

Convention collective nationale
IDCC : 1420. – PERSONNEL DES INSTITUTIONS
DE L'ASSURANCE CHÔMAGE

AVENANT DU 24 NOVEMBRE 2011
RELATIF À LA PRÉVOYANCE ET À L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

NOR : ASET1250162M
IDCC : 1420

PRÉAMBULE

Consécutivement à la création de Pôle emploi, le contrat de garanties collectives relatives aux couvertures des frais de santé/prévoyance et souscrit pour les personnels de l'assurance chômage, a été transféré à Pôle emploi.

Aux fins de permettre la continuité de la couverture de l'ensemble des collaborateurs de l'Unédic, un protocole de mutualisation tripartite a été conclu le 10 juin 2009 (à date d'effet du 19 décembre 2008) entre l'Unédic, Pôle emploi et l'organisme assureur lié contractuellement.

Pôle emploi ayant dénoncé le contrat avec l'organisme assureur début 2011, ledit protocole a été résilié de fait et la couverture en vigueur cessera ainsi de prendre effet au 31 décembre 2011.

Dans ce cadre, les parties signataires de l'accord du 27 juillet 2005 et de l'avenant du 18 décembre 2006 portant modification de l'annexe III de la convention collective nationale du personnel de l'assurance chômage se sont réunies afin de définir les modalités de poursuite d'une protection sociale complémentaire au bénéfice des salariés régis par la convention susnommée.

Ainsi le présent accord a pour objet la déclinaison des dispositions applicables à compter du 1^{er} janvier 2012, concernant le remboursement complémentaire de frais médicaux et les garanties collectives contre les risques d'incapacité, invalidité et décès.

Après négociation entre les parties signataires, un schéma de garanties complémentaires santé et prévoyance, une répartition de financement employeur/salarié et un assureur ont été choisis, consécutivement à un appel d'offres.

Il a donc été décidé ce qui suit, en application de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

CHAPITRE I^{er}

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1.1

Objet et champ d'application

Le présent accord s'inscrit dans le cadre de l'article 39 de la convention collective nationale du personnel de l'assurance chômage et constitue à ce titre sa nouvelle annexe III à compter du 1^{er} janvier 2012.

Il se substitue de fait, à la date de sa prise d'effet, à toutes les dispositions conventionnelles et textes antérieurs sur les sujets qui y sont traités, et notamment à la précédente version de l'annexe III qui est ainsi annulée et remplacée.

Dans ce cadre, le présent accord s'applique à l'ensemble du personnel régi par la convention collective nationale susnommée.

Article 1.2

Choix de l'organisme assureur

Les choix des organismes assureurs aux fins de contractualiser au titre des régimes de couvertures frais de santé et prévoyance sont définis par appel d'offres.

A titre indicatif, dans le cadre d'une prise d'effet au 1^{er} janvier 2012, ces deux contrats collectifs d'assurance seront souscrits auprès de Malakoff Médéric, organisme retenu consécutivement à la procédure définie au premier alinéa.

Conformément à l'article L. 912-2 du code de la sécurité sociale, les parties signataires devront, dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord, réexaminer le choix de l'organisme assureur cité ci-dessus.

A cet effet, elles se réuniront 6 mois avant l'échéance à l'initiative de la partie la plus diligente. Ces dispositions n'excluent pas, avant cette date, la modification, la résiliation ou le non-renouvellement, d'un commun accord, du contrat de garanties collectives.

Le présent régime « remboursement frais de santé » ainsi que le contrat d'assurance précité sont mis en œuvre conformément aux prescriptions des articles L. 871-1 et L. 242-1, alinéas 6 et 8, du code de la sécurité sociale, ainsi que des articles 83-1^o *quater* et 995-16^o du code général des impôts.

Le régime de prévoyance ainsi que le contrat d'assurance précité sont mis en œuvre conformément aux prescriptions de l'article L. 242-1, alinéas 6 et 8, du code de la sécurité sociale, ainsi que des articles 83-1^o *quater* et 995-16^o du code général des impôts.

Article 1.3

Changement d'organisme assureur

Concernant le régime de prévoyance et conformément à l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale, en cas de changement d'organisme assureur du régime « incapacité, invalidité et décès » :

- les rentes en cours de service, à la date de ce changement, continueront à être revalorisées selon le même mode que le contrat précédent ;
- et les garanties décès seront maintenues au profit des personnes bénéficiant des prestations incapacité ou invalidité à la date d'effet de la résiliation du contrat d'assurance.

La revalorisation des bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès sera au moins égale à celle déterminée par le contrat de l'organisme assureur qui aura fait l'objet d'une résiliation. Les prestations décès, lorsqu'elles prennent la forme de rente, continueront à être revalorisées après la résiliation du contrat de garanties collectives.

Article 1.4

Commission et suivi des régimes

Une commission paritaire nationale (telle que prévue conformément aux dispositions de la convention collective nationale) se réunira selon un rythme semestriel, avec l'éventuel soutien d'un actuaire indépendant si nécessaire, aux fins d'analyser l'évolution des comptes de résultats des régimes, d'assurer un suivi et d'adopter les mesures préventives qu'elle pourrait estimer requises.

Article 1.5

Catégories de personnel visées

Le présent accord concerne l'ensemble des salariés régis par la convention collective nationale du personnel de l'assurance chômage, sans condition d'ancienneté.

Il a pour objet l'adhésion de l'ensemble du personnel aux contrats collectifs d'assurance « remboursement de frais de santé » et d'assurance de prévoyance souscrits à cet effet par l'Unédic auprès d'organisme(s) habilité(s).

Article 1.6

Caractère obligatoire des régimes

L'adhésion des salariés au régime est obligatoire. Elle résulte de la signature du présent accord par les parties signataires. Elle s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

Article 1.7

Information

Il sera remis à chaque salarié et à tout nouvel embauché une notice d'information détaillée, établie par l'organisme assureur retenu par appel d'offres, résumant notamment les garanties et les modalités d'application corrélatives.

En outre, les salariés seront informés de toutes éventuelles modifications de leurs droits et obligations susceptibles de résulter d'une évolution du contrat.

CHAPITRE II

RÉGIME DE COUVERTURE FRAIS DE SANTÉ

Article 2.1

Prestations

Les prestations relatives au régime complémentaire de couverture « frais de santé » effectives au 1^{er} janvier 2012 sont déclinées, à titre indicatif, en annexes au présent accord (« contrat frais de santé/actifs »). Elles sont susceptibles d'évoluer suivant les dispositions de l'article 1.2 susmentionné et conformément aux conditions contractuelles de l'organisme assureur retenu par appel d'offres.

Les prestations relèvent de la responsabilité contractuelle de l'organisme assureur retenu par appel d'offres. L'Unédic n'est tenue qu'au paiement des cotisations.

Article 2.2

Taux et assiette, répartition des cotisations

a) Le système de cotisation est défini comme suit :

- un forfait de base : toute personne salariée de l'assurance chômage doit obligatoirement cotiser au titre de la couverture complémentaire santé afférente au forfait de base, dont le taux est formulé dans le tableau ci-dessous ;
- un régime optionnel : deux formules optionnelles permettent l'adhésion facultative de la personne vivant avec le salarié, ainsi que ses ayants droit au titre de la sécurité sociale dont les taux sont formulés dans le tableau ci-dessous. Ce système appelé « option couple » fonctionne selon deux niveaux de garanties :
 - une cotisation complémentaire optionnelle de premier niveau : elle est proposée dès lors que la personne vivant avec le salarié de l'assurance chômage n'est elle-même pas salariée de l'assurance chômage : au conjoint, à la personne ayant conclu un pacte civil de solidarité (Pacs), au concubin d'un assuré sur présentation d'une attestation de vie maritale ainsi que leurs ayants droit, non à charge de l'assuré au titre du régime de sécurité sociale, et ne bénéficiant

pas d'une mutuelle santé par ailleurs. Ces conjoints bénéficieront des liaisons Noémie et des services de tiers payant ;

- une cotisation complémentaire optionnelle de second niveau : elle est également proposée dès lors que la personne vivant avec le salarié de l'assurance chômage, n'est elle-même pas salariée de l'assurance chômage : au conjoint, à la personne ayant conclu un pacte civil de solidarité (Pacs), au concubin d'un assuré sur présentation d'une attestation de vie maritale ainsi que leurs ayants droit, non à charge de l'assuré au titre du régime de sécurité sociale, et bénéficiant d'une mutuelle santé par ailleurs. Ces conjoints ne bénéficieront pas du tiers payant et seront « noémisés » auprès de la mutuelle intervenant en premier rang.

