

CONDITIONS GÉNÉRALES CONTRAT COLLECTIF FRAIS MÉDICAUX

*Ce document constitue les conditions générales du contrat
Conditions applicables au 1er janvier 2022
Annulent et remplacent toutes les dispositions antérieures*

SOMMAIRE

TITRE 1 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES	3
1. Définitions - principes généraux	3
1.1 Objet	3
1.2 Base légale et conventionnelle	3
1.3 Révision de l'assurance	4
1.4 Prescription	4
1.5 Contrat solidaire et responsable	5
2. Adhésion de l'entreprise - Admission à l'assurance des salariés	5
1.1. Conditions d'admission	5
1.2. Décision de l'Assureur	5
1.3. Obligations de l'entreprise adhérente	5
3. Durée de l'adhésion - Résiliation de l'adhésion	6
3.1. Durée de l'adhésion	6
3.2. Résiliation de l'adhésion par l'entreprise adhérente	6
3.3. Autres cas de résiliation de l'adhésion	6
3.4. Obligations et effets communs à tous les cas de résiliation	7
4. Cessation des garanties	7
4.1. Point de départ	7
4.2. Obligations de l'entreprise adhérente	7
5. Suspension du contrat de travail	7
5.1. Maintien de la garantie	7
5.2. Absence de maintien de la garantie	7
6. Base de l'assurance	8
7. Cotisations	8
7.1. Règles générales	8
7.2. Structure de cotisation	8
7.3. Modalités de paiement	9
7.4. Documents à fournir	9



7.5.	Défaut de paiement _____	9
7.6.	Actualisation des cotisations _____	10
8.	Prestations _____	10
8.1.	Conditions d'obtention _____	10
8.2.	Contrôle et expertise _____	10
9.	Portabilité des droits du salarié _____	10
9.1.	Bénéficiaires du dispositif _____	10
9.2.	Garanties concernées _____	10
9.3.	Durée du maintien _____	11
9.4.	Point de départ du maintien _____	11
9.5.	Cessation du maintien des garanties _____	11
9.6.	Financement du maintien _____	11
9.7.	Modalités d'affiliation au dispositif _____	11
9.8.	Pièces complémentaires à fournir en cas de sinistre _____	11
10.	Assurance individuelle après résiliation _____	11
11.	Réclamation _____	11
12.	Mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale _____	12
13.	Dispositions relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme _____	12
14.	Protection des données à caractère personnel _____	12
15.	Autorité de contrôle _____	14
TITRE 2 - GARANTIE FRAIS MEDICAUX _____		15
1.	Objet _____	15
2.	Ayants droit _____	15
3.	Etendue et montant de la garantie _____	15
4.	Régime socle obligatoire + options facultatives _____	16
5.	Possibilité d'adhésion individuelle _____	16
6.	Limitations de garantie et exclusions _____	17
7.	Règlement des prestations _____	17
8.	Recours subrogatoire _____	18



TITRE 1 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Définitions - principes généraux

1.1 Objet

Les présentes conditions générales ont pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre des conventions d'assurances de groupe à adhésion obligatoire souscrites par l'ALP auprès de QUATREM.

QUATREM est une SA au capital de 510 426 261 euros, régie par le Code des assurances, dont le siège est situé : 21 rue Laffitte 75009 Paris, 412 367 724 RCS Paris et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution située 4, place de Budapest, CS 92459 – 75436 Paris cedex 09. Quatrem est une Société du groupe Malakoff Humanis.

QUATREM est également désignée dans les présentes conditions générales par le terme « Assureur ».

L'ALP est une association loi 1901, qui met à la disposition de ses entreprises adhérentes tout type d'assurance et de prévoyance qu'elle souscrit auprès de Compagnies d'Assurances, Institutions de Prévoyance, ou tout autre organisme pouvant répondre à ses besoins. Cette souscription se matérialise par l'établissement de conventions d'assurances entre l'ALP et ces Compagnies d'assurances, Institutions de Prévoyance, ou tout autre organisme, dont les noms sont mentionnés au contrat d'adhésion. Elle ne peut être confondue avec eux. Ces garanties d'assurance et de prévoyance, objet des conventions d'assurances peuvent être placées auprès d'autres assureurs que ceux mentionnés, les entreprises adhérentes étant dans ce cas informées de ces modifications. Les conventions d'assurances collectives, qui font loi entre les parties pour l'ensemble de leurs dispositions, sont résumées dans les présentes conditions générales, et dans les conditions particulières (contrat d'adhésion), documents qui sont remis à chaque entreprise adhérente lors de son adhésion par APRIL Entreprise. A cet effet, ces conditions générales déterminent les conditions dans lesquelles les salariés et éventuellement, sur demande de l'entreprise, les mandataires sociaux sans contrat de travail relevant de l'article L311-3 du Code de la Sécurité Sociale des entreprises adhérentes bénéficient, pour eux-mêmes et leurs ayants droit, des garanties souscrites par l'ALP dans le cadre de ces conventions d'assurance.

L'entreprise qui adhère à l'ALP en devient membre et est définie par le terme "entreprise adhérente" ou "adhérent" ; le salarié et le mandataire social sans contrat de travail relevant de l'article L311-3 du Code de la Sécurité Sociale de l'entreprise deviennent également membres de l'ALP et sont définis par le terme "participant".

Les statuts sont consultables sur le site www.april-entreprise.fr/association.

L'ALP ne peut être tenue pour responsable à l'égard des participants du respect des conditions légales ou conventionnelles concernant les décisions d'adhérer ou de démissionner qui sont prises par l'entreprise adhérente.

Seule **APRIL Entreprise**, Société par Actions Simplifiée de courtage d'assurances, est l'intermédiaire habilité pour l'adhésion des membres de l'ALP à ces conventions d'assurances.

1.2 Base légale et conventionnelle

Le contrat, régi par les dispositions du Code des Assurances, du contrat d'adhésion (des présentes conditions générales, des conditions particulières et descriptifs de garanties), est incontestable dès qu'il a pris existence, sous réserve des causes ordinaires de nullité et sauf l'effet de l'article L 113-8 du Code des Assurances relatif à la fausse déclaration intentionnelle et à la réticence et l'article L 113-9 du Code des Assurances relatif à l'omission et à la déclaration inexacte non intentionnelles, ci- dessous reproduits.

Article L113-8 du Code des assurances : « *Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L132-26, 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.* »

L'organisme assureur doit justifier par tous moyens l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration.

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 aux taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés. »

1.3 Révision de l'assurance

L'Assureur peut être amené à procéder à la révision des conditions de l'assurance dans les cas suivants :

1.3.1 Situations entraînant la révision des conditions d'assurance

a) Décision législative et réglementaire

Lorsqu'une décision législative ou réglementaire vient à modifier les conditions préexistantes de l'assurance ou la portée des engagements de l'assureur, notamment la modification des bases de remboursement ou des dispositions générales du régime légal d'assurance maladie de nature à influencer sur les conditions techniques d'équilibre du contrat, l'assureur procédera, pour la date d'effet des modifications en cause, à la révision des conditions de l'assurance.

b) Déséquilibre des résultats techniques

L'assureur procédera également à la révision des conditions de l'assurance, en cas de déséquilibre des résultats techniques. Elle se matérialise par l'envoi à l'entreprise adhérente d'un avenant au contrat d'adhésion.

1.3.2 Modalités de révision

En cas de modification des garanties et/ou de révision des cotisations telle que mentionnée aux articles précédents, l'entreprise adhérente peut toujours refuser la proposition de l'Assureur dans les trente jours qui suivent la réception dudit courrier **en envoyant sa demande de résiliation par l'un des moyens exposés au paragraphe 3.2 "Résiliation de l'adhésion par l'entreprise adhérente"**.

Le contrat est alors résilié dans les dix jours suivants.

