à l'assuré de faire réaliser par son chirurgien-dentiste un devis et de nous le présenter par la suite.

Le montant de la prestation que nous versons respecte les minima de la couverture minimale prévus à l'article D.911-1 du Code de la sécurité sociale.

6.7. Réseau de professionnels de santé

Nous pouvons passer des conventions particulières avec les praticiens et les établissements de santé.

Nous avons notamment conclu un accord auprès d'opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes constituant un réseau pouvant permettre aux bénéficiaires de bénéficier d'avantages lorsque les dépenses y sont engagées.

En outre les bénéficiaires profitent des tarifs négociés sur la chambre particulière au sein du réseau des hôpitaux adhérents au conventionnement hospitalier mutualiste.

La liste des professionnels de santé appartenant à notre réseau est disponible sur notre site internet : www.malakoffhumanis.com.

Si le contrat le prévoit, des prestations plus élevées peuvent être accordées pour les dépenses engagées dans le réseau aux bénéficiaires qui ont recours au tiers payant. Ces prestations dans le réseau ne sont pas cumulables avec celles hors réseau.

En tout état de cause, les bénéficiaires conservent le libre choix de leur praticien.

6.8. Tiers payant

Votre contrat permet à l'assuré et à ses ayants droit éventuels de bénéficier du mécanisme de tiers payant (dispense d'avance de frais) sur les actes pratiqués par les professionnels de santé au moins à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Au-delà, le bénéfice du tiers payant peut être conditionné au respect par le professionnel de santé de tarifs maximum ainsi que des tarifs contractuels, le cas échéant, dans des réseaux.

Il est rappelé que la carte de tiers payant que nous vous délivrons doit nous être restituée sans délai lorsque l'assuré est radié des effectifs de votre entreprise.

6.9. Contrôle médical

Nous pouvons effectuer un contrôle pour tout assuré demandant des prestations au titre des garanties de votre contrat, avant ou après le paiement des prestations.

Nous pouvons avoir recours à une expertise médicale effectuée par un professionnel de santé de notre choix, dont les honoraires sont à notre charge. Si l'assuré refuse de se soumettre à cette expertise, les actes, prescriptions et généralement toutes dépenses faisant l'objet de la demande d'expertise ne donneront pas lieu à prise en charge.

En cas de contestation du résultat de l'expertise, l'assuré devra adresser à notre médecin-conseil ou dentiste consultant, dans les trente jours suivant la notification, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant l'objet de la contestation et joindre des éléments médicaux argumentés.

Si le désaccord persiste, il sera formé une commission d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins, un troisième désigné par leurs soins ou, s'ils n'ont pu s'accorder, par le président du tribunal de grande instance de la résidence de l'assuré, sur requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que les frais de sa désignation sont supportés à parts égales par les deux parties.

En fonction des conclusions, nous pourrions ne pas assurer la prise en charge ou réclamer la restitution des sommes indûment versées.

6.10. Reprise des indus

En cas de reprise à l'assuré d'un remboursement effectué à tort par la Sécurité sociale, nous nous réservons le droit de réclamer à l'assuré les prestations indûment versées.

ARTICLE 7. LES GÉNÉRALITÉS DE VOTRE CONTRAT

7.1. Pièces justificatives

Le paiement des prestations est subordonné à la réception des pièces justificatives.

Nous pourrions demander la transmission des originaux de toutes pièces permettant de justifier la dépense réelle engagée afin de contrôler la réalité et le montant des prestations.

Dans l'attente de l'obtention de ces pièces, nous nous réservons le droit de suspendre le remboursement des prestations.

Si nous avons déjà procédé au remboursement, nous serons en droit de demander la restitution des sommes réglées indûment :

- dans le cas où les pièces demandées ne sont pas fournies par l'assuré dans un délai d'un mois après la demande ;
- dans le cas où les pièces retournées par l'assuré ne permettent pas de confirmer le caractère régulier et légitime du remboursement.

7.2. Prescription

Les actions relatives à votre contrat sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

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

Lorsque vous, l'assuré ou ses ayants droit intentez une action en justice à notre encontre et que celle-ci a pour fondement le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court qu'à compter du jour où ce tiers a lui-même exercé l'action en justice à votre encontre, celle de l'assuré ou de ses ayants droit ou a été indemnisé par vos soins, l'assuré ou ses ayants droit.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun que sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait prévue à l'article 2240 du Code civil ;
- la demande en justice, même en référé, prévue de l'article 2241 à 2243 de ce même code ;
- un acte d'exécution forcée prévu de l'article 2244 à 2246 de ce même code.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou d'un envoi recommandé électronique, avec avis de réception soit que nous vous adressons en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit que l'assuré ou ses ayants droit éventuels nous adresse(nt) en ce qui concerne le règlement de la prestation.