A la date de signature du présent accord, les cotisations mensuelles dédiées au financement du contrat d'assurance « frais médicaux » s'élèvent à :

(En pourcentage.)

ADHÉRENT	ASSIETTE	TAUX régime général	TAUX régime local
Salarié + ayants droit à charge	en % PMSS (*)	3,70	2,59
Conjoint non à charge sans mutuelle	en % PMSS (*)	2,70	1,89
Conjoint non à charge avec mutuelle	en % PMSS (*)	0,89	0,63
(*) A titre indicatif au 1 ^{er} janvier 2012, le plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) est égal à 3 031 €.			

b) La prise en charge des cotisations se décompose comme suit :

Les cotisations seront prises en charge par l'entreprise et par les salariés dans les proportions suivantes à la date de signature du présent accord.

A la date de signature du présent accord, la prise en charge du forfait de base susmentionné est assurée à raison de 0,76 % du salaire brut à la charge du salarié, le solde étant à la charge de l'employeur. L'employeur doit participer au minimum à hauteur de 40 % du forfait de base, aucun salarié ne cotisant au-delà de 60 % du forfait annuel.

Ce taux de 0,76 %, à la date de la signature du présent accord, sera par la suite susceptible d'être ajusté, au 1^{er} janvier de chaque année et pour les 12 mois de l'année civile, afin que la répartition moyenne de la prise en charge globale des cotisations représente un taux de 75 % pour l'employeur et 25 % pour les salariés.

Les cotisations du régime optionnel sont entièrement prises en charge par le salarié.

c) Evolution des cotisations : toute évolution significative et ultérieure de la cotisation pourra faire l'objet d'une nouvelle négociation après consultation de la CPN, prévue à l'article 1.4 du présent accord.

CHAPITRE III

RÉGIME « INCAPACITÉ, INVALIDITÉ, DÉCÈS »

Article 3.1

Prestations

Les prestations relatives au régime « incapacité, invalidité, décès » effectives au 1^{er} janvier 2012, sont déclinées, à titre indicatif, en annexes du présent accord (« Contrat prévoyance »). Elles sont susceptibles d'évoluer suivant les dispositions de l'article 1.2 (dans le respect de l'article 1.3) du présent accord et conformément aux conditions contractuelles de l'organisme assureur retenu par appel d'offres.

Les prestations relèvent de la responsabilité contractuelle de l'organisme assureur retenu par appel d'offres. L'Unédic n'est tenue qu'au paiement des cotisations.

Article 3.2

Taux et assiette, répartition des cotisations

a) Le système de cotisation est défini comme suit

Au 1^{er} janvier 2012, les cotisations mensuelles dédiées au financement du contrat d'assurance « incapacité, invalidité et décès » s'élèvent à :

(En pourcentage.)

	CADRE/AGENT DE MAÎTRISE	EMPLOYÉ
TA	2,25	2,24
TB	3,60	3,40
TC	1,30	

Elles seront prises en charge par l'entreprise et par les salariés dans les proportions suivantes :

(En pourcentage.)

	CADRE/AGENT DE MAÎTRISE		EMPLOYÉ	
	Part employeur	Part salarié	Part employeur	Part salarié
TA	73	27	73	27
TB	57	43	57	43
TC	50	50		

b) Evolution des cotisations

Toute évolution significative et ultérieure de la cotisation pourra faire l'objet d'une nouvelle négociation après consultation de la CPN, prévue à l'article 1.4 du présent accord.

CHAPITRE IV

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À LA TRANSITION VERS LE NOUVEAU RÉGIME

AU 1^{ER} JANVIER 2012

Article 4.1

Concernant la révision des taux de cotisation

En cas d'instauration ou de modification par les pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toute nature, assises sur les cotisations et/ou en cas de modification de la législation ou de la réglementation impactant les garanties, les garanties et les taux de cotisation du contrat souscrit, sont susceptibles d'être exceptionnellement modifiés en cours d'année.

Outre les situations sus-évoquées, les éventuelles évolutions des taux de cotisations permettant la couverture des garanties souscrites au contrat ne pourront intervenir qu'au 1^{er} janvier de chaque année, si toutefois les résultats du contrat conclu avec l'organisme retenu par appel d'offres l'imposent, eu égard à l'éventuelle nécessité du maintien de l'équilibre du contrat.

Le cas échéant, les salariés en seront informés dès notification de ce changement par l'organisme retenu par appel d'offres.

Toutefois, concernant le régime de prévoyance, à compter du 1^{er} janvier 2012, les taux seront maintenus pendant trois exercices, soit du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2014 à législation fiscale et sociale constantes.

Dans la même mesure, concernant le régime de couverture frais de santé, à compter du 1^{er} janvier 2012, les taux seront maintenus pendant deux exercices, soit du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2013, à législation fiscale et sociale constantes.

Article 4.2

Régime optionnel couverture « Frais de santé » et droit de désengagement

Concernant le régime optionnel relatif à la couverture des frais de santé, il est expressément convenu que les bénéficiaires antérieurs à la date d'entrée en vigueur du présent accord, soit le 1^{er} janvier 2012, auront la possibilité de renoncer à leur adhésion jusqu'au 31 mars 2012 (au-delà de cette date, les conditions, modalités et délais de radiation s'appliqueront conformément aux dispositions contractuelles de l'organisme assureur retenu par appel d'offres).

Cette disposition est applicable quelle que soit par ailleurs la durée d'engagement restant due par l'assuré vis-à-vis de l'organisme, antérieurement au 1^{er} janvier 2012.

Dans le cadre de la présente disposition, une communication corrélative sera effectuée à l'égard de l'ensemble des salariés de l'Unédic.

CHAPITRE V

DURÉE DE L'ACCORD, DATE DE MISE EN ŒUVRE, DÉPÔT ET MESURE DE PUBLICITÉ

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée et pourra être révisé par avenant dans les conditions légales.

Au terme du délai d'opposition de 15 jours suivant sa notification, le présent accord est déposé, conformément aux dispositions légales, au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes de Paris et à la direction générale du travail selon les modalités en vigueur.

Le présent accord prend effet au 1^{er} janvier 2012 sous réserve du droit d'opposition prévu par le code du travail.

Un exemplaire sera également remis à chacune des parties signataires et son existence sera portée à la connaissance du personnel régi par la convention collective nationale du personnel de l'assurance chômage par tout moyen, et notamment par l'intermédiaire des nouvelles technologies de l'information et communication.

Fait à Paris, le 24 novembre 2011.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

Unédic.

Syndicats de salariés :

CGT ;

CFDT ;

CGT-FO ;

CFTC ;

CFE-CGC.

ANNEXE

CONTRAT D'ADHÉSION PRÉVOYANCE

Dans ce contrat, nous utilisons les termes suivants :

Le souscripteur est l'entreprise souscrivant le contrat pour son compte et éventuellement pour celui des sociétés constituant le périmètre de souscription tel que défini à l'article 1.2 du présent contrat. Il sera désigné par vous.

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

Les catégories de personnel renvoient aux catégories de personnel pour lesquelles vous avez conclu ce contrat de prévoyance. Elles sont définies à l'article 1.1 du présent contrat.

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

Les bénéficiaires sont les membres de la famille d'un assuré, ou toute autre personne pouvant recevoir des prestations au titre des garanties du contrat.

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS GÉNÉRALES RELATIVES À LA VIE DE VOTRE CONTRAT

Article 1^{er}

Objet de votre contrat

Votre contrat est un contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire, que vous souscrivez auprès de Malakoff Médéric Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale. Il a pour objet de fixer les conditions dans lesquelles nous accordons à vos salariés les garanties de prévoyance.