En cas d'absence de réponse dans les trente jours de l'envoi du courrier de l'Assureur, l'Assureur considérera que l'entreprise adhérente a accepté les nouvelles conditions. Elles prendront effet à la date de modification mentionnée sur le courrier recommandé.

Jusqu'à la date d'effet de la modification du contrat, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer au contrat.

1.4 Prescription

Toute action dérivant de la présente adhésion est irrecevable au terme d'un délai de 2 ans à compter de l'événement qui lui a donné naissance, selon les dispositions des articles L114-1 et L114-2 du code des assurances qui prévoient :

• **Article L114-1** « *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 fausse 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 L114-2** « *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 ».*

• **Article L114-3** « *Par dérogation à l'article du Code Civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »*



Les causes ordinaires d'interruption de la prescription prévues par le Code civil sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécutions ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil),
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (Article 2245 du code Civil)
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (Article 2246 du Code Civil).

1.5 Contrat solidaire et responsable

Le contrat d'adhésion est qualifié de « solidaire » et « responsable » conformément aux exigences énoncées par la législation en vigueur.

On entend par « solidaire » un contrat d'assurance de groupe dont l'adhésion des membres participants et la cotisation ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes couvertes.

On entend par « responsable » un contrat d'assurance de groupe appliquant l'ensemble des dispositions prévues aux articles L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

En cas d'évolution législative et réglementaire régissant le contrat responsable, la garantie et les niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés.

2. Adhésion de l'entreprise - Admission à l'assurance des salariés

1.1. Conditions d'admission

L'entreprise s'engage à fournir, sous peine d'irrecevabilité :

- un état nominatif des salariés concernés présents dans l'entreprise, c'est-à-dire la totalité des collaborateurs appartenant à une même catégorie et éventuellement des mandataires sociaux sans contrat de travail relevant de l'article L311-3 du Code de la Sécurité Sociale avec indication de leur date de naissance, sexe, situation de famille et base des cotisations pour l'exercice écoulé,
- la liste nominative des collaborateurs et éventuellement des mandataires sociaux sans contrat de travail relevant de l'article L311-3 du Code de la Sécurité Sociale en arrêt de travail en indiquant pour chacun d'eux leur âge et éventuellement la date de mise en invalidité,
- un extrait Kbis datant de moins de trois mois.

L'admission à l'assurance a lieu sous réserve de la décision de l'Assureur, dès la date d'entrée dans la catégorie assurée et au plus tôt, à la date d'effet de l'adhésion, à condition :

- que l'intéressé soit affilié au régime obligatoire de la Sécurité Sociale
- que le contrat de travail soit en vigueur mais non suspendu pour des cas ne donnant lieu à aucun maintien de rémunération, versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'entreprise adhérente qu'elles soient versées directement par elle ou par l'intermédiaire d'un tiers, ou à un revenu de remplacement versé par l'employeur conformément au paragraphe 5.2.
- que soient remis à l'Assureur les bulletins individuels d'inscription signés par les collaborateurs et éventuellement les mandataires sociaux sans contrat de travail relevant de l'article L311-3 du Code de la Sécurité Sociale

1.2. Décision de l'Assureur

Après examen du dossier, APRIL Entreprise, sur délégation de l'Assureur, notifiera la décision à l'entreprise quant à l'acceptation ou le refus des garanties valant pour l'ensemble du personnel ou la catégorie à assurer, leurs taux de cotisations et la date d'effet de l'adhésion, mentions figurant au contrat d'adhésion, qui sera remis à l'entreprise par APRIL Entreprise.

1.3. Obligations de l'entreprise adhérente

L'entreprise adhérente s'engage à :

- faire assurer l'ensemble des collaborateurs appartenant à la catégorie mentionnée sur le contrat d'adhésion présents dans l'entreprise ou en arrêt de travail lors de l'adhésion et dès qu'ils font partie de cette catégorie,



- remettre à chaque participant conformément à l'article L141-4 du Code des Assurances, la notice d'information détaillée, établie par APRIL Entreprise sur délégation de l'Assureur, qui définit notamment les garanties prévues par le contrat et leurs modalités d'application. La preuve de la remise de la notice au participant incombe à l'entreprise adhérente,
- informer les participants par écrit des modifications qu'il est prévu d'apporter à ces garanties ou obligations,
- informer APRIL Entreprise sans délai de toute modification dans la situation juridique de l'entreprise adhérente tel que le changement de dénomination sociale etc...

En demandant son adhésion à l'ALP, l'entreprise adhérente déclare en acceptant les conditions générales et les conditions particulières (mentionnées dans le contrat d'adhésion) et s'y conformer.

3. Durée de l'adhésion - Résiliation de l'adhésion

3.1. Durée de l'adhésion

L'adhésion est conclue pour une période allant jusqu'au 31 décembre suivant et se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation.

3.2. Résiliation de l'adhésion par l'entreprise adhérente

3.2.1 L'adhésion peut être résiliée par notification adressée au moins deux mois avant la date de renouvellement (soit le 31 octobre). Le délai de préavis est décompté à partir de la date de notification. La résiliation intervenant le 31 décembre à minuit de l'exercice considéré.

3.2.2 L'entreprise peut, après expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription, dénoncer son adhésion au contrat sans frais ni pénalités. La résiliation sera effective après un délai d'un mois décompté à partir de la date de réception de la notification de la résiliation. Un avis de réception précisant la date de prise d'effet de la résiliation sera adressé à l'entreprise.

3.2.3 En cas de modification des conditions du contrat à l'initiative de l'Assureur, l'entreprise adhérente disposera d'un délai de 30 (trente) jours à compter de la notification pour résilier son adhésion en raison de ces modifications tels que précisé au paragraphe 1.3.

Dans tous les cas, la résiliation doit être notifiée à APRIL Entreprise selon les modalités suivantes :

- Par courrier (lettre simple ou recommandée avec accusé de réception) à l'adresse suivante : APRIL Entreprise – 114 boulevard Vivier Merle CS73344 - 69003 Lyon ;
- Par Lettre Recommandée Electronique ou courrier électronique à l'adresse suivante : resiliation@april-entreprise.fr

La résiliation peut également être adressée par tout autre moyen prévu par le Code des assurances et notamment :

- Par tout autre support durable,
- Par déclaration faite au siège de l'Assureur ou de son représentant, APRIL Entreprise,
- Par acte extrajudiciaire.

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

Les cotisations resteront dues jusqu'au terme de la période de garanties. En cas de trop versé, l'Assureur procédera à un remboursement sous un délai de trente (30) jours à compter de la date de résiliation des garanties.

A noter :

Si la résiliation du contrat s'effectue dans le cadre d'un changement de contrat après 12 (douze) mois d'adhésion, elle doit être notifiée à APRIL Entreprise par le nouvel assureur pour le compte de l'entreprise adhérente par lettre recommandée ou recommandée électronique.

A défaut l'Assureur ne sera pas responsable en cas d'interruption de couverture.

3.3. Autres cas de résiliation de l'adhésion

Les causes de résiliation sont :

- le défaut de paiement des cotisations,
- les procédures de sauvegarde, redressement et liquidation judiciaires de l'entreprise conformément respectivement aux articles L622-13, L631-14 et L641-11-1 du code de commerce,
- la liquidation consécutive à une dissolution,
- la cessation d'activité de l'adhérent,
- l'effectif assuré ne représente plus la totalité de la catégorie de personnel mentionnée au contrat d'adhésion,
- l'absence d'effectif cotisant,



- la dénonciation de la convention d'assurance par l'ALP ou l'Assureur à l'échéance annuelle du 31 décembre ou en cas de cessation d'activité de l'ALP, via lettre recommandée avec accusé de réception, en respectant un préavis de deux mois. Dans ce cas, l'entreprise adhérente en sera informée par l'ALP.

