



# CONDITIONS GÉNÉRALES

Version Janvier 2016

## Notice d'information du Contrat Collectif

N° XXXXXXXX

(valant Conditions Générales)

Souscrit par l'A.R.E.P.SA., Association pour la Retraite, l'Épargne et la Prévoyance des Salariés,  
sise 71 Boulevard Gouvion-Saint-Cyr – 75017 PARIS  
auprès de XXX  
et géré par CIPRÉS vie marque de CIPRÉS Assurances - 37, rue Anatole France - 92532 LEVALLOIS-PERRET  
CEDEX - RCS 552 068 199 - N° ORIAS : 07 000 398



## Sommaire

<b>Chapitre 1. DISPOSITIONS GENERALES</b> .....	3
Article 1.1. PREAMBULE.....	3
Article 1.2. OBJET DU CONTRAT.....	3
Article 1.3. TERRITORIALITE.....	3
Article 1.4. RESILIATION DU CONTRAT.....	3
Article 1.5. BASES LEGALES.....	3
1.5.1. Prescription.....	3
1.5.2. Informatique et libertés.....	4
1.5.3. Réclamation – Médiation.....	4
Article 1.6. BENEFICIAIRES.....	4
<b>Chapitre 2. ADHESION</b> .....	4
Article 2.1. CARACTERE OBLIGATOIRE.....	4
Article 2.2. MODALITES D'ADHESION.....	4
2.2.1 Garanties.....	4
2.2.2 Base de calcul de la cotisation.....	4
Article 2.3. EFFET ET RENOUELEMENT DE L'ADHESION.....	5
Article 2.4. RESILIATION DE L'ADHESION.....	5
2.4.1. Résiliation par l'adhérent.....	5
2.4.2. Résiliation par l'assureur ou le gestionnaire.....	5
2.4.3. Effets de la résiliation.....	5
Article 2.5. NULLITE DE L'ADHESION.....	5
Article 2.6. OBLIGATIONS DE L'ADHERENT.....	5
<b>Chapitre 3. AFFILIATION DES ASSURES</b> .....	5
Article 3.1. MODALITES D'AFFILIATION DES ASSURES.....	5
Article 3.2. DEBUT DES GARANTIES A L'EGARD DE CHAQUE ASSURE.....	6
Article 3.3. SUSPENSION DES GARANTIES.....	6
Article 3.4. FIN DES GARANTIES A L'EGARD DE CHAQUE ASSURE.....	6
<b>Chapitre 4. GARANTIES ET PRESTATIONS</b> .....	6
Article 4.1. TERMINOLOGIE.....	6
Article 4.2. OBJET DES GARANTIES.....	7
4.2.1 Actes non conventionnés.....	7
4.2.2 Forfait journalier.....	7
4.2.3 - Frais de séjour.....	7
4.2.4 Chambre particulière.....	7
4.2.5 Maternité.....	7
4.2.6 Cure thermale.....	7
4.2.7 Dentaire.....	7
4.2.8 Optique.....	7
Article 4.3. OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS.....	7
Article 4.4. REGLEMENT DES PRESTATIONS.....	7
Article 4.5. PLURALITE D'ASSUREURS.....	8
Article 4.6. CONTRÔLE.....	8
Article 4.7. SUBROGATION.....	8
<b>Chapitre 5. COTISATIONS</b> .....	8
Article 5.1. BASE DES COTISATIONS.....	8
Article 5.2. PAIEMENT DES COTISATIONS.....	8
Article 5.3. NON-PAIEMENT DES COTISATIONS.....	8
Article 5.4. INDEXATION ET MAJORATION DES COTISATIONS.....	8
Article 5.5. REVISION DES COTISATIONS.....	8
<b>Chapitre 6. MAINTIEN DES GARANTIES « LOI EVIN »</b> .....	9
Article 6.1. CONDITIONS DU « MAINTIEN DES GARANTIES LOI EVIN ».....	9
Article 6.2. AFFILIATION.....	9
Article 6.3. CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE.....	9
Article 6.4. DURÉE DU « MAINTIEN DE GARANTIES LOI EVIN ».....	9
<b>Chapitre 7. PORTABILITE « ANI »</b> .....	9
Article 7.1. OBJET DE LA PORTABILITE DES GARANTIES.....	9
Article 7.2. EFFET DES GARANTIES.....	9
Article 7.3. DUREE DE LA COUVERTURE.....	9
Article 7.4. OBLIGATIONS DU SALARIE ELIGIBLE A LA PORTABILITE.....	9
Article 7.5. CESSATION DE LA PORTABILITE DES GARANTIES.....	9
Article 7.6. GARANTIES ACCORDEES.....	9
Article 7.7. MODIFICATION DE L'ADHESION.....	9
Article 7.8. COTISATIONS.....	10
Article 7.9. RETOUR A L'EMPLOI.....	10

## Chapitre 1. DISPOSITIONS GENERALES

### Article 1.1. PREAMBULE

Dans le texte ci-après, le terme :

« **Souscripteur** » : désigne l'A.R.E.P.S.A., souscripteur du contrat.

« **Assureur** » : désigne l'organisme désigné à l'Article 1 du Certificat d'Adhésion.

« **Adhérent** » : désigne l'entreprise adhérente, membre de l'A.R.E.P.S.A., et dont le siège social ou un établissement se situe en France métropolitaine ou à la Réunion.

Par exception, les entreprises dont le siège social est situé dans un pays de l'Espace Economique Européen (E.E.E.) ou en Suisse et n'ayant pas d'établissement en France métropolitaine ou à la Réunion peuvent adhérer au présent contrat afin de couvrir leur personnel travaillant en France métropolitaine ou à la Réunion.

Les dites entreprises doivent obligatoirement être domiciliées

- chez un expert comptable inscrit à l'Ordre des Experts comptables

- ou chez tout autre conseil agréé mandaté par l'Entreprise adhérente établi en France métropolitaine ou à la Réunion.

« **Assuré** » : désigne le salarié de l'adhérent après acceptation de l'assureur, affilié au Régime Obligatoire défini ci-dessous et appartenant à la catégorie « bénéficiaires » désignée au Certificat d'Adhésion.

« **Gestionnaire** » : désigne CIPRES, mandaté par le souscripteur pour la conception et la souscription du contrat, et par l'assureur pour la gestion de celui-ci.