Votre contrat se compose de deux parties indissociables :

- les dispositions générales définissant les obligations de chacun ainsi que l'ensemble des garanties que vous avez souscrites ;
- les dispositions particulières précisant les garanties que vous avez souscrites, la date d'effet de votre contrat, le montant des prestations et les taux de cotisation.

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

1.1. Définition des catégories de personnel

Les catégories de personnel assurées par votre contrat sont :

- les cadres au sens des articles 4 et 4 *bis* de la convention collective nationale du 14 mars 1947 ;
- les bénéficiaires de l'article 36 de l'annexe I à la convention collective nationale du 14 mars 1947 ;
- les non-cadres.

1.2. Périmètre de souscription

Vous souscrivez pour votre propre compte et celui des sociétés constituant le périmètre de souscription dont vous avez reçu mandat à cet effet.

Le périmètre de souscription est constitué des sociétés suivantes :

SIREN N°	ENTREPRISE N°	CONTRAT N°	RAISON SOCIALE
775 671 878 00707	166 028	XX XXXXXX XXXX X	Unédic
775 671 878 00566	166 028	XX XXXXXX XXXX X	Délégation Unédic AGS

1.3. Prise d'effet et renouvellement de votre contrat

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

1.4. Résiliation annuelle de votre contrat

Votre contrat peut être résilié par chacune des parties au 31 décembre. Une lettre recommandée avec avis de réception doit être envoyée au siège social de l'autre partie au moins 2 mois avant la fin de l'année, soit au plus tard le 31 octobre.

1.5. Révision de votre contrat

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

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

A compter de l'envoi de la notification vous avez 2 mois pour accepter ou refuser les nouvelles conditions. A défaut d'accord trouvé entre vous et nous, le contrat sera résilié de votre fait.

1.6. Réclamation

En cas de difficultés dans l'application de votre contrat, vous ou vos salariés pouvez nous contacter :

- pour vous : reclamation-entreprise@malakoffmederic.com ou à l'adresse du service réclamations entreprises, 21, rue Laffitte, 75009 Paris ;
- pour vos salariés : reclamation-particulier@malakoffmederic.com ou à l'adresse du service réclamations particuliers, 21, rue Laffitte, 75009 Paris.

Si un différend persistait après réponse, l'avis du médiateur que nous avons choisi peut être demandé, sans préjudice du droit d'agir en justice. Nous communiquons les conditions d'accès à ce médiateur sur simple demande.

1.7. Situation juridique ou économique

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

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

1.8. Clause attributive

Tout différend entre Malakoff Médéric Prévoyance et vous, si vous êtes une société commerciale, est de la compétence des tribunaux de notre siège social.

Article 2

Obligations d'information

2.1. Obligations déclaratives

A la souscription ou en cas de modification des garanties, vous devez nous fournir :

- les catégories de personnel assurées ;
- les nom, prénoms, date de naissance, situation de famille, ainsi que le nombre d'enfants à charge :
 - de vos salariés inscrits aux effectifs ;
 - de vos salariés et anciens salariés en arrêt de travail en précisant leur date d'arrêt de travail ;
 - des bénéficiaires d'une rente d'éducation ou d'une rente de conjoint ;
 - de vos anciens salariés dont le contrat de travail a été rompu et qui demeurent bénéficiaires d'un maintien de garantie au titre de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008 ;
- le montant et l'expression des garanties de même nature précédemment assurées par un autre organisme assureur ainsi que les conditions de leur attribution et de leur versement et les éléments servant de base à leur calcul.

Vous vous engagez à affilier tous vos salariés présents et futurs appartenant aux catégories de personnel assurées et à nous adresser les bulletins individuels d'affiliation complétés par les assurés, dans les 30 jours suivant leur entrée dans le groupe assuré.

2.2. Obligations déclaratives en fin d'exercice

Vous nous faites parvenir à la fin de chaque exercice, au plus tard au 31 janvier suivant, la liste des assurés. Celle-ci doit préciser pour chaque assuré les nom, prénoms, date de naissance, numéro d'immatriculation à la sécurité sociale, situation de famille, date d'entrée et de sortie dans l'exercice et la base de calcul des cotisations.

Dans tous les cas, vous tenez vos états de salaires et de personnel à notre disposition pour consultation éventuelle. Vous devez également nous signaler les modifications de situation professionnelle de vos salariés.

2.3. Notice d'information à destination des assurés

Vous devez remettre aux assurés la notice d'information que nous avons établie. Celle-ci définit les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

La preuve de la remise de la notice d'information à l'assuré et de l'information relative aux modifications contractuelles vous incombe.

Vous devez informer par écrit les assurés de toute modification de leurs droits et obligations.

Article 3

Affiliation des assurés

3.1. Modalités d'affiliation des assurés

Pour bénéficier des garanties, vos salariés et anciens salariés doivent compléter et signer un « bulletin individuel d'affiliation » précisant les nom, prénoms, date et lieu de naissance, situation de famille, domicile, ainsi que la catégorie professionnelle.

L'assuré vous retourne le bulletin individuel d'affiliation que vous vous engagez à nous faire parvenir.

Vos anciens salariés couverts par un autre organisme assureur avant la date d'effet de votre contrat, et ayant toujours des droits au titre de l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008, sont soumis à ces mêmes modalités d'affiliation à la date d'effet de votre contrat.

3.2. Fausse déclaration

L'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré ou de votre part de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser notre appréciation. Les cotisations payées nous demeurent acquises.

3.3. Définition du conjoint et des enfants à charge

Est considéré comme conjoint : l'époux ou l'épouse de l'assuré, non séparé(e) judiciairement, ni divorcé(e), ou :

- le partenaire pacsé : la personne liée par un pacte civil de solidarité à l'assuré (Pacs) non dissout et non rompu ;
- le concubin : la personne ayant une vie commune notoire et permanente avec l'assuré pendant une durée d'au moins 2 ans. Aucune durée n'est exigée si un enfant est né de cette union. L'assuré et le concubin ne doivent être mariés ni l'un ni l'autre, ni liés par un pacte civil de solidarité.

Sont considérés comme enfants à charge au jour du décès les enfants de l'assuré ou de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin, qui remplissent cumulativement les conditions suivantes :

D'une part :

- être âgés de moins de 18 ans ;
- être âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans s'ils remplissent l'une des conditions suivantes :
 - être affiliés au régime de sécurité sociale des étudiants ;
 - suivre des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance.
- quel que soit leur âge, percevoir une allocation d'éducation pour enfant handicapé prévue à l'article L. 541-1 du code de la sécurité sociale ou une allocation d'adulte handicapé prévue à l'article L. 821-1 de ce code, sous réserve que leur incapacité ait été reconnue avant leur 18^e anniversaire (ou avant leur 26^e anniversaire pour ceux qui respectaient les conditions du paragraphe précédent).

D'autre part :

- être fiscalement à la charge de l'assuré, ou percevoir de l'assuré une pension alimentaire déductible de son revenu imposable ;
- enfin, ne pas exercer d'activité professionnelle ou exercer une activité professionnelle procurant des revenus inférieurs à 55 % du Smic.

Les enfants nés viables postérieurement au décès de l'assuré et dont la filiation avec celui-ci est établie sont assimilés à des enfants à charge.

Article 4

Durée des garanties

4.1. Prise d'effet des garanties

1. Salariés en activité à la date d'effet de votre contrat

Vos salariés sont garantis à la date d'effet de votre contrat, après obtention de notre accord sur les conditions d'assurance et une fois accomplies les modalités d'affiliation décrites à l'article 3.1.

2. Salariés en arrêt de travail à la date d'effet de votre contrat

Garantie décès :

Vos salariés percevant des indemnités journalières ou une pension d'invalidité de la sécurité sociale à la date d'effet de votre contrat bénéficient immédiatement des garanties décès.