En cas de résiliation par l'Assureur pour une des causes ci-dessus, celle-ci s'effectue par lettre recommandée postale ou électronique avec accusé de réception.

3.4. Obligations et effets communs à tous les cas de résiliation

En toute hypothèse, il appartient à l'adhérent de notifier par écrit à chaque participant, y compris ceux qui sont en incapacité temporaire ou en invalidité permanente, la résiliation de l'adhésion et la cessation des garanties qui en découle pour les participants et leurs ayants droit.

4. Cessation des garanties

4.1. Point de départ

Tout participant cesse d'être garanti :

- à la date à laquelle le participant ne fait plus partie de la catégorie de personnel visée par le contrat d'adhésion, ou dès la date de cessation de sa rémunération, sauf dispositions prévues aux paragraphes 5.1 et 9,
- dès la date d'effet de la résiliation de l'adhésion quelle qu'en soit la cause.

Les garanties cessent pour chaque ayant droit :

- à la date à laquelle il ne répond plus aux conditions prévues pour être défini comme ayant droit,
- à la même date que celle du participant,

4.2. Obligations de l'entreprise adhérente

L'entreprise adhérente doit informer sans délai l'Assureur de la date de rupture du contrat de travail d'un participant, de la suspension temporaire de sa rémunération ou de sa sortie de la catégorie de personnel visée par le contrat d'adhésion. L'entreprise adhérente qui ne respecte pas cette obligation s'engage à rembourser à l'Assureur les prestations que son ancien salarié aurait pu percevoir après la date de cessation des garanties, sans préjudice du recours de l'Assureur contre ce participant. Les garanties sont prorogées pendant la période de préavis rémunérée, à condition que l'intéressé n'ait pas encore repris d'activité salariée.

5. Suspension du contrat de travail

5.1. Maintien de la garantie

Lorsque la période de suspension du contrat de travail donne lieu à un maintien de salaire total ou partiel, à un versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'entreprise adhérente (notamment suspension du contrat lié à une maladie ou un accident dès lors qu'il y a indemnisation) ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur, ce cas concernant notamment :

- Les participants placés en activité partielle ou en APLD (Activité Partielle de Longue Durée), dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires de travail sont réduits,
- Toute période de congé rémunérée par l'employeur,

la garantie prévue au contrat est maintenue au profit du participant et le cas échéant de ses ayants droit. Les cotisations restent intégralement dues pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée dans les mêmes conditions ; l'assiette des cotisations restant celle définies à l'article 6 « Base de l'assurance ». Toutefois lorsque l'assiette des cotisations est le Salaire Annuel Brut tel que défini à l'article 6 « Base de l'assurance », l'assiette retenue pour le maintien de la garantie est, sauf dispositions spécifiques prévues aux conditions particulières du contrat d'adhésion, le montant de l'indemnisation versé dans le cadre de la suspension du contrat de travail.

5.2. Absence de maintien de la garantie

Dans le cas où la période de suspension du contrat de travail ne donne pas lieu à un maintien de salaire total ou partiel ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'entreprise adhérente,



qu'elles soient versées par lui ou par l'intermédiaire d'un tiers, la garantie prévue au contrat d'adhésion est suspendue, sauf dispositions contraires prévues aux conditions particulières.

La période de suspension de la garantie intervient de plein droit à la date de cessation de l'activité professionnelle du membre participant et s'achève à la reprise effective du travail de l'intéressé, sous réserve que l'Assureur en soit informé par l'entreprise adhérente.

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation et aucune prestation n'est due en ce qui concerne le membre participant et le cas échéant ses ayants droit, dont la garantie a été suspendue.

6. Base de l'assurance

La base des cotisations peut être formulée comme suit :

- 1) en pourcentage du Plafond Annuel de Sécurité Sociale (PASS),
- 2) en euros,
- 3) exceptionnellement en pourcentage du salaire annuel brut déclaré par l'adhérent à l'administration fiscale ventilé et limité comme suit :
 - Tranche A : fraction du salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité Sociale,
 - Tranche B : fraction du salaire comprise entre 1 et 4 plafonds annuels de la Sécurité Sociale,
 - Tranche C : fraction du salaire comprise entre 4 et 8 plafonds annuels de la Sécurité Sociale.

Les compléments de salaires ou indemnités éventuellement perçus par le participant à l'occasion de son départ sont soumis à cotisation dans la mesure où ils entrent dans l'assiette fiscale.

Cependant la base des cotisations peut être contractuellement limitée.

7. Cotisations

7.1. Règles générales

L'adhésion implique le versement en temps voulu des cotisations. L'entreprise adhérente est responsable du règlement ponctuel de l'ensemble des cotisations y compris la part incombant aux participants par voie de précompte sur leurs salaires pour ce qui concerne les garanties à adhésion obligatoire. Cette part est déterminée, au sein de chaque entreprise, sauf à respecter l'obligation découlant de la Convention Collective applicable dans l'entreprise. Les taux de cotisations sont fixés au contrat d'adhésion, remis à l'entreprise adhérente. Tous impôts, contributions et taxes, auxquels le contrat d'adhésion est ou sera assujéti, sont inclus dans la cotisation.

Dans l'éventualité où en plus des garanties collectives obligatoires, des options facultatives sont souscrites par les participants, l'entreprise adhérente peut choisir :

- de précompter sur le bulletin de paie la cotisation finançant les options facultatives, afin de la reverser à l'Assureur,
- que la cotisation finançant les options facultatives soit directement appelée par l'Assureur auprès des participants.

7.2. Structure de cotisation

L'entreprise adhérente peut choisir à l'adhésion entre différentes structures de cotisation, selon les formules de garanties qui sont les suivantes :

- **Uniforme Famille ou Famille** : le régime de l'entreprise adhérente ne prévoit qu'un seul taux ou qu'un seul montant de cotisation applicable au participant quelle que soit sa situation de famille, le régime couvre le participant et ses ayants-droits tels que définis au paragraphe 2 du Titre 2 s'il en existe.
- **Isolé/Famille** : le régime et donc la garantie sont accordés :
 - au participant seul à l'exclusion de ses ayants droit, celui-ci étant rattaché à la catégorie « **Isolé** »
 - au participant et à ses ayants droit, tels que définis au paragraphe 2 du Titre 2 déclarés à l'Assureur, l'ensemble de ces personnes assurées étant rattachées à la catégorie « **Famille** »
- **Adulte/Enfant** : les garanties sont accordées :
 - au participant et à son conjoint, partenaire avec lequel le participant est lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou concubin, le participant et le cas échéant son conjoint, « pacsé » ou concubin sont alors rattachés chacun individuellement à la catégorie « **Adulte** »
 - aux enfants du participant tels que définis au paragraphe 2 du Titre 2, les enfants considérés sont alors rattachés chacun individuellement à la catégorie « **Enfant** »
- **Participant + enfant(s) / Conjoint** : les garanties sont accordées :
 - au participant et à ses enfants tels que définis au paragraphe 2 du Titre 2, l'ensemble de ces personnes assurées étant rattachés à la catégorie « **Participant + enfant(s)** »
 - au conjoint partenaire avec lequel le participant est lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou concubin. Ce dernier est rattaché à la catégorie « **Conjoint** ».
- **Isolés/Duo/Famille** : les garanties sont accordées :



- au participant seul à l'exclusion de ses ayants droit, celui-ci étant rattaché à la catégorie « **Isolé** »
- au participant et un ayant droit, parmi ceux définis au paragraphe 2 du Titre 2 déclaré à l'Assureur, ces personnes assurées étant rattachées à la catégorie « **Duo** »,
- au participant et à ses ayants droit, tels que définis au paragraphe 2 du Titre 2 déclarés à l'Assureur, l'ensemble de ces personnes assurées étant rattachées à la catégorie « **Famille** »

D'autres structures de cotisations peuvent être choisies pour tenir compte des spécificités de la convention collective dont dépend l'entreprise adhérente.