« **Certificat d'adhésion** » désigne les conditions particulières retenues par l'adhérent au titre du contrat.

« **Régime obligatoire** » : désigne le régime général (ou local) des salariés non agricoles de la Sécurité sociale française.

« **Acte fondateur** » : désigne l'accord collectif conventionnel, l'accord d'entreprise, l'accord référendaire ou la décision unilatérale de l'employeur, définissant les conditions dans lesquelles le présent contrat est mis en place dans l'entreprise, en application de l'article L.911-1 du Code de la Sécurité sociale.

« **Régime de base** » : désigne le régime à adhésion obligatoire souscrit par l'employeur auprès de CIPRES au bénéfice de ses salariés, mis en place en application de l'acte fondateur, garantissant le remboursement des frais de santé en complément du régime obligatoire, formalisé dans le présent contrat.

### Article 1.2. OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet la mise en œuvre des garanties «frais de santé» dans un cadre collectif et obligatoire au profit de l'ensemble des membres du personnel répondant aux conditions d'admission du chapitre « ADHESION ET AFFILIATION », et appartenant à la catégorie de personnel mentionnée sur le Certificat d'Adhésion.

Des garanties surcomplémentaires pourront être proposées par l'assureur dans le cadre d'un contrat distinct, à adhésion facultative.

### Article 1.3. TERRITORIALITE

• Les garanties s'appliquent pour les soins ou traitements pratiqués en France

• Les soins et traitements pratiqués à l'étranger ne sont pas pris en charge par l'assureur sauf lorsqu'ils ont dû être exécutés à l'étranger en cas d'urgence au cours d'un séjour ou voyage de moins de 3 mois consécutifs en quelque pays que ce soit. En tout état de cause, cette prise en charge ne peut intervenir que dans la mesure où le régime obligatoire a lui-même pris en charge les frais considérés et selon la codification qu'il a appliquée.

• Les garanties du contrat s'appliquent aux salariés frontaliers (qui travaillent en France mais résident dans un pays frontalier à la France), affiliés au régime obligatoire, pour les soins pratiqués dans leur pays de résidence. Ces soins sont alors pris en charge sur la base des barèmes qui ont servis de base au remboursement du régime obligatoire français

• Il est rappelé que les salariés expatriés à l'étranger dont le contrat de travail est suspendu ne répondent plus à la définition contractuelle de la catégorie assurée.

### Article 1.4. RESILIATION DU CONTRAT

En cas de résiliation du contrat, les adhésions en cours à la date d'effet de la résiliation du contrat continuent à produire leurs effets.

Aucune nouvelle adhésion n'est possible au-delà de la date d'effet de la résiliation du contrat.

Le souscripteur a toutefois la possibilité de transférer toutes les adhésions en cours à la date d'effet de la résiliation du contrat auprès d'un nouvel assureur, à garanties et conditions strictement identiques.

### Article 1.5. BASES LEGALES

Le contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire est régi par le Code des assurances.

L'assureur et le gestionnaire sont contrôlés par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 61 rue Taitbout – 75009 PARIS.

Les déclarations de l'adhérent et des assurés servent de base aux garanties du contrat.

Ce contrat satisfait aux conditions exigées par les Pouvoirs publics pour répondre à la définition de :

• **“Contrat solidaire”**

Par “contrat solidaire”, on entend un contrat Frais de santé dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'affilié et pour lequel l'affiliation des salariés n'est soumise à aucune formalité médicale.

• **“Contrat responsable”**.

Par “contrat responsable”, on entend un contrat Frais de santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et les textes publiés ultérieurement pas les Pouvoirs Publics pour l'application dudit article.

• **“Contrat ANI-compatible”**

Ce contrat satisfait aux obligations découlant de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale et à ses différents textes d'application.

En cas d'évolution législative ou réglementaire, le présent contrat sera automatiquement adapté par l'assureur afin de rester en conformité avec le droit français.

#### 1.5.1. Prescription

**Article L.114-1 du Code des assurances** : « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance 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 sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »

**Article L.114-2 du Code des assurances** : « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énumérées aux articles 2240 et suivants du Code Civil. Il s'agit notamment de :

• la reconnaissance par le débiteur du droit du poursuivant (article 2240 du Code civil)

• la citation en justice, même en référé. Il en est de même lorsqu'elle 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 (article 2241 du Code civil) ;

- l'interruption résultant de la demande en justice jusqu'à l'extinction de l'instance (article 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 (article 2244 du Code civil).

### 1.5.2. Informatique et libertés

Les informations concernant l'assuré sont utilisées conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 telle que modifiée par la loi 2004-801 du 6 août 2004. Elles sont exclusivement communiquées aux services de l'assureur et, le cas échéant, aux mandataires de ce dernier, aux réassureurs ou organismes professionnels concernés par le contrat.

L'assuré peut accéder aux informations le concernant et demander de procéder aux rectifications nécessaires et à leur suppression auprès du :

« **Service Clients CIPRES** »

**37, rue Anatole France - 92532 LEVALLOIS PERRET CEDEX**  
e-mail : [contact@cipres.fr](mailto:contact@cipres.fr)

### 1.5.3. Réclamation – Médiation

En cas de difficulté dans l'application des dispositions de la présente adhésion, l'assuré peut également s'adresser au Service Clients CIPRES qui l'aidera à rechercher une solution.

« **Service traitements des réclamations CIPRES** »

**37, rue Anatole France - 92300 Levallois-Perret**  
e-mail : [reclamation@cipres.fr](mailto:reclamation@cipres.fr)

Si un accord n'est pas ainsi trouvé, l'Adhérent pourra demander un avis au médiateur. Le médiateur, personnalité extérieure à CIPRES Assurances, rend son avis en toute indépendance.

Les modalités de la saisine du médiateur sont adressées sur simple demande auprès du Service de traitement des réclamations dont l'adresse figure ci-dessus.

En cas de désaccord persistant, le recours à une action en justice reste toujours possible. Toutes contestations éventuelles à défaut d'accord amiable sont de la compétence des tribunaux civils français.