Toutefois, si ces salariés étaient précédemment couverts par une garantie collective en cas de décès, nos prestations décès accordées le seraient sous déduction de celles qui sont garanties par le précédent organisme assureur.

Ces prestations seront versées également sous déduction des prestations décès perçues par anticipation par l'assuré de son vivant et servies par un organisme assureur précédent en application du régime collectif d'entreprise.

Garanties incapacité temporaire-invalidité :

Vos salariés en arrêt de travail, précédemment garantis par un autre organisme assureur, bénéficient des garanties incapacité temporaire-invalidité au titre de votre contrat à partir de leur reprise d'activité (sauf rechute de l'arrêt de travail précédent).

L'invalidité constitue une prestation différée de l'état d'incapacité temporaire de travail et demeure de ce fait à la charge de l'assureur précédent. En conséquence, les assurés en incapacité temporaire sont couverts, en cas de survenance postérieure de l'invalidité, par l'assureur précédent.

Si l'assuré n'était pas précédemment garanti par un autre organisme assureur, il bénéficie des garanties incapacité temporaire-invalidité au titre de votre contrat dès lors qu'il a été déclaré et pris en compte lors de la souscription.

3. Anciens salariés bénéficiant du maintien des garanties au titre de l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008 à la date d'effet de votre contrat

Vos anciens salariés, couverts précédemment par un autre organisme assureur, peuvent bénéficier des garanties de votre contrat s'ils continuent à remplir les conditions définies à l'article 4.5, et sous réserve du paiement des cotisations liées à ce maintien.

4. Poursuite de la revalorisation des prestations

A votre demande, nous pouvons revaloriser les prestations en cours de service au titre des indemnités journalières, rentes d'invalidité, rentes de conjoint, rentes d'éducation, dans les conditions de l'article 6.2.

5. Salariés affiliés postérieurement à la date d'effet de votre contrat

En cas de demande d'affiliation présentée après la date d'effet de votre contrat, les garanties prennent effet pour vos salariés à la date d'embauche ou de promotion, sous réserve que la demande d'affiliation soit adressée dans les 30 jours suivant leur entrée dans le groupe assuré. A défaut, la couverture accordée prendra effet au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande d'affiliation.

4.2. Prise d'effet des modifications de garanties

En cas de modifications des garanties incapacité temporaire-invalidité et décès, les assurés dont les garanties sont maintenues au titre de l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008 sont couverts selon les nouvelles garanties.

En cas de modification des garanties incapacité temporaire-invalidité, les assurés en arrêt de travail pour maladie ou accident restent couverts selon les modalités contractuelles en vigueur à la date d'arrêt de travail.

En cas de modification des garanties décès, les assurés en arrêt de travail pour maladie ou accident, figurant toujours aux effectifs, sont garantis suivant ces nouvelles modalités. Si leur contrat de travail est rompu, ils sont couverts selon les modalités en vigueur à la date de radiation des effectifs.

4.3. Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- à la date d'effet de la résiliation de votre contrat ou de la garantie, sauf cas prévus à l'article 4.4 ;
- à la date à laquelle, en cas de suspension du contrat de travail, l'assuré cesse de percevoir tout salaire de votre part, sauf cas prévus à l'article 4.4 ;
- à la date à laquelle l'assuré cesse d'appartenir à la catégorie de personnel assurée, sauf en cas de maintien des garanties dans le cadre de l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008 ;
- à la date à laquelle l'ancien salarié cesse de remplir les conditions lui permettant de bénéficier du maintien des garanties dans le cadre de l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008, et ce dans la limite de 9 mois ;
- à la date d'effet de la retraite de la sécurité sociale de l'assuré (sauf dans le cas de cumul emploi-retraite).

4.4. Maintien des garanties décès en cas d'incapacité temporaire ou d'invalidité en cours de contrat

Les garanties en cas de décès sont maintenues, y compris après la résiliation de votre contrat, pendant la durée du versement par la sécurité sociale des indemnités journalières, des pensions d'invalidité ou des rentes d'accident du travail ou de maladie professionnelle, tant que l'assuré n'a pas repris une activité totale, ou liquidé sa pension de retraite.

Il est précisé qu'en cas de cumul emploi-retraite, le maintien des garanties décès est limité à la période de versement des indemnités journalières de la sécurité sociale.

Les cotisations restent dues dans les conditions prévues à votre contrat.

4.5. Maintien des garanties dans le cadre des dispositions de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008 en cours de contrat

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

Le contrat de travail doit avoir été d'une durée au moins égale à 1 mois. Les droits à garanties doivent avoir été ouverts avant la rupture du contrat de travail.

Le maintien des garanties prend effet au lendemain de la date de la rupture du contrat de travail. Vous êtes tenu de nous remettre les éléments suivants :

- la demande nominative de maintien des garanties (sous réserve du délai de réflexion de 10 jours de renonciation de la part de l'ancien salarié) ;
- le justificatif de prise en charge par le régime d'assurance chômage ;
- l'information relative à toute modification de la situation de l'ancien salarié entraînant la cessation du maintien des garanties ;
- les dates de début et de fin de la période de maintien.

La durée du maintien des garanties est égale à celle du dernier contrat de travail de l'ancien salarié, appréciée en mois entiers, dans la limite de 9 mois.

Le maintien des garanties cesse à :

- la date de cessation du versement des allocations payées par le régime d'assurance chômage ;
- la date de reprise d'une activité professionnelle par l'ancien salarié ;
- la date d'effet de la retraite sécurité sociale de l'ancien salarié ;
- l'issue de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié a droit, et ce dans la limite de 9 mois ;
- la date d'effet de la résiliation de votre contrat.

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

Nous pouvons à tout moment vous demander de justifier que l'ancien salarié remplit les conditions requises pour bénéficier du maintien des garanties.

4.6. Résiliation de votre contrat ou de la garantie

1. Effets de la résiliation sur les assurés en activité et les assurés bénéficiant du maintien des garanties au titre de l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008

La résiliation entraîne à sa date d'effet la cessation des garanties. Vous êtes débiteur de l'ensemble des cotisations dues avant la date d'effet de la résiliation.

L'assuré peut souscrire à titre individuel, aux conditions et tarifs en vigueur, aux garanties que nous présentons. Il doit en faire la demande dans un délai de 6 mois suivant la date d'effet de la résiliation.

2. Effets de la résiliation sur les assurés en incapacité temporaire ou en invalidité

Pour les assurés en incapacité temporaire ou en invalidité, la garantie en cas de décès est maintenue dans les conditions prévues à l'article 4.4.

Dans le cas où les assurés en incapacité temporaire ou en invalidité ont repris une activité salariée tout en continuant à percevoir des prestations de la sécurité sociale, et bénéficient de ce fait de droits au titre d'un nouveau contrat, la base de calcul est diminuée du salaire perçu au titre de cette activité pour le versement des prestations.

La garantie capital en cas de décès simultané ou postérieur du conjoint ou du partenaire pacsé ou du concubin et la garantie majoration de la rente d'éducation en cas de décès du dernier parent cessent à la date de la résiliation.

3. Effets de la résiliation sur les prestations en cours de service

Les prestations incapacité temporaire-invalidité, rente de conjoint et rente d'éducation en cours de service cesseront d'être revalorisées. Elles continueront à être servies à leur niveau atteint lors de la résiliation, et dans les conditions prévues aux dispositions particulières.

La prestation versée au titre de la garantie incapacité temporaire-invalidité qui s'applique est celle en vigueur à la date de résiliation de votre contrat ou de la garantie, ou à la date de radiation des effectifs.

La base de calcul des prestations est figée à la date de résiliation.

4. Vos obligations

En cas de changement d'assureur, il vous incombe de vous assurer que le nouvel organisme assureur :

- continuera de revaloriser les prestations d'incapacité de travail ou d'invalidité ainsi que les rentes de conjoint ou d'éducation en cours de service ;
- revalorisera les bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès conformément à la loi ;
- continuera d'assurer le maintien des garanties à vos anciens salariés bénéficiant des dispositions de l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008.

Quelles que soient l'origine et la cause de la résiliation, vous vous engagez à informer l'ensemble des assurés de la cessation des garanties.