Lorsque le régime complémentaire collectif frais médicaux est à adhésion obligatoire, l'inscription au contrat d'adhésion des ayants droit du membre participant (conjoint, pacsé ou concubin et enfants tels que définis au paragraphe 2 – Titre 2) est :

- soit obligatoire
- soit laissée, et pour chacun d'entre eux individuellement, au libre choix du membre participant.

Pour tenir compte des évolutions familiales, le participant a la possibilité de modifier la catégorie de rattachement dans la structure de cotisation. Pour cela, le participant doit faire sa demande auprès de l'Assureur (en informant également le service du personnel de l'entreprise adhérente) dans les deux mois suivant la date de survenance d'un des événements suivants :

- mariage, divorce,
- concubinage,
- pacs,
- décès,
- changement de situation professionnelle du conjoint entraînant son adhésion ou la perte de sa qualité d'adhérent à un contrat collectif obligatoire,
- naissance (avec effet immédiat au jour de la naissance),
- adoption (avec effet immédiat au jour de l'adoption).

L'Assureur enregistrera ce changement à effet du premier jour du mois qui suit la date de survenance de cet événement sauf pour la naissance et l'adoption pour lesquelles l'enregistrement est à effet immédiat tel qu'indiqué ci-dessus.

Seule l'entreprise adhérente choisit la structure de cotisation et définit le caractère obligatoire ou pas de l'affiliation des ayants droit, dans l'acte (décision unilatérale de l'employeur, accord référendaire, accord collectif) instituant le régime complémentaire frais médicaux. La structure de cotisation retenue par l'entreprise adhérente est mentionnée aux conditions particulières.

7.3. Modalités de paiement

Les cotisations, y compris les taxes présentes ou futures et contributions éventuelles, sont payables :

- trimestriellement à terme échu par l'entreprise adhérente dans les quinze jours du mois suivant chaque échéance.
- L'entreprise adhérente est la seule responsable du paiement des cotisations. À ce titre, elle procède elle-même à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues.
- dans le cas où une quote-part de cotisation est payable directement par **le participant**, celle-ci est payable mensuellement d'avance dans les dix premiers jours de chaque mois civil, par prélèvement automatique sur son compte bancaire ou par virement.

Le participant est le seul responsable du paiement des cotisations.

7.4. Documents à fournir

Pour permettre le calcul des cotisations, l'entreprise adhérente s'engage à fournir à l'Assureur :

- dans le mois qui suit chacun des trois premiers trimestres civils de l'exercice :
 - la base de cotisation pour le trimestre écoulé,
 - un état nominatif précisant les entrées, sorties et modifications de situation de famille survenues au cours du trimestre écoulé en indiquant les dates correspondantes,
- dans le mois qui suit chaque exercice : un état nominatif des salariés assurés au cours de l'exercice en indiquant pour chacun d'eux leur date de naissance, sexe, situation de famille, la base de cotisation et s'il y a lieu la date d'entrée et/ou de sortie au cours de l'année,
- tous les documents justifiant ses déclarations et notamment les doubles des bulletins de salaires des participants ainsi que la déclaration annuelle des données sociales.

Le défaut d'envoi en temps voulu de ces divers documents correctement établis ou complétés par l'entreprise adhérente, entraînera après l'échec d'une sommation, les mêmes conséquences que celles prévues en cas de défaut de règlement des cotisations.

7.5. Défaut de paiement

A défaut du paiement d'une cotisation à son échéance, la procédure de mise en recouvrement et de résiliation prévue à l'article L 113-3 du Code des Assurances est appliquée. Si trente jours après son envoi, cette mise en demeure est restée



infructueuse, les garanties sont suspendues. Si après dix jours de suspension des garanties les cotisations restent impayées, l'adhésion de l'entreprise est automatiquement résiliée. Par ailleurs, l'Assureur se réserve le droit de poursuivre le recouvrement des cotisations arriérées, tous frais de recouvrement contentieux étant à la charge de l'entreprise adhérente débitrice.

7.6. Actualisation des cotisations

Les cotisations peuvent être indexées en fonction des résultats techniques du périmètre de mutualisation de l'entreprise adhérente et de tout élément de nature à modifier le risque assuré (démographie, dérive des prestations, évolution de réglementation ou des remboursements des régimes obligatoires, etc...). L'entreprise adhérente est informée des nouveaux taux de cotisations par voie de lettre avenant.

8. Prestations

8.1. Conditions d'obtention

L'Assureur subordonne le service des prestations à la fourniture par le participant ou ses ayants droit des originaux de toutes les pièces justificatives ou renseignements complémentaires nécessités par l'instruction du dossier. Si les renseignements ou documents ont un caractère médical, le participant peut les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil de l'Assureur.

8.2. Contrôle et expertise

Dans tous les cas et à toute époque, même lorsque la garantie n'est plus en vigueur, l'Assureur se réserve le droit de faire visiter à ses frais et éventuellement soumettre à expertise médicale le participant afin de constater son état de santé et le bien fondé du versement des prestations. Sous peine de perdre tout droit au service des prestations en cours, le participant doit fournir toutes les pièces justificatives et se prêter à toutes les expertises ou examens qui lui seront demandés.

Lors du contrôle médical, le bénéficiaire a la faculté de se faire assister par le médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant.

Toute difficulté d'ordre médical pourra être réglée par le recours à l'expertise médicale, en cas de désaccord entre le médecin du participant et le Médecin Conseil de l'Assureur, il est fait le choix d'un troisième médecin pour les départager. Faute d'entente sur cette désignation, le choix est fait à la requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal compétent. Chaque partie supportera les honoraires de son médecin ainsi que le cas échéant, la moitié des frais de la contre-expertise. Les deux parties s'interdisent, tant que le médecin arbitre ne s'est pas prononcé, d'avoir recours à la voie judiciaire.

9. Portabilité des droits du salarié

L'Article 14 de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) sur la modernisation du marché du travail met en place un mécanisme de portabilité des droits en cas de rupture du contrat de travail du salarié, ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage. Un maintien de la couverture santé dont bénéficiait l'ancien salarié est organisé par ce texte. La Loi de Sécurisation de l'Emploi n°2013-504 du 14 juin 2013 est venue modifier ce dispositif.

9.1. Bénéficiaires du dispositif

Le dispositif s'adresse aux anciens salariés dont le contrat de travail a été rompu et qui, du fait de cette rupture, peuvent prétendre au bénéfice de l'assurance chômage.

Les anciens salariés licenciés pour faute lourde ne peuvent prétendre au maintien de leur droit à la portabilité de la garantie frais médicaux et sont ainsi exclus de ce dispositif. Le dispositif bénéficie au salarié et à ses ayants droit garantis par le contrat collectif au moment de la rupture du contrat de travail, mais également à ceux qui pourraient être déclarés ultérieurement pendant la période de maintien des garanties (exemple : naissance d'enfant).

9.2. Garanties concernées

La portabilité des droits concerne tous les risques couverts par les contrats d'assurance collectifs, à caractère obligatoire ou facultatif. Dans les présentes conditions générales n'est visée que la garantie frais médicaux.

Si un changement intervient dans la garantie souscrite par l'entreprise durant la période de portabilité d'un ex-salarié (modification des garanties, de l'Assureur, résiliation du contrat...), celui-ci en sera informé par son ex-employeur et se verra appliquer les modifications apportées au régime dans les mêmes conditions que pour les assurés actifs.