### Article 1.6. BÉNÉFICIAIRES

Au titre du présent contrat, le terme « bénéficiaire » recouvre indifféremment, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante :

- l'assuré lui-même,
- le **conjoint** non divorcé et non séparé de corps judiciairement, ou **la personne liée par un Pacte civil de solidarité** (PACS : contrat conclu par deux personnes physiques majeures pour organiser leur vie commune au sens de l'article 515-1 du code civil), ou **la personne vivant en concubinage** avec l'assuré sous réserve que l'assuré et son concubin soient libres de tout lien matrimonial c'est à dire célibataires, veufs ou divorcés, et n'aient pas conclu de PACS (*le concubinage est une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes physiques majeures qui vivent en couple*), bénéficiant du régime obligatoire, du fait de l'adhésion de l'assuré ou d'une adhésion personnelle.
- les enfants à charge de l'assuré, de son conjoint, à défaut de son partenaire de PACS ou de son concubin tels que définis précédemment, sous réserve :

D'une part :

1. Qu'ils soient âgés de moins de 21 ans, scolarisés ou étudiants
2. Qu'ils soient âgés de moins de 28 ans sous réserve d'une des conditions suivantes :
  - Qu'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant leurs études ou emploi dont la rémunération mensuelle est supérieure à 65% du SMIC
  - Qu'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage
  - Qu'ils soient inscrits au Pôle emploi comme primo demandeur d'emploi ou effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré

3. Quel que soit leur âge, qu'ils bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des Handicapés ou qu'ils soient titulaires de la carte d'invalidité prévue par l'article L 241-3 du code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21ème anniversaire ou leur 28ème anniversaire s'ils poursuivent des études.

Et d'autre part (dans tous les cas 1, 2 ou 3 ci-dessus) qu'ils bénéficient du régime obligatoire du fait de l'affiliation de l'assuré, de son conjoint, de son partenaire de PACS, de son concubin ou d'une affiliation personnelle.

## Chapitre 2. ADHESION

L'adhésion au contrat est proposée aux entreprises employant du personnel salarié relevant du régime obligatoire.

### Article 2.1. CARACTERE OBLIGATOIRE

Chaque adhérent déclare l'adhésion au régime de base OBLIGATOIRE au sens de l'article L.911-1 du Code de la Sécurité sociale.

Ses salariés étant garantis collectivement :

- soit sur la base d'une convention ou d'un accord collectif,
- soit à la suite de la ratification par la majorité des intéressés d'un projet d'accord par le chef d'entreprise,
- soit par décision unilatérale de l'employeur signifié par écrit à chaque salarié.

Il s'applique à l'ensemble des salariés relevant de la catégorie objective mentionnée sur le Certificat d'Adhésion.

Ce personnel doit être en activité professionnelle effective à la date de leur affiliation.

L'adhérent s'engage à affilier tous ses salariés entrant dans le champ d'application défini ci-dessus.

### Article 2.2. MODALITES D'ADHESION

L'adhésion au contrat se fait en complétant une Demande d'Adhésion Entreprise (DAE), remise à l'assureur.

L'assuré doit compléter une Demande Individuelle d'Affiliation (DIA) et satisfaire aux modalités d'affiliation précisées à l'article 3.1 des présentes conditions générales.

L'adhésion définitive ne pourra avoir lieu qu'après accomplissement de toutes les formalités demandées à l'assureur.

**Seuls les documents enregistrés par l'assureur font foi.**

#### 2.2.1 Garanties

A l'adhésion, l'adhérent choisit un niveau de garanties parmi ceux qui lui sont proposés. Le niveau choisi est indiqué au Certificat d'Adhésion.

#### 2.2.2 Base de calcul de la cotisation

A l'adhésion, l'adhérent opte pour la structure de cotisation de son choix parmi celles qui lui sont proposées selon les structures suivantes :

- **UNIFORME** : la cotisation est déterminée pour chaque assuré quelle que soit sa situation de famille.
- **ADULTE/ENFANT** : la cotisation est déterminée pour chaque Adulte et pour chaque Enfant bénéficiant du contrat.
- **ISOLE/FAMILLE** : la cotisation dépend de la situation de famille de l'assuré :
  - ISOLE si l'assuré est célibataire sans ayant droit
  - FAMILLE si l'assuré a au moins un conjoint ou partenaire de pacs ou concubin ou 1 enfant à charge,
- **ISOLE / DUO / FAMILLE** : la cotisation dépend de la situation de famille de l'assuré :
  - ISOLE si l'assuré est célibataire, sans conjoint ou partenaire de pacs ou concubin et sans enfant
  - DUO si l'assuré a un conjoint ou partenaire de pacs ou concubin, et aucun enfant à charge ou si l'assuré est un

parent isolé avec 1 enfant à charge  
 - FAMILLE si l'assuré a un conjoint ou partenaire de pacs ou concubin et au moins 1 enfant à charge, ou si l'assuré est un parent isolé avec au moins 2 enfants à charge.

Si l'acte fondateur du régime prévoit l'adhésion **obligatoire** des ayants droit, le salarié devra acquitter une cotisation correspondant à sa situation de famille réelle.

A défaut, si l'acte fondateur du régime prévoit l'adhésion **facultative** des ayants droit, le salarié cotisera en fonction des ayants droit qu'il aura choisi de faire adhérer au régime.

#### Article 2.3. EFFET ET RENOUELEMENT DE L'ADHESION

L'adhésion prend effet à la date indiquée au Certificat d'Adhésion. Elle est renouvelable au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'adhérent ou l'assureur, ou résiliation du contrat.

#### Article 2.4. RESILIATION DE L'ADHESION

##### 2.4.1. Résiliation par l'adhérent

Pour être recevable, la résiliation de l'adhésion doit être notifiée par lettre recommandée adressée au gestionnaire au moins 2 mois avant la date de renouvellement.

##### 2.4.2. Résiliation par l'assureur ou le gestionnaire

La résiliation de l'adhésion par l'assureur ou le gestionnaire doit être signifiée par lettre recommandée moyennant un délai de préavis qui ne peut être inférieur à deux mois avant son échéance annuelle. Cette résiliation est à effet de l'échéance annuelle de l'adhésion en cas de non-acceptation par l'adhérent des tarifs présentés lors du renouvellement annuel du contrat.