Article 5

Cotisations

5.1. Montant et révision des cotisations

1. Base de calcul des cotisations

La base de calcul des cotisations permet de définir le montant des cotisations que vous nous versez. Elle correspond au salaire brut annuel de l'assuré servant de base aux cotisations de la sécurité sociale, à l'exclusion des primes, indemnités et rappels versés à l'occasion de son départ de l'entreprise.

Pour vos salariés en arrêt de travail, cette base comprend l'ensemble des éléments de salaire y compris la part assujettie aux charges sociales des indemnités journalières complémentaires versées dans le cadre d'un régime de prévoyance obligatoire.

Pour vos anciens salariés dont les garanties souscrites sont maintenues dans le cadre de l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008, cette base correspond au salaire mensuel brut des 12 derniers mois civils ayant servi de base aux cotisations à la sécurité sociale précédant la date de cessation du contrat de travail, à l'exclusion des sommes de toute nature versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail.

La base de calcul des cotisations se décompose en une ou plusieurs des tranches de ce salaire :

- tranche A ou « TA » : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la sécurité sociale ;
- tranche B ou « TB » : tranche de salaire comprise entre 1 fois et 4 fois le plafond annuel de la sécurité sociale ;
- tranche C ou « TC » : tranche de salaire comprise entre 4 fois et 8 fois le plafond annuel de la sécurité sociale.

2. Taux de cotisation

Les taux de cotisation sont fixés à l'article 12 du présent contrat en pourcentage de la base de calcul des cotisations.

Les frais sont fixés à 8 % des cotisations.

3. Révision des taux de cotisation

Les taux de cotisation seront maintenus pendant une durée de 3 ans à partir de la date d'effet du contrat, sous réserve des dispositions de l'article 1.5 du présent contrat relatif à la révision de votre contrat.

5.2. Paiement de vos cotisations

Vos cotisations sont payables trimestriellement à terme échu dans les 15 premiers jours de chaque trimestre civil. Il en est de même pour le paiement des cotisations trimestrielles dues pour le maintien des garanties dans le cadre de l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008.

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

- le nombre d'assurés à la fin du trimestre civil concerné ;
- la ou les bases de calcul des cotisations pour la période concernée, et pour vos anciens salariés bénéficiant du maintien des garanties dans le cadre de l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008 ;
- les bulletins nominatifs de maintien de garanties (sous réserve du délai de réflexion de 10 jours) ;
- les justificatifs, pour chacun d'eux, de prise en charge par le régime d'assurance chômage ;
- les dates de début et de fin de période de maintien.

5.3. Recouvrement de vos cotisations

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

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

Si le paiement n'est pas intervenu :

- les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure ;
- votre contrat est résilié 10 jours après la date de prise d'effet de la suspension.

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

Article 6

Prestations

6.1. Base de calcul des prestations

La base de calcul des prestations sert à déterminer le montant des prestations que nous versons à vos salariés.

Elle correspond à la base de calcul des cotisations relative aux 12 mois civils ayant précédé l'événement donnant lieu à la prestation.

Lorsque l'assuré dispose d'un contrat de travail de moins de 12 mois, la base de calcul des prestations est établie sur une base annuelle.

Lorsque les salaires pris en considération dans la base de calcul ne sont pas ceux des 12 mois civils précédant immédiatement le point de départ de l'incapacité temporaire de travail ou de l'invalidité ou du décès, ces salaires sont actualisés selon les dispositions de l'article « Revalorisation des prestations ».

Pour vos anciens salariés bénéficiant du maintien des garanties au titre de l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008, la base de calcul des prestations est identique à la base de calcul des cotisations.

6.2. Revalorisation des prestations

Le conseil d'administration peut décider chaque année de revaloriser les prestations périodiques en cours de service (garanties rente d'éducation, rente de conjoint, incapacité temporaire - invalidité), ainsi que la base de calcul des prestations.

6.3. Déclaration de sinistres et paiement des prestations

Tout sinistre doit nous être déclaré grâce aux formulaires prévus à cet effet.

Nous effectuons le paiement des prestations, sous réserve de la production des pièces justificatives visées au titre de chaque garantie.

Nous pourrions vérifier l'exactitude des déclarations et réclamer les informations complémentaires que nous jugerons nécessaires.

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

6.4. Plafonds de garantie

Le montant maximum des prestations garanties à un même assuré, capitaux et capitaux constitutifs des rentes, est limité à 100 fois le montant du plafond annuel de la sécurité sociale.

En cas de dépassement de ce plafond, le différentiel viendra en déduction du montant des prestations, dans l'ordre de priorité suivant :

- le montant de la majoration du capital décès d'origine accidentelle ;
- le montant du capital décès toutes causes ;
- le montant du capital constitutif de la rente de conjoint ;
- le montant des capitaux constitutifs des rentes d'éducation.

6.5. Contrôle médical

Lors d'une demande de prestations ou pendant leur service, nous pouvons procéder à un contrôle médical, réclamer toutes pièces que nous estimerons nécessaires pour contrôler l'état de santé de l'assuré et éventuellement suspendre le versement des prestations ou en réviser les conditions.

L'assuré qui conteste notre décision relative à son état de santé peut se faire représenter par son médecin dans une entrevue amiable avec notre médecin-conseil.

En cas de désaccord entre l'assuré et son médecin, d'une part, et notre médecin, d'autre part, les parties font appel à un troisième médecin pour les départager. Faute d'accord sur le choix de ce médecin, un médecin sera désigné par le tribunal de grande instance de la résidence de l'assuré sur requête de la partie la plus diligente.

L'avis de ce troisième médecin est accepté par les deux parties.

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

En cas de refus d'un assuré de répondre à un contrôle médical ou de justifier sa situation médicale ou sa situation au regard de la sécurité sociale, le paiement des prestations sera refusé ou suspendu sans droit de rappel ultérieur.

6.6. Mobilité des assurés à l'étranger

Les garanties sont acquises aux assurés exerçant leur activité sur le territoire français. Lors de déplacements privés ou professionnels de moins de 3 mois ou à l'occasion du détachement d'un assuré hors du territoire français (sauf les pays formellement déconseillés par le ministère des affaires étrangères), les garanties s'exercent.

6.7. Déclaration des déplacements groupés

Pour tout déplacement terrestre, maritime ou aérien de plus de 50 salariés et tout regroupement de plus de 200 salariés organisés en dehors de vos locaux habituels de travail, vous devrez nous adresser une déclaration préalable au moins 3 semaines avant le déplacement ou le regroupement.

Nous nous prononcerons sur les conditions dans lesquelles les garanties souscrites peuvent être maintenues à ces salariés.

A défaut de déclaration préalable et/ou d'acceptation de notre part, nous nous réservons la faculté de réduire ou de supprimer les prestations. Notre engagement sera limité à 100 millions d'euros par évènement.

Par évènement, il faut entendre un accident ou une catastrophe naturelle entraînant le décès ou l'invalidité d'au moins 3 assurés.

L'engagement est défini comme étant le cumul des garanties que nous accordons (capitaux et ou capitaux constitutifs des rentes).

6.8. Exclusions

1. Exclusions concernant l'incapacité temporaire et l'invalidité

Les faits intentionnellement et volontairement provoqués par l'assuré ne sont pas couverts.

2. Exclusions concernant les garanties en cas de décès

Sont exclus des garanties en cas de décès, les sinistres résultant :

- de participations aux guerres civiles et étrangères, quel que soit le lieu où se déroulent les évènements et quels que soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active ;
- de la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes, quelles qu'en soient l'origine et l'intensité.