9.3. Durée du maintien

En application de l'article L911-8 du Code de la Sécurité Sociale introduit par la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, ces anciens salariés garderont le bénéfice de la couverture Frais Médicaux appliquée dans la société pendant leur période de chômage, pour des durées égales à la durée de leur dernier contrat de travail, ou le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois entiers **dans la limite de douze mois de couverture.**

9.4. Point de départ du maintien

Le maintien des garanties débute le lendemain du jour de la cessation effective du contrat de travail. La date de départ diffère donc de la date d'indemnisation chômage qui intervient après un délai de carence fonction des critères fixés par l'assurance chômage.

9.5. Cessation du maintien des garanties

L'ancien salarié perd ses droits à la portabilité :

- en cas de fin de droit aux allocations du régime d'assurance chômage ;
- en cas de reprise d'activité mettant fin aux allocations du régime d'assurance chômage ;
- en cas de résiliation du contrat collectif souscrit par l'entreprise, garantissant les salariés ;
- au terme de la durée prévue au paragraphe « Durée du maintien ».

A noter : L'ancien salarié devra informer son ancien employeur et l'Assureur de la cessation du versement des allocations d'assurance chômage (si celle-ci intervient pendant la durée de la portabilité des droits).

9.6. Financement du maintien

En application dudit article L911-8 du Code de la Sécurité Sociale, le financement du dispositif est assuré par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime Frais Médicaux des salariés en activité, de telle sorte que l'ancien salarié bénéficie, en fonction des garanties souscrites, du maintien à titre gratuit de la garantie Frais Médicaux.

9.7. Modalités d'affiliation au dispositif

Afin de bénéficier de la portabilité des droits, l'ancien salarié doit compléter et signer le bulletin individuel de demande de portabilité des garanties, fourni par l'Assureur et le remettre à son ex-employeur. Le bulletin individuel de demande de portabilité des garanties devra être transmis à l'Assureur dans un délai maximum de 20 jours suivant la cessation du contrat de travail. L'ex-salarié devra par ailleurs fournir un justificatif de l'ouverture de ses droits aux allocations de l'assurance chômage.

9.8. Pièces complémentaires à fournir en cas de sinistre

L'Assureur se réserve la possibilité de conditionner le service des prestations en cas de sinistre, à la justification par l'ancien salarié de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage.

10. Assurance individuelle après résiliation

En cas de résiliation du contrat et lorsque ce dernier n'est pas remplacé par un autre contrat d'assurance groupe, une assurance individuelle peut être souscrite auprès de l'Assureur avant la fin du délai de préavis de deux mois par tout participant dont le contrat de travail est en vigueur. Cette assurance est accordée sans période probatoire ni examen ou questionnaire médical lorsque le montant des garanties est au plus équivalent à celui du présent contrat.

11. Réclamation

Toute réclamation de l'entreprise adhérente, du participant ou d'un bénéficiaire doit être adressée, quel qu'en soit le mode, y compris verbal, à son conseiller habituel APRIL Entreprise. Le service concerné par la réclamation s'engage à la traiter dans un délai de 48 heures ouvrées à compter du jour de sa réception. Si la réclamation ne peut être traitée dans le délai de 48 heures ouvrées, un courrier ou un email d'accusé de réception de la réclamation est adressé par la personne en charge du traitement de la réclamation dans ce même délai afin d'informer le réclamant des motifs du retard et du délai



maximal de réponse qui ne pourra excéder 2 mois. Ces délais s'appliquent à chaque niveau de traitement.

Si au terme de cet examen, la réponse apportée ne satisfait pas à l'attente du participant du bénéficiaire, ou de l'entreprise adhérente, il ou elle peut saisir le service réclamation de l'Assureur par courrier à l'adresse suivante : QUATREM Pôle réclamations TSA 20002 – 78075 Saint-Quentin-en-Yvelines Cédex ou par courriel comme suit : reclamations.quatrem@malakoffhumanis.com.

Si le désaccord persiste et si aucune solution amiable ne peut être trouvée, le participant, le bénéficiaire ou l'entreprise adhérente peut faire appel au Médiateur de l'Assurance, personnalité indépendante, en complétant le formulaire en ligne sur le site www.mediation-assurance.org/Saisir+le+mediateur ou en écrivant à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 PARIS Cedex 09. La Médiation de l'Assurance dispose d'une charte de la médiation (www.mediation-assurance.org/medias/mediation-assurance/Charte_LMA_V3.pdf). Conformément à l'article L612-2 du code de la consommation, **la saisine du médiateur ne peut être introduite plus d'un an à compter** de la réclamation écrite adressée au professionnel et sans préjudice du droit d'agit en justice.

12. Mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale

Dans le cadre des mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale, il est précisé que l'Assureur n'est pas réputé fournir une couverture de risques et ne sera pas responsable, ni tenu de payer une indemnité ou de fournir des prestations en découlant, dans la mesure où la fourniture d'une telle couverture, le paiement d'une telle réclamation ou la fourniture de ces prestations l'exposerait à une sanction, une interdiction ou une restriction en vertu des résolutions des Nations Unies, ou à des sanctions, des lois ou des règlements à caractère économique ou commercial de l'Union européenne, du Royaume-Uni ou des Etats-Unis d'Amérique.

13. Dispositions relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

L'Assureur est soumis aux obligations légales de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme issues principalement du code monétaire et financier (articles L.561-1 et suivants du code monétaire et financier).

Afin de lui permettre de respecter ses obligations, l'entreprise adhérente et les participants s'engagent à remettre à l'Assureur les éléments et justificatifs d'identification et de connaissance client qui leur sont relatifs. En vertu du principe de vigilance constante, l'ensemble de ces éléments devra être actualisé notamment au moment de la délivrance de la prestation au profit des participants et bénéficiaires.

L'entreprise adhérente s'engage par ailleurs à ce que les sommes qui sont ou seront versées par ses soins au titre des cotisations de ce contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de toute autre infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an et ne participent pas au financement du terrorisme.

En cas de non-respect de ces différentes obligations et dans les cas légalement prévus, l'Assureur réalisera une déclaration de soupçon auprès de TRACFIN ou toute autre démarche auprès des autorités compétentes conformément à la réglementation susvisée.

14. Protection des données à caractère personnel

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'entreprise adhérente, le participant et les ayants droit sont informés par l'Assureur, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

L'Assureur 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 des représentants de l'entreprise adhérente, du participant et des ayants droit peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de l'Assureur ou d'autres sociétés du groupe auquel appartient l'Assureur ;
- la gestion des avis de ces personnes sur les produits, services ou contenus proposés par l'Assureur 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 le représentant de l'entreprise adhérente, le participant et les ayants droit ;



- 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 du participant et des ayants droit, ainsi que du représentant légal ;
- 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 organismes assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA).

L'Assureur s'engage à ne pas exploiter les données personnelles du participant et des ayants droit 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, l'Assureur utilise le NIR (dénommé couramment « numéro de Sécurité sociale ») du participant et des ayants droit 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 du participant et des ayants droit 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 des représentants de l'entreprise adhérente, du participant et des ayants droit sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de l'Assureur 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 du participant et des ayants droit sont destinées au Service médical de l'Assureur 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.

L'Assureur s'engage à ce que les données à caractère personnel des personnes concernées par ces traitements ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé du participant et des ayants droit 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 des personnes concernées par les traitements 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, l'Assureur 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 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 l'Assureur et des prescriptions légales applicables.

L'Assureur 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 ces personnes 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. Les personnes concernées par les traitements de leurs données personnelles 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.

Le participant et les ayants droit disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, 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 directement sur le site du groupe Malakoff Humanis via les formulaires, 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, ces personnes 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.

Le participant et les ayants droit 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.

15. Autorité de contrôle

L'Assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution – ACPR, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09.



TITRE 2 - GARANTIE FRAIS MEDICAUX

1. Objet

La garantie a pour objet le versement de prestations complémentaires aux prestations en nature de la Sécurité Sociale concernant le participant et les personnes visées au paragraphe 2.