Elle peut être signifiée sans préavis :

- en cas de non-paiement des cotisations, conformément aux dispositions de l'article « RÉVISION DES COTISATIONS »,
- avec effet immédiat, en cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent de nature à affecter l'appréciation de l'importance du risque ou le montant des sommes dues.

##### 2.4.3. Effets de la résiliation

La résiliation de l'adhésion fait cesser les garanties pour les risques survenus postérieurement à la date d'effet de la résiliation.

Aucune nouvelle affiliation n'est possible au-delà de la date d'effet de la résiliation.

Toutefois, l'assureur reste engagé sur les dépenses de santé effectuées entre la date d'adhésion au contrat et la date d'effet de la résiliation, et ce jusqu'à leur liquidation complète sous réserve du paiement des cotisations afférentes à cette période et que les justificatifs de ces dépenses soient portés à sa connaissance dans les 24 mois suivant la date d'effet de la résiliation.

Lorsque l'adhésion résiliée n'est pas remplacée par de nouvelles garanties couvrant le même risque, l'assuré peut souscrire, dans les deux mois qui suivent la résiliation de l'adhésion, une garantie à affiliation individuelle éventuellement proposée par l'assureur. Ces garanties sont accordées sans délai de carence ni examen ou questionnaire médical.

#### Article 2.5. NULLITE DE L'ADHESION

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent, de nature à affecter l'appréciation par l'assureur du risque apporté, du montant des cotisations dues ou du montant des prestations dues, l'adhésion est annulée de plein droit, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur le sinistre.

L'adhérent ne peut prétendre à aucun remboursement de cotisation. Dans le cas où les faits délictueux seraient constatés après le versement des prestations, l'assureur ou le gestionnaire en poursuit le recouvrement.

**Article L. 113-8 du Code des assurances** : « Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie. »

**Article L. 113-9 du Code des assurances** : « L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.

Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés. »

#### Article 2.6. OBLIGATIONS DE L'ADHERENT

L'Adhérent doit :

- faire bénéficier des garanties souscrites, chaque membre du personnel salarié appartenant à la catégorie objective mentionnée au Certificat d'Adhésion, sous contrat de travail à la date d'effet du contrat ou prenant ultérieurement ses fonctions et relevant du régime obligatoire ;
- remettre à chaque salarié le bulletin individuel d'affiliation et la notice résumant ses droits et obligations ;
- informer les salariés des modifications qu'il est prévu d'apporter à leurs droits et obligations dans les 3 mois qui suivent lesdites modifications. La preuve de la remise de la notice aux salariés et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'adhérent ;
- fournir au gestionnaire, à l'adhésion puis, ensuite, dans les trois mois suivant chaque renouvellement annuel de la souscription, un état des effectifs du groupe assuré
- informer dans les 48 heures l'assureur via le gestionnaire de la rupture du contrat de travail de tout salarié affilié, en précisant la date de prise d'effet de la rupture ;
- informer l'assureur via le gestionnaire, à sa demande, des mouvements d'effectifs intervenus chaque mois, à l'aide d'un formulaire prévu à cet effet ;
- informer l'Assureur via le gestionnaire de toute demande de prestations faisant suite à un **accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers**, l'Assureur étant subrogé de plein droit aux bénéficiaires des prestations victimes d'un accident dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses supportées
- tenir un état des affiliations à la disposition du gestionnaire pour toute consultation éventuelle ;
- régler au gestionnaire les cotisations dues selon la périodicité fixée au Certificat d'Adhésion et dans les délais mentionnés à l'article « PAIEMENT DES COTISATIONS » ci-après.

• L'Adhérent s'engage à faire parvenir au gestionnaire :

**Dans les 10 jours suivant la fin de chaque trimestre civil**

- les bordereaux de cotisations qui lui auront été adressés, accompagnés du règlement des cotisations,
- les mouvements de personnel intervenus (entrée –sortie) pendant le trimestre civil écoulé ;

**Avant le 28 février de chaque année,**

- la liste des salariés affiliés au contrat pour l'exercice antérieur (DADS) précisant pour chaque assuré :
  - nom et prénom,
  - date de naissance,
  - situation de famille,
  - éventuellement la date de sortie ou d'entrée dans l'entreprise ou dans un collège salarial mentionné au Certificat d'Adhésion.

## **Chapitre 3. AFFILIATION DES ASSURES**

#### Article 3.1. MODALITES D'AFFILIATION DES ASSURES

Les salariés relevant de la catégorie objective mentionnée au

Certificat d'Adhésion sont affiliés conformément aux conditions définies dans l'acte fondateur du régime.

Aucune formalité médicale n'est exigée, les déclarations de l'entreprise adhérente faisant foi.

Chaque bénéficiaire est admis au présent contrat à compter du jour de son affiliation.

Ils ne pourront être indemnisés de leurs prestations en nature que lorsqu'ils auront complété et retourné au gestionnaire leur bulletin individuel d'affiliation.

Avec son bulletin individuel d'affiliation l'assuré doit fournir la copie de l'attestation VITALE de chaque bénéficiaire de la garantie, un certificat de scolarité pour les enfants de plus de 16 ans et un Relevé d'identité bancaire pour le virement de ses prestations.

### Article 3.2. DEBUT DES GARANTIES A L'EGARD DE CHAQUE ASSURE

Les garanties prennent effet :

- pour l'assuré, dès sa date d'entrée dans la catégorie objective mentionnée au Certificat d'Adhésion et au plus tôt à la date d'effet de l'adhésion,
  - pour les ayants droit de l'assuré, dès la date d'effet de leur affiliation et au plus tôt à la date d'effet de l'adhésion de l'assuré
- Toutefois, lorsque pour certaines prestations des délais d'attente sont appliqués, la prise d'effet des garanties du contrat intervient, pour ces prestations, à l'issue de ces délais d'attente dont la durée est fixée au Certificat d'Adhésion.

### Article 3.3. SUSPENSION DES GARANTIES

**A l'exclusion des congés pour maladie, accident, maternité ou paternité et des congés payés, les garanties et les primes sont suspendues de plein droit à compter de la date de suspension du contrat de travail.**

Cela concerne les cas spécifiques de suspension du contrat de travail suivants :

- congé sabbatique visé à l'article L.122-32.17 du Code du travail,
- congé pour création d'entreprise visé à l'article L.122-32.12 du Code du travail,
- congé parental d'éducation visé à l'article L.122-28.1 du Code du travail.
- congé de formation

La suspension intervient à la date de cessation de l'activité professionnelle, et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif de l'entreprise adhérent, sous réserve que l'assureur via le gestionnaire en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise. Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due au titre de l'assuré.