3. Exclusions concernant le capital décès accidentel

Outre les exclusions de garanties précisées au paragraphe précédent, les prestations liées au caractère accidentel du décès ne sont pas dues si le décès résulte de l'une des causes suivantes :

- état d'ivresse constaté médicalement par un taux d'alcool susceptible d'être pénalement sanctionné par la législation française en vigueur pour la conduite d'un véhicule et si l'assuré est reconnu comme étant responsable de l'accident ;
- usage de stupéfiants ou produits toxiques non prescrits médicalement ;
- pratiques d'ULM, deltaplane, parapente, parachutisme, sauts à l'élastique, et toutes autres formes de vol libre ;
- accident de navigation aérienne : le décès consécutif à un accident de navigation aérienne n'est garanti que si l'assuré décédé se trouvait à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet ou une licence non périmé, le pilote pouvant être l'assuré lui-même ;
- participation à des concours ou essais, courses, matches, compétitions sportives, lorsque cette participation comporte l'utilisation de véhicules, d'embarcations à moteur ou de moyens de vol aérien ;
- pratiques de toute activité sportive non représentée par une fédération sportive ;
- pratiques de sports à titre professionnel ;
- activités professionnelles sous la mer ;
- rixes, sauf en cas de légitime défense ;
- émeutes quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active ;
- fabrication et manipulation d'explosifs, de munitions ou de feux d'artifices.

6.9. Déchéance

Le bénéficiaire qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort à l'assuré est déchu du bénéfice des garanties, celles-ci produisant leur effet au profit des autres bénéficiaires.

Article 7

Garantie capital décès

Cette garantie permet de pallier les conséquences financières liées au décès ou à la perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré, et éventuellement en cas de décès d'un membre de la famille.

7.1. Capital décès toutes causes

Ce capital est exprimé en pourcentage de la base de calcul des prestations.

En cas de décès de l'assuré, le capital décès toutes causes est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s).

7.2. Perte totale et irréversible d'autonomie

La perte totale et irréversible d'autonomie est l'incapacité définitive et totale de l'assuré d'exercer une activité professionnelle quelconque avec l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré, celui-ci peut recevoir par anticipation, et à sa demande, le capital prévu en cas de décès toutes causes, sous les conditions cumulatives suivantes :

- être classé avant son départ à la retraite en 3^e catégorie d'invalidité ou bénéficier d'un taux d'incapacité permanente de 100 % au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ;
- bénéficier de la majoration pour l'assistance d'une tierce personne de la sécurité sociale.

Notre médecin-conseil a la possibilité d'apprécier la demande de l'assuré et de reconnaître l'état de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré.

La demande doit être effectuée dans les 24 mois qui suivent la date de notification d'attribution de la pension ou de la rente par la sécurité sociale.

Le versement du capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie met fin à la garantie « capital décès toutes causes » de l'assuré.

7.3. Capital supplémentaire en cas de décès accidentel ou de perte totale et irréversible d'autonomie accidentelle

Un capital supplémentaire est versé lorsque le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie est due à un accident. Le décès et la perte totale et irréversible d'autonomie sont d'origine accidentelle s'ils sont intervenus dans les 12 mois qui suivent cet accident.

Le capital décès accidentel est dû en cas d'accident postérieur à la date à laquelle l'assuré est reconnu en perte totale et irréversible d'autonomie, même si celui-ci a perçu par anticipation le capital décès toutes causes.

Le versement du capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie met fin à la garantie « capital supplémentaire en cas de décès accidentel » de l'assuré.

On entend par accident toute atteinte corporelle indépendante de la volonté de l'assuré provenant de l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure.

La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré, ainsi que la preuve de la nature de l'accident, incombent au bénéficiaire.

7.4. Désignation de bénéficiaires liée à la garantie capital décès

Les capitaux décès sont versés dans l'ordre de priorité suivant, en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés ou en l'absence de désignation particulière de bénéficiaires par l'assuré :

- au conjoint de l'assuré non séparé judiciairement ;
- à défaut au partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité ;
- à défaut au concubin de l'assuré ;
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés ;
- à défaut, par parts égales entre eux, aux ascendants à charge de l'assuré ;
- à défaut, par parts égales entre eux, aux parents de l'assuré et, en cas de décès de l'un d'eux, au survivant pour la totalité ;
- à défaut, aux héritiers de l'assuré à proportion de leurs parts héréditaires.

Toutefois, l'assuré est libre de désigner un ou plusieurs bénéficiaires de son choix au moment de son affiliation ou ultérieurement.

Cette désignation peut être effectuée à l'aide de l'imprimé « désignation particulière de bénéficiaires » que nous délivrons à cet effet ou par un acte sous seing privé ou authentique. Dans ce cas, il appartient à l'assuré de nous informer de l'existence de cette désignation particulière.

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, l'assuré peut nous préciser ses coordonnées.

La clause bénéficiaire peut être modifiée à tout moment. Toutefois, la désignation devient irrévocable en cas d'acceptation de celle-ci par le bénéficiaire. Dans ce cas, l'assuré ne pourra plus revenir sur les termes de cette désignation sans l'accord dudit ou desdits bénéficiaires.

En cas de désignation particulière de bénéficiaires par l'assuré, nous lui adresserons un courrier en recommandé pour l'informer de la prise en compte de son changement de désignation.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie, l'intégralité du capital est versée à sa demande à l'assuré lui-même.

7.5. Décès simultané ou postérieur du dernier parent

En cas de décès simultané, c'est-à-dire survenu au cours du même évènement, ou en cas de décès postérieur du dernier parent du (ou des) enfant(s) à charge, non remarié, non repacsé, un capital est versé et réparti par parts égales entre eux, dans la mesure où ils étaient à la charge de l'assuré à la date du décès.

7.6. Garantie frais d'obsèques

Votre contrat prévoit le versement d'un capital pour frais d'obsèques, en cas de décès :

- de l'assuré : le capital est versé au conjoint, ou au partenaire pacsé ou au concubin ;
- du conjoint, ou du partenaire pacsé ou du concubin : le capital est versé à l'assuré ;
- des enfants à charge de l'assuré tels que définis à l'article 3.3 : le capital est versé à l'assuré.

En cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans ou d'une personne sous tutelle, ce capital ne peut excéder le montant des frais d'obsèques réellement engagés.

A défaut de bénéficiaire tel qu'indiqué ci-dessus, le capital est versé à la personne ayant supporté les frais d'obsèques, sur présentation de la facture acquittée.

7.7. Garantie décès à options

L'assuré a le choix entre les quatre options suivantes :

- option 1 : capital décès ;
- option 2 : capital décès + rente d'éducation ;
- option 3 : capital décès + rente de conjoint ;
- option 4 : capital décès + rente d'éducation + rente de conjoint.

Le salarié exprime son choix lors de son affiliation.

Il peut le modifier :

- tous les ans avec prise d'effet au 1^{er} janvier, la demande de modification devant nous parvenir avant le 31 décembre qui précède ;
- ou à tout moment en cas de modification de situation familiale notifiée dans les 3 mois qui suivent l'évènement. Dans ce cas, la modification prend effet au lendemain du jour de l'évènement.

A défaut de choix exprimé par l'assuré, nous retiendrons obligatoirement le capital décès seul.

7.8. Pièces justificatives

Nous effectuons le règlement des prestations relatives aux garanties capital décès après réception de l'ensemble des pièces justificatives que vous nous aurez transmises, comprenant :

- une demande de prestations comportant votre attestation que l'assuré était bien garanti à la date du décès ;
- les éléments nécessaires à la détermination des prestations :
 - une copie intégrale de l'acte de décès de l'assuré ou bien la notification de la perte totale et irréversible d'autonomie ;
 - une copie intégrale de l'acte de naissance de l'assuré délivrée depuis moins de 3 mois ;
 - un certificat médical attestant que le décès est dû ou non à une cause naturelle ;
- les pièces justificatives de la qualité de bénéficiaire ;
- la preuve, apportée par le bénéficiaire, de la relation directe de cause à effet entre l'accident et le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré, ainsi que la preuve de la nature de l'accident.

Article 8

Garantie rente de conjoint

Cette garantie a pour objet d'assurer au conjoint, au partenaire passé, ou au concubin survivant, le service d'une rente viagère et éventuellement d'une rente temporaire en cas de décès de l'assuré.

8.1. Rente viagère

La rente viagère est versée tant que le conjoint, partenaire passé ou concubin est en vie.