2. Ayants droit

Les ayants droit du participant sont exclusivement :

- son conjoint non divorcé ni séparé de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil),
ou
- le partenaire avec lequel le participant est lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) sous réserve pour le "pacsé" assuré social de la fourniture d'une attestation d'engagement dans les liens d'un pacte civil de solidarité,
ou
- son concubin sous réserve pour le concubin assuré social de la fourniture d'un justificatif de domicile commun. Le concubin doit également répondre à la définition de l'article 515-8 du Code Civil ; il ne doit être ni marié, ni lié par un Pacte Civil de Solidarité à un tiers,
- ses enfants célibataires et s'ils vivent au foyer, ceux de son conjoint (de son "pacsé" ou de son concubin) :
 - ayant droit aux prestations d'un régime Sécurité Sociale du fait de l'immatriculation du participant ou de son conjoint (de son pacsé ou de son concubin),
 - ses enfants âgés de moins de 27 ans et affiliés au régime de Sécurité Sociale :
 - étudiants de l'enseignement secondaire ou supérieur, ou à la recherche de leur premier emploi et inscrits à Pôle Emploi,
 - étudiants de l'enseignement secondaire ou supérieur, sous réserve qu'ils n'exercent pas d'activité rémunérée qui leur procure une rémunération de plus de 70% du salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC),
 - en formation en alternance sous contrat d'apprentissage, de professionnalisation ou d'orientation rémunérés par leur école ou effectuant un stage rémunéré en entreprise, dans le cadre de leur scolarité, sous réserve que la rémunération n'excède pas 70% du salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC),
 - quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une allocation pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21ème anniversaire,

Pour les garanties avec une tarification en fonction de la composition familiale, seules sont ayants droits les personnes inscrites prises en compte dans le montant de la cotisation.

3. Etendue et montant de la garantie

Les prestations complémentaires servies par l'Assureur s'ajoutent, dans la limite des frais restant à la charge du participant, à celles versées, au même titre tant par la Sécurité Sociale que par tout autre organisme. Dans ce cas, il convient de produire le décompte de cet organisme afin que l'Assureur procède au complément. Toutefois, certains frais n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale, pour une raison autre qu'administrative, mais qui figurent dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), dans le Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires (TIPS), dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), dans la Liste des Produits et Prestations (LPP), ou dans la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM), ouvrent droit à prestation lorsque la mention en est expressément faite dans le contrat d'adhésion.

Lorsque deux conjoints (ou pacsés, ou concubins) sont l'un et l'autre assurés au contrat d'adhésion et, à ce titre, respectivement bénéficiaires d'une garantie Frais Médicaux, les prestations dues à titre personnel sont cumulables avec celles procédant de la qualité de conjoint (à défaut pacsé, à défaut concubin), dans la limite des frais réels ou des plafonds du contrat responsable défini au Titre I – paragraphe 1.5 pour les prestations faisant l'objet d'un plafonnement. Cette règle s'étend à l'indemnisation des frais afférents tant aux conjoints (ou pacsés ou concubins) eux-mêmes qu'à leurs ayants droits.

Le montant des prestations complémentaires est fixé en fonction de la garantie choisie par l'entreprise adhérente (sauf cas particulier « régime socle obligatoire + options facultatives » paragraphe 4 du présent titre).

Concernant plus particulièrement :

● L'hospitalisation :

Les frais remboursables sont ceux correspondant à l'hospitalisation médicale ou chirurgicale. Ces frais doivent être exposés en :

- hôpital, clinique,
- centre de rééducation ou de soins, maison de repos, maison d'enfants.



Concernant le forfait journalier, la garantie Frais médicaux prend en charge l'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L174-4 du Code de la Sécurité sociale, à savoir uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé à l'**exclusion de celui facturé par les établissements médico-sociaux tels que les maisons d'accueil spécialisées et les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD)**.

La chambre particulière est prise en charge par la garantie frais médicaux dans les conditions et limites mentionnées aux conditions particulières.

● **Les frais de maternité d'un bénéficiaire de la garantie :**

Les frais inhérents à une naissance survenue pendant la période d'assurance ouvrent droit, si la garantie souscrite le prévoit (contrat d'adhésion/notice d'information), à une indemnisation dont le montant est fixé au contrat d'adhésion. Si la garantie souscrite ne prévoit pas la prise en charge de la maternité au titre de l'hospitalisation l'indemnisation est exclusive de tout autre remboursement pour les frais de séjour et les frais d'accouchement exposés pendant les huit premiers jours d'hospitalisation.

● **Les frais d'optique :**

Les frais pour les verres et lentilles et les montures de lunettes, sont remboursés selon les montants prévus par la garantie souscrite et mentionnés dans le contrat d'adhésion.

La périodicité minimale du renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (une monture et 2 verres) est fixée à **2 ans** pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus et **1 an** pour les enfants de moins de 16 ans. Un renouvellement anticipé des verres et de la monture sera possible en cas de dégradation de la vue dans des conditions fixées par la nomenclature. De même la prise en charge des verres et de la monture pourra être renouvelée sans délai dans certaines situations médicales particulières (glaucome, DMLA...)

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de facturation du dernier dispositif ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité Sociale concerné pour l'application du délai. Ils sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

● **Les frais d'obsèques :**

Si la garantie souscrite le prévoit (contrat d'adhésion/notice d'information), le décès d'un bénéficiaire de la garantie survenant pendant la période d'assurance ouvre droit, dans la limite des frais réellement exposés, sur présentation d'un original de l'acte de décès et d'une facture détaillée mentionnant la personne qui a acquitté les frais, à une indemnité dont le montant est fixé au contrat d'adhésion.

Le versement est effectué :

- au participant en cas de décès d'un bénéficiaire tel que défini dans les garanties souscrites (contrat d'adhésion/notice d'information),
- à la personne qui justifie avoir supporté les frais d'obsèques en cas de décès du participant.

4. Régime socle obligatoire + options facultatives

Lorsque le contrat d'adhésion frais médicaux prévoit un régime socle obligatoire et des options facultatives, seul le régime socle (régime de base) choisi par l'entreprise est obligatoire pour tous les collaborateurs concernés et éventuellement les mandataires sociaux sans contrat de travail relevant de l'article L311-3 Code de la Sécurité Sociale. Pour les options facultatives, chaque collaborateur (et éventuellement chaque mandataire social sans contrat de travail) choisit une option facultative à l'adhésion.

Ce choix est modifiable :

- à l'issue d'une durée d'adhésion de deux ans dans l'option choisie. Toute modification d'option prend effet le 1er janvier de chaque année. Le collaborateur doit informer l'Assureur et le service du personnel de l'entreprise de sa demande, au plus tard le 31 octobre,
- en cas de changement de situation de famille (mariage, naissance ...) sur demande dans les trois mois qui suivent ce changement. Ce changement intervient au 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception de la demande à l'assureur.

En cas de changement d'option pour une garantie inférieure, il ne sera plus possible de souscrire à une option supérieure.

5. Possibilité d'adhésion individuelle

Dans certains cas et sous certaines conditions, les participants ayant cessé d'être assurés par l'intermédiaire de leur employeur (anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'invalidité ou d'indemnités journalières, d'une pension de retraite ou préretraités, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement ...) et les personnes garanties du chef d'un participant décédé peuvent bénéficier de la garantie moyennant le paiement d'une cotisation personnelle. Les intéressés doivent alors formuler leur demande à APRIL Entreprise dans les six mois suivant la rupture du contrat de travail ou l'expiration de la période de portabilité ou le décès du participant.