A la demande de l'adhérent, les garanties peuvent être maintenues lorsque l'assuré bénéficie d'un congé sabbatique, d'un congé parental d'éducation, d'un congé pour création d'entreprise, d'un congé de formation, sous réserve du paiement de la totalité de la cotisation déterminée au Certificat d'Adhésion.

### Article 3.4. FIN DES GARANTIES A L'EGARD DE CHAQUE ASSURE

Les garanties cessent à l'égard de l'assuré :

- à la date d'effet de la résiliation du contrat,
- à la date de rupture du contrat de travail,
- à la date à laquelle le salarié ne remplit plus les conditions d'appartenance à la catégorie de personnel « bénéficiaire » visée au Certificat d'Adhésion,
- à la date de la liquidation de la retraite de la Sécurité sociale, ou de la pension pour inaptitude au travail
- à la date à laquelle l'entreprise n'est plus adhérente à l'association souscriptrice
- à la date de cessation de l'adhésion

Les garanties cessent à l'égard des autres bénéficiaires :

- à la date de cessation des garanties de l'assuré,
- à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions leur conférant la qualité de bénéficiaire.
- à la date où la cotisation les concernant n'est plus réglée par l'assuré (article « NON PAIEMENT DES COTISATIONS »)
- au décès du salarié

Dans tous les cas ci-dessus, l'assuré s'engage à restituer la (ou les) carte (s) de tiers payant qui lui a (ont) été remise(s) par l'assureur via le gestionnaire .

Toute utilisation abusive de la carte expose son auteur à une action en recouvrement, et le cas échéant à une procédure judiciaire

## Chapitre 4. GARANTIES ET PRESTATIONS

### Article 4.1. TERMINOLOGIE

#### **Accident**

Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action fortuite, soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure à l'assuré.

#### **Accouchement**

L'accouchement est l'action de mettre un enfant au monde.

#### **Actes cliniques**

Les consultations, visites et honoraires de surveillance.

#### **Actes techniques**

Les actes non cliniques.

#### **Base de Remboursement (BR)**

Valeur de référence, pour chaque acte, à partir de laquelle la Sécurité sociale calcule le montant de son remboursement en secteur conventionné.

#### **Contrat d'Accès aux Soins (CAS)**

Contrat signé sur la base du volontariat entre l'assurance maladie et les médecins autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires, par lequel ces médecins s'engagent à modérer le montant des dépassements d'honoraires facturés en améliorant le remboursement de leurs patients.

La prise en charge des dépassements d'honoraires par le présent régime diffère selon que le médecin a signé ou non le Contrat d'Accès aux Soins.

#### **Grossesse**

La grossesse est la période qui dure en moyenne neuf mois et qui précède un accouchement aboutissant à la naissance d'un être humain viable.

#### **Hospitalisation**

Est un séjour d'au moins 24 heures, dans un établissement de soins public ou privé, hors maison de repos et de convalescence, dans le but de traiter médicalement ou chirurgicalement une maladie ou les conséquences d'un accident.

#### **Implantologie**

Ensemble des actes nécessaires à la pose définitive d'un implant sur une dent, et ce quel que soit l'étalement dans le temps des soins. (implant + pilier + soins de parodontologie liés à la pose de l'implant).

#### **Maladie**

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

#### **Parcours de soins**

Principe de passage par un médecin traitant choisi par l'assuré avant de consulter un autre médecin sauf cas d'urgence, d'éloignement du domicile ou d'accès direct à un spécialiste autorisé par la Sécurité sociale.

#### **Participation forfaitaire (Article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale)**

Montant forfaitaire que le régime obligatoire ne rembourse pas. **Ce montant n'est pas remboursé par l'assureur.**

#### **Plafond mensuel de la Sécurité sociale (P.M.S.S.)**

Salaires mensuel de référence fixé annuellement par la Sécurité sociale.

#### **Prestations en nature**

Le remboursement des dépenses de frais de soins (frais médicaux, frais chirurgicaux, pharmaceutiques,...) ou de service (séjour en établissement hospitalier) exposées par l'assuré.

#### **Professionnels de Santé**

Seuls les actes médicaux exécutés par un professionnel de Santé référencé auprès de l'Ordre concerné pour le n° RPPS ou auprès de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de sa région pour les autres professionnels qui s'enregistrent toujours via un n° ADEL1 seront couverts par le présent contrat, dès lors que la garantie est prévue.

#### **Reconstitution de la Base de remboursement**

En cas de refus de prise en charge par la Sécurité sociale, les prestations qui seraient accordées sont calculées en reconstituant la Base de Remboursement.

### Secteur conventionné

**Secteur I** : Regroupe l'ensemble des praticiens et établissements hospitaliers s'engageant à respecter les Bases de remboursement (B.R.).

**Secteur II** : Regroupe l'ensemble des praticiens autorisés par convention à dépasser les Bases de remboursement (B.R.).

### Secteur non conventionné

Regroupe l'ensemble des praticiens et établissements hospitaliers n'ayant pas adhéré à la convention passée entre la Sécurité sociale et la profession.

Le remboursement des actes par la Sécurité sociale est alors effectué sur la base du tarif d'autorité (T.A.).

### Ticket modérateur (T.M.)

Quote-Part de la Base de Remboursement (B.R.) restant à la charge de l'assuré après le remboursement de la Sécurité sociale hors participation forfaitaire à la charge de l'assuré.

## Article 4.2. OBJET DES GARANTIES

La garantie a pour objet le remboursement de tout ou partie des frais exposés par l'assuré par suite de maladie, d'accident ou de maternité, survenu pendant la période de garantie. Les remboursements se feront en complément de ceux effectués par le régime de base au titre des prestations en nature de l'assurance maladie française (hors participation forfaitaire à la charge de l'assuré).

Les taux de remboursement et les bases de remboursement du régime obligatoire pris en considération sont ceux en vigueur à la date de dispense des actes, d'exécution des soins et de prescription.