7.3. Territorialité et mobilité des assurés à l'étranger

Sauf mention particulière aux conditions particulières, votre activité est réputée s'exercer en France métropolitaine.

Les garanties sont acquises aux assurés exerçant leur activité sur le territoire français ou hors de ce territoire **lors de déplacements privés ou professionnels de moins de trois mois ou à l'occasion d'un détachement au sens des articles L.761-1 et 2 du Code de la sécurité sociale**, et dans les conditions prévues ci-après.

De ce fait, les présentes Conditions générales ne permettent pas la souscription d'un contrat bénéficiant aux salariés expatriés.

Les soins effectués à l'étranger **peuvent être remboursés aux trois conditions cumulatives suivantes** :

- de survenir dans l'une des situations définies ci-dessus ;
- d'avoir fait l'objet d'un remboursement préalable par la Sécurité sociale française ;
- d'avoir été engagés en cas d'urgence, de manière inopinée et non programmée.

Les remboursements complémentaires, établis en fonction de la codification des actes médicaux fixée par la Sécurité sociale française, sont effectués en euros, dans la limite des garanties. Le remboursement des soins médicaux pratiqués à l'étranger est aligné sur celui des médecins non-signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

Les dépenses réelles prises en considération pour le calcul des prestations complémentaires sont plafonnées à hauteur du prix pratiqué en France pour des actes et des soins équivalents.

7.4. Subrogation

Lorsque l'assuré ou un ayant droit est atteint d'une affection ou est victime d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, nous disposons d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son assureur.

L'assuré concerné est tenu de nous en informer lors des formalités de demande de prestations.

7.5. Réclamation - Médiation

En cas de difficultés dans l'application de votre contrat, vous, l'assuré et/ou ses ayants droit pouvez contacter dans un premier temps votre conseiller ou contact habituel.

Si la demande ne trouve pas satisfaction, la réclamation peut être adressée comme suit :

- pour vous : reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse du Service Réclamations Entreprises Assurance - 78288 Guyancourt Cedex ;
- pour les assurés et ses ayants droit : reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse du Service Réclamations Particuliers Assurance - 78288 Guyancourt Cedex.

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif à vos garanties n'a pu être trouvée, vous, l'assuré et/ou ses ayants droit pouvez, sans préjudice du droit d'agir en justice, vous adresser au médiateur de la Protection Sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance - CTIP), à l'adresse suivante :

M. le médiateur de la protection sociale CTIP, 10 rue Cambacérès, 75008 Paris ou par voie électronique : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>.

7.6. Informatique et libertés

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n° 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'assuré et les bénéficiaires sont informés par « Malakoff Humanis Prévoyance », ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

Malakoff Humanis a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Malakoff Humanis ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- la gestion des avis de l'assuré et des bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'assuré et les bénéficiaires ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification de l'assuré et des bénéficiaires ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ;
- la proposition à l'assuré et aux bénéficiaires de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'assuré et des bénéficiaires.

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'assuré et des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, en sa qualité d'organisme d'assurance, Malakoff Humanis utilise le NIR (dénommé couramment « numéro de sécurité sociale ») de l'assuré et des bénéficiaires pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique de l'assuré et des bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de Malakoff Humanis dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé de l'assuré et des bénéficiaires sont destinées au Service médical de Malakoff Humanis et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

Malakoff Humanis s'engage à ce que les données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré et des bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Si des données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, Malakoff Humanis s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec l'assuré et les bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de Malakoff Humanis et des prescriptions légales applicables.

Malakoff Humanis et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'assuré et des bénéficiaires et (2) à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. L'assuré et les bénéficiaires disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. L'assuré et les bénéficiaires disposent également d'un droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

En cas de réclamation relative à la protection des données, l'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 Paris Cedex 07.

L'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.



MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale
Siège : 21 rue Laffitte - 75009 Paris - N° SIREN 775 691 181

Une institution de prévoyance du groupe Malakoff Humanis
21 rue Laffitte - 75009 Paris

malakoffhumanis.com



AUXIA ASSISTANCE

SA au capital de 1 780 000 €

Entreprise régie par le Code des assurances

Siège social : 21 rue Laffitte - 75009 Paris

351 733 761 RCS Paris