6. Limitations de garantie et exclusions

Ne sont pas pris en charge par le contrat d'adhésion :

- l'ensemble des interdictions de prise en charge lié au contrat responsable précisées dans la notice d'information,
- sauf dispositions spécifiques prévues aux conditions particulières, les actes référencés ou non par le régime obligatoire d'assurance maladie non remboursés par cet organisme,
- les dépassements d'honoraires non déclarés au régime obligatoire d'assurance maladie par le professionnel de santé,
- les actes effectués antérieurement à la date d'effet du contrat d'adhésion ou de l'adhésion du membre participant et de ses ayants droit,
- les actes effectués postérieurement à la date de résiliation du contrat ou de cessation des garanties pour le membre participant et ses ayants droit,
- en cas d'hospitalisation ou de cure thermale, les frais annexes et non médicaux tels que frais de boissons, téléphone, télévision,
- les traitements esthétiques à l'exception de ceux donnant lieu à une prise en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie,
- les établissements de long séjour et les sections de long séjour,
- les maisons d'accueil spécialisées,
- les établissements pour personnes âgées dépendantes (maison de retraite, établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes).

Par ailleurs, il est rappelé que conformément à l'article 9 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, les remboursements ou les indemnités de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant ou de ses ayants droit, après le remboursement de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instituée par l'article L861-3 du Code de la Sécurité Sociale.

7. Règlement des prestations

Il est rappelé que le total des remboursements :

- de l'organisme assureur au titre d'un contrat socle, surcomplémentaire et le cas échéant de l'option choisie,
- de ceux de la Sécurité sociale,
- de tout autre organisme complémentaire,
- ainsi que les pénalités financières hors parcours de soin,
- la contribution forfaitaire et les franchises médicales,

ne peut excéder le montant des frais engagés.

Il en est de même pour les prestations exprimées en forfait annuel. Tout forfait n'est ni reportable ni cumulable d'une année sur l'autre.

Les demandes de remboursement doivent être adressées à l'Assureur **dans les deux ans** à compter de la date des soins accompagnées des originaux de toutes les pièces justificatives. Ces pièces sont notamment les suivantes :

- pour tous les dossiers, l'original du décompte de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme,
- pour les prothèses dentaires, la facture détaillant les actes remboursés ou non par la Sécurité Sociale, le numéro de la dent avec la codification exacte pour chaque acte, le montant des honoraires correspondants, le coût par dent,
- pour l'orthodontie : la facture détaillant les actes pratiqués, la codification exacte du traitement, le montant des honoraires correspondants et la notification de la Sécurité Sociale en cas de refus de prise en charge,
- pour les frais d'optique, la prescription établie par l'ophtalmologue et la facture détaillée de l'opticien mentionnant le prix des verres, le prix de la monture et le prix des lentilles,
- pour les cures thermales, l'ensemble des factures originales relatives aux frais engagés durant la cure,
- pour l'hospitalisation, l'original de la facture acquittée et en cas de dépassement d'honoraires l'original de la facture de l'établissement hospitalier sur laquelle figurent ces honoraires,
- pour les frais d'accouchement ou de maternité, une copie du livret de famille ou un extrait d'acte de naissance et la facture mentionnant les frais d'accouchement,
- pour les frais d'obsèques, un extrait d'acte de décès, et la facture détaillée portant mention de la personne qui a acquitté les frais.

L'Assureur se réserve la faculté de demander au participant toute autre pièce nécessaire à l'instruction du dossier et au remboursement des frais exposés.



Toutes les pièces seront conservées par l'Assureur. Si la Sécurité Sociale n'intervient pas, les demandes de remboursement doivent être adressées à l'Assureur **dans les deux ans** suivant la date de l'acte médical pour lequel le participant sollicite le remboursement. Les prestations sont versées, sur le compte bancaire ou postal du participant, à condition qu'il y ait remboursement préalable par la Sécurité Sociale, sauf indication particulière et dans tous les cas, dans la limite des frais réellement engagés.

Les factures séparées de dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité Sociale ne peuvent donner lieu à remboursement.

Contrôle des dépenses : l'Assureur peut demander au participant, tous renseignements ou documents qu'il juge utiles pour l'appréciation du droit aux indemnités. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, le participant peut les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil de l'Assureur.

L'Assureur se réserve le droit de réclamer au participant les prestations indûment versées. (y compris en cas de versement à tort par la Sécurité sociale.)

8. Recours subrogatoire

Les prestations ayant un caractère indemnitaire et étant versées en remboursement des frais supportés par le participant, il pourra être fait application des dispositions de l'article L 131-2 du Code des Assurances : l'assureur est subrogé, à concurrence des sommes versées par lui, dans les droits et actions du participant, contre tout tiers responsable.

Lors de la demande de prestation à la suite d'un dommage causé par un tiers responsable, l'Assureur doit être informé par le participant ou ses ayants-droit.



EXTRAIT DES STATUTS DE L'ASSOCIATION ALP

Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, enregistrée à la Préfecture du Rhône sous le numéro : W691054598 – SIREN 775 648 108

LES STATUTS COMPLETS SONT CONSULTABLES SUR INTERNET A L'ADRESSE SUIVANTE : <https://april-entreprise.fr/association-alp/>

MIS A JOUR AU 29 AVRIL 2019

ARTICLE 3 : OBJET.

Elle a pour objet :

De mettre au point et de proposer à ses membres tout type d'assurance et de prévoyance.

De rechercher le plus grand nombre d'adhésions afin d'obtenir les conditions et les résultats les plus favorables.

De rechercher tout type d'activité ou prendre tout type de participations, de manière directe ou indirecte, dans des entreprises dont le but est d'intervenir dans les domaines de la santé, de la qualité de vie, du bien-être au travail, de l'aide à la personne, de l'éducation et de la formation en faveur notamment de ses adhérents et/ou de leurs ayants droits.

Acquérir tous biens immobiliers, directement, ou indirectement par le biais de prise de participation dans une société civile immobilière, en vue de la mise à disposition à titre gratuit ou onéreux, de ces biens immobiliers, auxdites entreprises.

De développer tout service pouvant avoir un rôle social, éducatif ou de formation.

De proposer des programmes de formation destinés aux membres n'ayant pas accès aux dispositifs de formation classique ou difficilement en raison de handicaps ou de difficultés liées à la maîtrise de la langue.

D'accompagner les entreprises membres dans le reclassement ou le maintien dans l'emploi de leurs collaborateurs en inaptitude ou en difficulté professionnelle, ou dans le recrutement de personnes en situation de handicap.

De favoriser des missions d'assistance, notamment par la création d'un fonds social, au profit de ses membres, des membres des associations liées à elle, et de leur famille.

De créer un « Fonds d'Actions Sociales ESN Santé » conformément aux Conventions Collectives Nationales des bureaux d'études techniques, cabinet d'ingénieurs-conseils, sociétés de conseil (IDCC 1486) et des prestataires de services (IDCC 2098), dédié à la délivrance auprès des assurés de différentes prestations d'actions sociales (prévention, soutien, accompagnement et aides).

De participer, directement ou indirectement, à toute mission à caractère social, éducatif, solidaire, intergénérationnel et de formation, notamment par la mise à disposition, à titre gratuit ou onéreux, des biens mobiliers et immobiliers dont elle est propriétaire directement ou indirectement.

D'effectuer toute opération pouvant se rattacher directement ou indirectement à l'objet de l'Association et à tout objet similaire ou connexe pouvant favoriser son extension ou son développement.

De participer, par tous moyens, à toutes entreprises, associations ou sociétés créées ou à créer, pouvant se rattacher, directement ou indirectement à l'objet social.

De créer un esprit de solidarité, des rapports conviviaux notamment par la création, l'organisation et l'animation d'un club rassemblant les membres de l'association en favorisant les échanges transversaux de connaissances et de savoir-faire et en mettant à leur disposition une palette de services de tous ordres.