Par dérogation, le certificat d'adhésion peut préciser s'il s'agit de prestations en espèces ou de prestations supplémentaires à celles versées par la Sécurité Sociale.

Les garanties souscrites et les niveaux de remboursement sont définis au certificat d'adhésion.

Demeurent exclus des garanties :

- les actes hors nomenclature du régime obligatoire Français, sauf mention contraire au certificat d'adhésion
- les traitements esthétiques ou de rajeunissement sauf ceux pris en charge par le régime obligatoire.

### 4.2.1 Actes non conventionnés

Le remboursement des actes dispensés par un médecin n'ayant pas signé de convention avec l'assurance maladie française est effectué sur la base du tarif d'autorité (T.A.) fixé par le ministre chargé de la Sécurité sociale.

### 4.2.2 Forfait journalier

Le forfait journalier est pris en charge sans limitation de durée dans tous les établissements de soins publics ou privés.

### 4.2.3 - Frais de séjour

Les frais de séjour et d'hébergement en établissement psychiatrique, de repos ou spécialisé sont pris en charge sans limitation de montant dans la limite de 90 jours par an. Les années s'entendent par année civile.

Au-delà de 90 jours, la prise en charge au titre du présent contrat est limitée au remboursement du ticket modérateur.

### 4.2.4 Chambre particulière

Les frais de chambre particulière exposés par l'assuré dans le cadre d'une hospitalisation ne sont pas pris en charge par le présent contrat en cas d'hospitalisation en ambulatoire (moins de 24 heures).

### 4.2.5 Maternité

Le forfait naissance ou adoption prévu au Certificat d'Adhésion est réglé sur présentation de l'extrait d'acte de naissance du ou des enfants ou du jugement d'adoption.

Les dépenses médicales remboursées par la Sécurité sociale (y compris les dépassements d'honoraires) sont prises en charge pendant la grossesse et en cas d'accouchement par césarienne dans les conditions fixées au Certificat d'Adhésion pour chaque acte.

Les dépassements d'honoraires en cas d'accouchement par voie basse ne sont pas pris en charge par le présent contrat.

### 4.2.6 Cure thermale

La garantie cure thermale a pour objet le paiement, en complément des dépenses remboursées par la Sécurité sociale, d'un forfait dont le montant est fixé au certificat d'adhésion.

Les frais de transport liés à la cure thermale ne sont pas pris en charge dans le cadre de ce forfait et sont remboursés le cas échéant dans les conditions fixées au Certificat d'Adhésion pour cet acte.

### 4.2.7 Dentaire

Des plafonds annuels applicables à chaque bénéficiaire du contrat sont fixés au Certificat d'Adhésion. Les années s'entendent par année civile.

En cas de changement de niveau de garantie, l'appréciation de l'antériorité permettant de calculer le montant du plafond s'apprécie à compter du 1<sup>er</sup> jour d'adhésion dans la nouvelle garantie.

### 4.2.8 Optique

La garantie optique prévue par le présent contrat permet la prise en charge d'un équipement optique composé d'une monture et de deux verres par période de 2 ans à compter de la date d'adhésion au présent contrat. Les années s'entendent par année civile.

Par exception la prise en charge est annuelle pour les enfants mineurs ou en cas d'évolution de la vue.

La justification d'une évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la Sécurité sociale.

## Article 4.3. OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS

Le droit aux prestations est ouvert dès la date d'effet de l'affiliation, sous réserve le cas échéant des délais d'attente spécifiques à certaines dépenses et indiquées dans le Certificat d'Adhésion.

L'ouverture des droits aux prestations est subordonnée à la production des pièces justificatives mentionnées à l'article « MODALITES D'AFFILIATION DES ASSURES »

Avant ou à l'occasion du règlement des prestations, l'assureur ou le gestionnaire peut procéder à tout contrôle conformément aux dispositions visées à l'article « CONTRÔLE ».

L'ouverture des droits aux prestations ne peut être prononcée que pour des actes, des soins, des prescriptions et des événements dont la date est postérieure à la date d'effet de l'affiliation de l'assuré.

## Article 4.4. REGLEMENT DES PRESTATIONS

Le versement des prestations est adressé directement à l'assuré, après échange de données informatisées entre organismes sociaux ou sur présentation des décomptes originaux délivrés par le régime de Sécurité sociale français et, le cas échéant, des pièces justificatives ci-après mentionnées.

Pour le remboursement des dépenses de santé restant à charge après intervention du régime obligatoire, en cas de dépassement des tarifs de convention ou de responsabilité :

- soins médicaux et chirurgicaux, frais d'optique, de prothèses dentaires ou de traitement d'orthodontie faciale : photocopie de la feuille de soins faisant apparaître le montant total des sommes payées par l'assuré ou note d'honoraires et prescription médicale **valide** en optique ;
- frais d'appareillage : facture acquittée du fournisseur ;
- frais d'hospitalisation médicale ou chirurgicale : facture de l'établissement hospitalier et, le cas échéant, des dépenses accessoires (frais de chambre particulière, d'accompagnement d'un enfant hospitalisé, de paiement du forfait journalier hospitalier...);
- cures thermales : justificatif de l'accomplissement d'une cure thermale prise en charge par le régime obligatoire (imprimé cerfa n° 11140\*04).

Pour la prise en charge, le cas échéant, des dépenses de santé ne donnant pas lieu à remboursement par le régime obligatoire :

- les originaux des factures acquittées correspondant aux dépenses engagées.
- Ou notification du refus opposé par le régime obligatoire si tel est le cas, et notes d'honoraires correspondant aux soins faisant

apparaître la cotation de l'acte pratiqué.

Pour le service d'éventuelles prestations complémentaires :

- justificatif de la réalité de l'événement ouvrant droit à indemnisation (acte de naissance, ...).

Le cas échéant, l'assureur se réserve le droit de réclamer des justificatifs particuliers nécessaires au règlement des prestations.

Les pièces nécessaires au paiement des prestations doivent être transmises à l'assureur (sauf cas fortuit ou de force majeure) dans les plus brefs délais et au plus tard avant la fin de l'année suivant celle au cours de laquelle les frais ont été exposés, sous peine de déchéance. **Toute fausse déclaration effectuée intentionnellement sur la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences d'un sinistre, entraîne déchéance de tout droit à la garantie.**

Les décomptes de remboursement des prestations versées par l'organisme assureur au titre du présent contrat sont consultables en ligne par tout assuré sur son espace personnel.