Le montant de la rente viagère est égal à un pourcentage de la base de calcul des prestations.

8.2. Rente temporaire

Votre contrat prévoit le versement d'une rente temporaire. La rente temporaire est versée jusqu'à ce que le conjoint puisse bénéficier de la pension de réversion du régime de retraite complémentaire de l'ARRCO.

Le partenaire pacsé ou le concubin est assimilé au conjoint pour l'application de ces dispositions. Ses droits sont examinés par référence aux conditions d'attribution de la pension de réversion au conjoint par le régime de retraite complémentaire de l'ARRCO.

Le montant de la rente temporaire est égal à un pourcentage de la base de calcul des prestations.

8.3. Paiement et durée

La date d'effet de la rente de conjoint est fixée au premier jour du mois suivant la date du décès. Les rentes sont payables par trimestre civil, à terme échu.

La rente temporaire cesse à la date à laquelle le conjoint peut prétendre à la pension de réversion du régime de retraite complémentaire de l'ARRCO ou celle à laquelle le partenaire pacsé ou le concubin aurait pu y prétendre s'il avait été marié à l'assuré.

Lors du décès du bénéficiaire, la rente viagère et le, cas échéant, la rente temporaire cessent d'être dues à la fin du trimestre au cours duquel le décès est survenu.

8.4. Pièces justificatives

Nous effectuons le règlement des prestations relatives à la rente de conjoint après réception de l'ensemble des pièces justificatives que vous nous aurez transmises, comprenant en complément de celles demandées à l'article 7.8 :

- l'avis d'imposition de l'assuré ;
- une copie intégrale de l'acte de naissance du bénéficiaire délivrée depuis moins de 3 mois ;
- un relevé d'identité bancaire permettant le versement des prestations ;
- le numéro de sécurité sociale du bénéficiaire.

Pour les concubins, il conviendra en outre de fournir toutes pièces prouvant que l'assuré et le bénéficiaire aient une vie commune notoire et permanente depuis au moins 2 ans ou qu'un enfant est né de leur union.

Article 9

Garantie rente d'éducation

Cette garantie a pour objet d'assurer à chaque enfant à charge le service d'une rente d'éducation, en cas de décès de l'assuré.

9.1. Montant de la rente d'éducation

Le montant annuel de la rente temporaire est fixé en pourcentage de la base de calcul des prestations. Il peut être progressif selon l'âge de l'enfant.

Si l'enfant bénéficiaire devient orphelin de père et de mère du fait du décès postérieur du dernier parent non (re)marié, non (re)pacsé, la rente d'éducation pourra être majorée.

Cette rente d'éducation est versée à titre viager pour les enfants handicapés tels que définis à l'article 3.3.

En cas de prédécès du conjoint de l'assuré, il peut être versé une rente supplémentaire pour chaque enfant à charge âgé de moins de 17 ans.

9.2. Paiements et durée

La date d'effet de la rente d'éducation est fixée au premier jour du mois suivant le décès de l'assuré.

En cas de rente progressive, la majoration intervient au premier jour du trimestre civil suivant l'anniversaire de l'enfant.

Les rentes sont payées par trimestre civil, à terme échu.

La rente est versée au représentant légal de l'enfant ou à l'enfant à charge, sur sa demande, s'il a la capacité juridique.

Toute modification de la situation de l'enfant à charge, autre que la limite d'âge prévue au contrat, doit nous être signalée sans délai.

Si l'enfant bénéficiaire devient orphelin de père et de mère du fait du décès du dernier parent non (re)marié, non (re)pacsé, la rente d'éducation pourra être majorée au premier jour du mois suivant le décès du dernier parent.

Nous demandons annuellement de justifier que les enfants à charge continuent de remplir les conditions requises pour la poursuite du versement des prestations.

Le service de la rente cesse définitivement à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant ne remplit plus les conditions requises pour être bénéficiaire. Il en est de même en cas de décès de l'enfant bénéficiaire.

9.3. Pièces justificatives

Nous effectuons le règlement des prestations relatives à la rente d'éducation après réception de l'ensemble des pièces justificatives que vous nous aurez transmises, comprenant en complément de celles demandées à l'article 7.8 :

- l'avis d'imposition de l'assuré ;
- une copie intégrale de l'acte de naissance du bénéficiaire délivrée depuis moins de 3 mois ;
- un relevé d'identité bancaire permettant le versement des prestations ;
- le numéro de sécurité sociale du bénéficiaire.

Article 10

Garanties incapacité temporaire-invalidité

10.1. Définition des garanties

Les garanties incapacité temporaire et invalidité ont pour objet d'indemniser les assurés, contraints par suite de maladie ou d'accident, d'interrompre partiellement ou totalement leur activité.

Ces garanties s'appliquent aux arrêts de travail, constatés médicalement et que nous reconnaissons, ouvrant droit aux prestations en espèces de la sécurité sociale, au titre de l'assurance maladie ou au titre de l'assurance des accidents du travail et maladies professionnelles.

Les arrêts de travail indemnisés par la sécurité sociale au titre du congé de maternité, de paternité ou d'adoption n'entrent pas dans l'objet de la garantie.

10.2. Garantie incapacité temporaire

1. Définition

Tout assuré cessant son travail par suite de maladie ou d'accident est considéré en incapacité temporaire de travail. Il doit en outre percevoir des indemnités de la sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou au titre de l'assurance des accidents de travail et maladies professionnelles pour pouvoir bénéficier de nos indemnités journalières complémentaires.

Les indemnités journalières sont déterminées sur une base journalière qui correspond à la base de calcul de prestations divisée par 360. Les prestations garanties sont exprimées sous déduction des indemnités journalières brutes de sécurité sociale.

Lorsque, du fait notamment d'une mesure de sanction prise par la sécurité sociale, les indemnités de cet organisme sont :

- réduites, les indemnités journalières complémentaires que nous versons ne compenseront pas cette minoration ;
- supprimées, le versement des indemnités journalières complémentaires sera suspendu.

Pour vos anciens salariés bénéficiant du maintien de la garantie incapacité temporaire dans le cadre de l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008, les prestations maintenues ne peuvent conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités journalières d'un montant supérieur à celui des allocations de chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période compte tenu des indemnités versées par la sécurité sociale et de tout autre revenu d'activité ou de remplacement.

Le versement des indemnités journalières complémentaires débute à l'issue d'une période d'incapacité de travail dénommée franchise.

2. Rechute

Après un premier arrêt de travail que nous avons indemnisé, tout nouvel arrêt de travail pendant la durée de l'affiliation de l'assuré, donnant lieu au paiement des indemnités journalières complémentaires et survenant dans un délai maximum de 2 mois suivant la reprise du travail, est considéré comme une rechute.

Aucune franchise, en dehors de celle éventuellement pratiquée par la sécurité sociale, n'est alors appliquée et les prestations sont calculées sur les mêmes bases que celles de l'arrêt de travail précédent.

La garantie en vigueur à la date du premier arrêt de travail est retenue pour le calcul des prestations.

3. Paiement et durée des prestations

Nous effectuons le règlement des indemnités journalières après réception de l'ensemble des pièces justificatives que vous nous aurez transmises.

La déclaration de sinistre doit être effectuée dans les 2 mois suivant la fin de la période de franchise, au-delà, les indemnités seront versées à compter de la date de réception de la déclaration.

Tant que le contrat de travail de l'assuré n'est pas rompu, ces prestations vous sont réglées et vous les reversez à l'assuré après calcul et précompte des charges sociales. En cas de rupture du contrat de travail, les prestations sont versées directement à l'assuré.

Le service des indemnités journalières cesse :

- à la date à laquelle prennent fin les indemnités journalières servies par la sécurité sociale ;
- en cas de contrôle médical, à la date à laquelle l'assuré ne justifie plus d'une incapacité au sens du présent contrat ;
- et, en tout état de cause, à compter de la date d'effet d'une pension de retraite servie par le régime général de la sécurité sociale ou par un régime complémentaire AGIRC ou ARRCO, sauf en cas de cumul emploi-retraite.