Titre II — COMPOSITION

ARTICLE 4: MEMBRES.

APRIL Entreprise
114 Boulevard Vivier Merle – CS 73344 – 69439 Lyon cedex 03 – Tél. : 04 37 46 46 46

www.april-entreprise.fr

SAS au capital de 7 842 160 € - RCS Lyon 338 399 439 – Courtier en assurances immatriculé à l'ORIAS sous le n° 07 008 043 - www.orias.fr

N° TVA intracommunautaire FR 15 338 399 439

Entreprise soumise au Contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – 4 place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09



Sont membres les entreprises ayant adhéré à l'Association pour y affilier leurs collaborateurs en activité, ces derniers ayant eux-mêmes la qualité de membres, à titre personnel.

Ont également la qualité de membres, les collaborateurs momentanément privés d'emploi et les retraités ayant souscrit un contrat auprès de l'Association Lyonnaise de Prévoyance ainsi que toute autre personne physique inscrite à l'Association et assujettie à un régime obligatoire d'assurance maladie-assurance vieillesse.

Les membres participent aux Assemblées générales avec voix délibératives ; ils sont électeurs et éligibles.

Sont également membres de l'Association les personnes visées à l'article 7 des statuts, dans les conditions et limites prévues par l'article 7.

ARTICLE 5 : DEMANDES D'ADHESION.

Toute demande d'adhésion à l'association implique l'engagement de respecter les obligations des présents statuts et celles de tous règlements élaborés par le Conseil d'Administration ainsi que les dispositions du ou des régimes auxquels l'affiliation est demandée. Elle implique aussi l'obligation de verser dans les délais indiqués, les cotisations prévues par le contrat d'adhésion, la cotisation à l'association et celle de fournir aux dates prescrites les renseignements nécessaires.

La cotisation à l'association est fixée par le Conseil d'Administration.

ARTICLE 6 : PERTE DE LA QUALITE DE MEMBRE ET RADIATIONS

Cessent de faire partie de l'Association :

1° Les collaborateurs quittant le service d'une entreprise adhérente pour un motif autre que l'admission à la retraite ou la perte momentanée d'emploi,

2° Les membres qui auront régulièrement donné leur démission à l'échéance anniversaire prévue au contrat, par lettre recommandée adressée au siège de l'Association en respectant le délai de préavis prévu au contrat, ou dont le ou les contrats auront été résiliés en application des dispositions du règlement de prévoyance ou des contrats d'assurances souscrits,

3° par décès du collaborateur ou de la personne physique membre de l'Association,

4° par disparition du membre,

5° Les membres dont la radiation aura été prononcée par le Conseil d'Administration pour motifs graves, notamment pour toute action portant ou tendant à porter atteinte aux intérêts matériels et moraux de l'Association.

Dans cette hypothèse, la décision est notifiée au membre radié dans les quinze jours qui suivent la décision par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le membre ainsi radié peut dans un délai de huit jours, à peine de forclusion, après cette notification, présenter une demande de révision devant le Conseil d'Administration qui statue à nouveau après avoir entendu les explications du membre.

6° Pour le cas où le régime de frais de santé souscrit pour le compte de ses salariés, par une entreprise adhérente de cent salariés et plus, afficherait un rapport sinistre à prime d'au moins 110 %, l'Association proposera à l'entreprise de nouvelles conditions de prestations et de cotisations destinées à atteindre l'équilibre des dites opérations d'assurances. En cas de refus des nouvelles propositions, l'entreprise cotisante perdra sa qualité de membre de l'Association.

Titre VI. — ASSEMBLEES GENERALES

ARTICLE 16 : FORMATION.

L'Assemblée générale ordinaire ou extraordinaire est composée de l'ensemble des membres de l'Association. Elle délibère sur l'ordre du jour arrêté par le Conseil d'Administration.

Chaque personne morale membre dispose d'autant de voix que l'entreprise compte de collaborateurs en activité, sans que ce nombre de voix puisse excéder cent. Chaque membre personne physique dispose d'une voix. Toutefois, les membres empêchés peuvent se faire représenter par un autre membre de l'Association ou par leur conjoint. Un membre ne peut recevoir plus de 5% des droits de vote en pouvoirs. Le membre qui adresse un pouvoir en blanc (sans indication de mandataire) émet un vote favorable à l'adoption des projets de résolution présentés ou agréés par le Conseil d'administration et un vote défavorable à l'adoption de tous les autres projets de résolution.

Le Bureau de l'Assemblée générale est constitué du Président, du Trésorier et du Secrétaire.

L'Assemblée se réunit au moins une fois par an sur convocation du Président ou à la demande d'un dixième des membres de l'Association.

Les membres doivent adresser par écrit, huit jours avant la date de l'Assemblée générale, le texte des questions qu'ils



pourraient avoir à poser.

ARTICLE 17 : CONVOCATIONS.

Les convocations pourront être effectuées soit par courrier, soit par courriel ou par tout autre moyen notamment électronique conforme à la réglementation applicable.

Ces convocations doivent indiquer l'ordre du jour, les projets de résolutions conformément à l'article R 141-5 du Code des Assurances et être communiquées aux intéressés trente jours au moins avant la date prévue pour l'Assemblée générale. Huit jours avant l'Assemblée générale, tous les documents et rapports s'y rapportant pourront être consultés au Siège Social de l'Association.

ARTICLE 18 : ATTRIBUTIONS DES ASSEMBLEES GENERALES.

1) L'Assemblée générale ordinaire

L'Assemblée générale ordinaire entend les rapports du Conseil d'Administration, du commissaire aux comptes sur la situation morale ou financière de l'Association, ainsi que le rapport établi au préalable par le Bureau sur la gestion et le fonctionnement du fonds social, statue sur les comptes annuels qui lui sont soumis, vote le budget. Chaque année, le Président informe l'Assemblée Générale des rémunérations versées par l'entreprise d'assurance à un ou plusieurs membres du Conseil et liée au montant des cotisations ou à l'encours des contrats souscrits par l'Association.

L'Assemblée Générale élit les Administrateurs et nomme le ou les commissaires aux comptes. Elle a seule qualité pour autoriser la signature d'avenants aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association. Elle peut toutefois déléguer au Conseil d'administration ses pouvoirs dans les conditions prévues par l'article R141-6 du Code des Assurances. Cette délégation n'est valable que pour 18 mois.

Seuls les points indiqués à l'ordre du jour peuvent faire l'objet d'une décision.

L'Assemblée générale ordinaire ne délibère valablement que si 1/30^{ème} des membres sont présents ou représentés dans la limite de 1 000 membres. A défaut de réunir ce quorum sur première convocation, une seconde assemblée est convoquée et se réunit quel que soit le nombre de membres présents ou représentés.

Ces décisions sont prises à la majorité simple des membres présents ou représentés. En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

2) L'Assemblée générale extraordinaire

L'Assemblée générale extraordinaire est appelée à se prononcer sur la fusion ou la dissolution de l'Association.

Cette Assemblée générale ne délibère valablement que si 1/30^{ème} des membres sont présents ou représentés dans la limite de 1 000 membres. A défaut de réunir ce quorum sur première convocation, une seconde assemblée est convoquée et se réunit quel que soit le nombre de membres présents ou représentés.

Les décisions de l'Assemblée générale extraordinaire sont prises à la majorité des deux tiers des membres présents ou représentés. En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

ARTICLE 19 : PROCES-VERBAUX DES DELIBERATIONS

Il est tenu procès-verbal des délibérations de l'Assemblée Générale. Les procès-verbaux sont inscrits sur un registre spécial et sont signés par le Président et par le Secrétaire. Les copies et extraits de ces procès-verbaux sont signés par le Président ou par deux membres du Bureau.

Les procès-verbaux peuvent être consultés au siège social sur simple demande du membre de l'Association.