L'assuré qui serait dans l'impossibilité de consulter son décompte en ligne peut toutefois demander à recevoir ses décomptes par courrier L'édition et l'envoi de ces décomptes pourront être facturés à l'assuré.

#### **Article 4.5. PLURALITE D'ASSUREURS**

L'assuré s'engage à informer l'assureur via le gestionnaire, lorsqu'il bénéficie d'une garantie de même nature que celle assurée par le présent contrat, souscrite de façon individuelle ou dans un cadre collectif.

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à charge du bénéficiaire après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit leur date d'effet. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat d'adhésion peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

#### **Article 4.6. CONTRÔLE**

L'assureur ou le gestionnaire peut procéder à tout contrôle permettant de vérifier l'exactitude des renseignements produits tant par l'adhérent que par les assurés. Les décisions prises à l'issue de ces contrôles sont portées à la connaissance des intéressés par lettre motivée, en recommandé avec accusé réception.

#### **Article 4.7. SUBROGATION**

Conformément à l'article L.121-12 (subrogation de l'assureur) du Code des assurances, l'assureur se réserve le droit de subrogation contre les tiers responsables jusqu'à concurrence des sommes versées par lui en application du contrat.

Article L.121-12 du Code des assurances : « L'assureur qui a payé l'indemnité d'assurance est subrogé, jusqu'à concurrence de cette indemnité, dans les droits et actions de l'assuré contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à la responsabilité de l'assureur.

L'assureur peut être déchargé, en tout ou en partie, de sa responsabilité envers l'assuré, quand la subrogation ne peut plus, par le fait de l'assuré, s'opérer en faveur de l'assureur.

Par dérogation aux dispositions précédentes, l'assureur n'a aucun recours contre les enfants, descendants, ascendants, alliés en ligne directe, préposés, employés, ouvriers ou domestiques, et généralement toute personne vivant habituellement au foyer de l'assuré, sauf le cas de malveillance commise par une de ces personnes.»

## **Chapitre 5. COTISATIONS**

### **Article 5.1. BASE DES COTISATIONS**

Les taux de cotisations sont fixés au Certificat d'Adhésion et sont exprimés en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale.

Ils sont fonction :

- du collège assuré,
- de la grille de garanties souscrite,

- de la zone géographique dont relève l'adhérent,
- de l'âge moyen arithmétique du collège assuré, à la date d'effet de l'adhésion,
- de la démographie du collège assuré à la date d'effet de l'adhésion (pour les effectifs de plus de 10 salariés).

### **Article 5.2. PAIEMENT DES COTISATIONS**

Les cotisations et frais du régime de base OBLIGATOIRE sont annuels. Elles sont payables en euros, trimestriellement à terme échu et versées au gestionnaire dans les dix jours suivant chaque échéance par virement SEPA.

L'adhérent est seul responsable du paiement des cotisations. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues.

Pour les entrées/sorties d'assurés en cours de mois, la règle déclarative suivante doit être appliquée :

- Entrée jusqu'au 15 du mois (inclus) : le mois entier est dû,
- Entrée à partir du 16 du mois (inclus) : le mois n'est pas dû,
- Sortie jusqu'au 15 du mois (inclus) : le mois n'est pas dû,
- Sortie à partir du 16 du mois (inclus) : le mois entier est dû.

Le cas échéant, les cotisations du régime de base correspondant à la couverture facultative des ayants-droits de l'assuré sont payables mensuellement d'avance par prélèvement sur le compte bancaire de chaque assuré.

### **Régularisation des cotisations**

La régularisation des cotisations de l'exercice N doit intervenir au plus tard le 28/01/N+1.

Elle correspond à la prise en compte des mouvements de personnel intervenant au cours de l'année N.

A la clôture de chaque exercice, l'assureur calcule la prime globale définitive en appliquant les taux de cotisation à l'assiette déclarée par l'adhérent au titre de l'exercice.

### **Article 5.3. NON-PAIEMENT DES COTISATIONS**

Conformément à l'article L.113-3 du Code des assurances, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance et indépendamment du droit pour l'assureur de poursuivre l'exécution du contrat en justice, l'adhésion au régime est résiliée quarante jours après la mise en demeure de payer résultant de l'envoi d'une lettre recommandée imposée par la réglementation en vigueur, si la cotisation n'est pas acquittée.

Ces dispositions s'appliquent tant aux cotisations versées par l'employeur pour la couverture obligatoire des salariés, qu'à celles versées par les salariés pour la couverture facultative de leurs ayants droit affiliés au présent contrat.

**Article L.141-3 du Code des assurances** : « Le souscripteur ne peut exclure un adhérent du bénéfice du contrat d'assurance de groupe que si le lien qui les unit est rompu ou si l'adhérent cesse de payer la prime.

L'exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi, par le souscripteur, d'une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le souscripteur informe l'adhérent qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la prime est susceptible d'entraîner son exclusion du contrat.

Cette exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des primes ou cotisations versées antérieurement par l'assuré. »

### **Article 5.4. INDEXATION ET MAJORATION DES COTISATIONS**

Les taux de cotisations sont déterminées à la date d'effet du présent contrat et sont indexées ou majorées le 1er janvier de chaque année en fonction

- De la zone géographique,
- De l'indice de la consommation médicale totale (CMT) communiqué par la CNAMTS,
- Du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS),
- Des résultats du contrat-cadre souscrit par l'association.

### **Article 5.5. REVISION DES COTISATIONS**

Les niveaux de garanties sont établis en considération de la réglementation du régime de Sécurité 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 entraîne(nt) une modification des engagements pris par l'adhérent et 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 l'adhérent 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 l'adhérent une lettre recommandée l'informant de la résiliation de l'adhésion

- 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 l'adhérent ne donne pas suite à la proposition de l'assureur ou refuse expressément la nouvelle cotisation, l'assureur peut résilier l'adhésion dans les 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 l'adhésion au contrat.

## Chapitre 6. MAINTIEN DES GARANTIES « LOI EVIN »

»

### Article 6.1. CONDITIONS DU « MAINTIEN DES GARANTIES LOI EVIN »

Par application des dispositions de l'article 4 de la loi 89.1009 du 31 Décembre 1989 (LOI EVIN), l'affiliation à un « régime d'accueil EVIN » est proposée :

- aux salariés radiés des listes du personnel de l'entreprise adhérente, bénéficiant :

- soit d'une pension d'invalidité ou d'incapacité servie par le régime de Sécurité sociale français (invalides),

- soit d'un revenu de remplacement s'ils sont privés d'emploi ou préretraités,

- soit d'une pension d'assurance vieillesse versée par le régime de Sécurité sociale français.

- aux membres de la famille de l'assuré perdant la qualité de bénéficiaire du fait du décès de ce dernier.

### Article 6.2. AFFILIATION

L'affiliation s'effectue sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaire médical.

Les intéressés doivent formuler leur demande d'affiliation dans les six mois suivant :

- la date de survenance l'évènement considéré,
- ou la fin de la période de portabilité des couvertures découlant de l'ANI (chapitre « PORTABILITÉ ANI »).

### Article 6.3. CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE

La garantie prend effet le lendemain de la demande d'affiliation. L'affiliation se fait aux conditions de garantie et de tarification en vigueur à la date de l'évènement. Un résumé de la convention d'assurance d'accueil est adressé à chaque intéressé susceptible de bénéficier de la garantie et qui en fait la demande.

### Article 6.4. DURÉE DU « MAINTIEN DE GARANTIES LOI EVIN »

Les garanties sont acquises aux intéressés :

- pendant 12 mois maximum décomptés à dater du décès, en ce qui concerne les membres de la famille de l'assuré garantis du fait du décès de ce dernier,

- de façon viagère, en ce qui concerne les anciens membres du personnel dont les garanties sont maintenues.

## Chapitre 7. PORTABILITE « ANI »

Les dispositions indiquées dans ce chapitre ne s'appliquent qu'en cas de souscription par l'employeur dans le cadre de l'article L.911-1

du Code de la Sécurité sociale.

### Article 7.1. OBJET DE LA PORTABILITE DES GARANTIES

Conformément à l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, il est précisé que le salarié dont le contrat de travail est rompu et qui bénéficie à ce titre d'une indemnisation par le régime d'assurance chômage, garde pendant sa période de chômage, le bénéfice des garanties souscrites dans son ancienne entreprise.

Par rupture du contrat de travail, il faut entendre :

- Tout licenciement sauf en cas de faute lourde,
- rupture conventionnelle, rupture pour motif légitime et sérieux du CDD à objet défini,
- rupture du contrat d'apprentissage ou du contrat de professionnalisation,
- rupture d'un CDD d'un commun accord ou à l'initiative de l'employeur,
- démission légitime,
- cessation du CDD à échéance.

### Article 7.2. EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet le jour suivant la rupture du contrat de travail.

### Article 7.3. DUREE DE LA COUVERTURE

Les salariés dont la rupture du contrat de travail intervient à compter du 01/06/2014 bénéficient du maintien des garanties santé pour une durée égale à la durée du dernier contrat de travail, ou le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

### Article 7.4. OBLIGATIONS DU SALARIE ELIGIBLE A LA PORTABILITE

Le salarié doit remplir les conditions suivantes pour bénéficier de cette portabilité :

- faire l'objet d'une rupture de leur contrat de travail,
- la rupture doit ouvrir droit à une indemnisation du régime d'assurance chômage.

Le bénéfice de la portabilité de ces garanties est également subordonné aux conditions suivantes :

- le salarié bénéficie à la date de rupture de son contrat de travail des garanties souscrites par son employeur,
- le salarié doit justifier mensuellement de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage pour continuer à bénéficier des garanties pendant la période de portabilité.

### Article 7.5. CESSATION DE LA PORTABILITE DES GARANTIES

La portabilité des garanties cesse :

- dès la reprise d'une nouvelle activité rémunérée par l'ancien salarié, dès lors qu'elle met fin au droit d'indemnisation du régime d'assurance chômage
- à la date de résiliation de l'adhésion par l'entreprise adhérente, l'assureur ou le gestionnaire,
- à la date de liquidation de la pension vieillesse du régime de Sécurité sociale français,
- au décès de l'ancien salarié.

### Article 7.6. GARANTIES ACCORDEES

L'ancien salarié est couvert pour les mêmes garanties que celles des salariés actifs.

Les bénéficiaires de la garantie sont ceux qui jouissaient de celle-ci à la date de rupture du contrat de travail.

### Article 7.7. MODIFICATION DE L'ADHESION

Durant la période de portabilité des droits, l'adhérent s'engage à informer chaque bénéficiaire de cette portabilité, de toute modification qui serait apportée au contrat des salariés actifs.

Les modifications intervenant sur le contrat des actifs s'appliquent de plein droit aux anciens salariés en cours de portabilité (changement de garanties, changement d'assureur,...).

**Article 7.8. COTISATIONS**

Le financement de la portabilité des garanties est assuré par mutualisation : les cotisations versées par l'adhérent et ses salariés actifs financent le dispositif de portabilité.

**Article 7.9. RETOUR A L'EMPLOI**

En cas de retour à l'emploi durant la période de couverture, l'ancien salarié doit immédiatement en informer l'assureur.

Les garanties cessent de plein droit le dernier jour d'indemnisation des allocations chômage.

En cas de non-respect de cette obligation, l'ancien salarié ou ses ayants droits ne pourront se prévaloir d'un droit à indemnisation au titre des garanties, sur la période au cours de laquelle il n'était plus indemnisé par les allocations chômage.



[www.cipres.fr](http://www.cipres.fr)

CIPRÉS vie – une marque de CIPRÉS Assurances – 37, rue Anatole  
France 92532 Levallois-Perret cedex  
SAS au capital de 1 208 944 € - SIREN 552 068 199 – N° ORIAS : 07  
000 398 – [www.orias.fr](http://www.orias.fr)

Sous le contrôle de l'ACPR, Autorité de Contrôle Prudentiel et de  
Résolution – 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09 –  
[www.acpr.banque-france.fr](http://www.acpr.banque-france.fr)

Assurance de Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie  
Financière conformes au code des assurances