10.3. Garantie invalidité

1. Définition

Il peut être attribué une rente d'invalidité à tout assuré considéré :

- en invalidité permanente partielle ou totale lorsque, par suite d'accident ou de maladie, il est atteint d'une invalidité, constatée médicalement et que nous reconnaissons, réduisant partiellement ou totalement sa capacité à exercer une activité professionnelle ;
- et qui bénéficie, en outre :
 - d'une pension d'invalidité de 1^{re}, 2^e ou 3^e catégorie de la sécurité sociale ;
 - ou d'une rente d'incapacité permanente reconnue par la sécurité sociale, à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, dont le taux est au moins égal à 33 %.

Le montant de la rente d'invalidité est fixé en pourcentage de la base de calcul des prestations.

L'incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 33 % et inférieur à 66 % est assimilée à une invalidité de la 1^{re} catégorie de la sécurité sociale.

Lorsque le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 66 %, l'assimilation est faite à une invalidité de 2^e catégorie de la sécurité sociale. La perception d'une allocation de tierce personne de la sécurité sociale entraîne l'assimilation à une invalidité de 3^e catégorie de la sécurité sociale.

2. Paiement et durée des prestations

Les rentes complémentaires d'invalidité sont versées à l'assuré par trimestre civil, à terme échu. Le premier et le dernier paiement peuvent ne représenter qu'un prorata de rente.

Les rentes d'invalidité cessent :

- à la date à laquelle l'assuré cesse de percevoir une pension d'invalidité ou une rente, au titre d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, versées par la sécurité sociale ;
- à la date à laquelle il ne justifie plus d'un état d'invalidité au sens du présent contrat ;
- et, en tout état de cause, à la date d'effet d'une pension de retraite servie par le régime général de la sécurité sociale ou par un régime complémentaire AGIRC ou ARRCO.

10.4. Allocation tierce personne

Une allocation tierce personne est versée à l'assuré bénéficiant d'une pension d'invalidité 3^e catégorie de la sécurité sociale.

10.5. Reprise d'activité

En cas de reprise d'activité, si l'assuré continue de bénéficier d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité, nous accordons des prestations complémentaires réduites dans la limite fixée par la règle de cumul ci-dessous.

10.6. Règle du cumul

L'ensemble des prestations perçues par l'assuré au titre d'une incapacité temporaire de travail ou d'une invalidité permanente, ne pourra être supérieur au salaire net de l'assuré.

L'ensemble des prestations regroupe la rémunération versée par l'employeur, les prestations versées en application du présent contrat, celles servies par la sécurité sociale et tout autre organisme de prévoyance collective obligatoire ou celles versées par l'assurance chômage.

S'il n'en était pas ainsi, les prestations seraient alors réduites à due concurrence.

Dans le cas où l'assuré bénéficiant d'une rente d'invalidité reprend une activité à temps partiel, le calcul des prestations pouvant lui être versées dans le cadre de la règle de cumul est effectué une fois pour toutes au moment de la reprise d'activité à temps partiel.

10.7. Subrogation

Nous pouvons exercer toute action contre les tiers responsables, pour obtenir le recouvrement des prestations payées.

10.8. Pièces justificatives

Tout accident ou maladie entraînant un arrêt de travail pouvant donner lieu à prestations complémentaires d'incapacité temporaire ou d'invalidité doit nous être déclaré par lettre, accompagnée de l'ensemble des pièces justificatives :

- déclaration d'arrêt de travail ;
- décomptes de la sécurité sociale ;
- notification d'attribution d'une pension d'invalidité ;
- notification d'attribution d'une rente pour accident du travail ou maladie professionnelle.

Article 11

Généralités de votre contrat

11.1. Autorité de contrôle

Nous sommes soumis au contrôle de l'autorité de contrôle prudentiel, ACP, 61, rue Taitbout, 75009 Paris.

11.2. Prescription

Le délai de prescription de toute action dérivant de votre contrat est de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

La prescription est portée à 10 ans lorsque le bénéficiaire n'est pas l'assuré.

Elle est portée à 5 ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

11.3. Informatique et libertés

Conformément à la loi « informatique et libertés », les assurés ont libre accès aux informations les concernant sur nos fichiers. Ils peuvent également demander la rectification de ces informations.

Sauf opposition écrite de la part des assurés, ces informations peuvent nous être communiquées ainsi qu'à nos partenaires, dont la liste leur sera transmise sur simple demande.

Les courriers sont à adresser à : Malakoff Médéric, secrétariat général, 21, rue Laffitte, 75317 Paris Cedex 09, ou par e-mail : sgil@malakoffmederic.com.

TITRE II

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES RELATIVES AUX GARANTIES

Article 12

Taux de cotisations

Les taux de cotisations sont fixés à :

(En pourcentage.)

COLLÈGE cadres et article 36	MONTANT DES COTISATIONS											
	Option 1			Option 2			Option 3			Option 4		
Garantie	TA	TB	TC	TA	TB	TC	TA	TB	TC	TA	TB	TC
Capital décès toutes causes	0,80	0,83	0,30	0,40	0,42	0,14	0,54	0,56	0,19	0,23	0,24	0,09

COLLÈGE cadres et article 36	MONTANT DES COTISATIONS											
	Option 1			Option 2			Option 3			Option 4		
Capital décès accident	0,10	0,10	0,03	0,09	0,09	0,03	0,05	0,05	0,02	0,06	0,06	0,02
Frais d'obsèques	0,05	0,05	0,02	0,04	0,04	0,02	0,05	0,05	0,02	0,05	0,05	0,02
Allocations d'édu- cation				0,42	0,43	0,16				0,46	0,47	0,17
Rente de conjoint							0,31	0,32	0,12	0,15	0,16	0,05
Indemnités journa- lières	0,46	0,95	0,34	0,46	0,95	0,34	0,46	0,95	0,34	0,46	0,95	0,34
Invalidité	0,84	1,67	0,61	0,84	1,67	0,61	0,84	1,67	0,61	0,84	1,67	0,61
Total cotisations	2,25	3,60	1,30	2,25	3,60	1,30	2,25	3,60	1,30	2,25	3,60	1,30

(En pourcentage.)

COLLÈGE non cadres	MONTANT DES COTISATIONS							
	Option 1		Option 2		Option 3		Option 4	
Garantie	TA	TB	TA	TB	TA	TB	TA	TB
Capital décès toutes causes	0,80	0,79	0,39	0,39	0,54	0,52	0,24	0,24
Capital décès accident	0,09	0,09	0,09	0,08	0,05	0,05	0,06	0,06
Frais d'obsèques	0,06	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05
Allocations d'édu- cation			0,42	0,41			0,46	0,43
Rente de conjoint					0,31	0,31	0,15	0,15
Indemnités journa- lières	0,46	0,89	0,46	0,89	0,46	0,89	0,46	0,89
Invalidité	0,83	1,58	0,83	1,58	0,83	1,58	0,83	1,58
Total cotisations	2,24	3,40	2,24	3,40	2,24	3,40	2,24	3,40

Article 13

Montant des garanties

(En pourcentage.)

COLLÈGE ENSEMBLE du personnel en activité	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 4
Capital décès de l'assuré	TA/TB/TC			
– capital de base/décès toute cause ou invalidité totale et permanente (en pourcentage du salaire de réf- érence)				
– quelle que soit la situation familiale de l'assuré	400 %	250 %	250 %	100 %

COLLÈGE ENSEMBLE du personnel en activité	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 4														
<ul style="list-style-type: none">– supplément en cas d'accident (en pourcentage du salaire de référence)– double effet (en pourcentage du capital de base y compris majorations familiales, versé aux enfants à charge en cas de décès concomitant ou rapproché du conjoint au sens strict)	200 % 100 % du capital de base																	
Frais d'obsèques (en pourcentage du PMSS *) <ul style="list-style-type: none">– assuré, conjoint, tiers lié à l'assuré par un Pacs, concubin, enfant à charge	PMSS (*) 200 %																	
Allocations d'éducation (en pourcentage du salaire de référence) <ul style="list-style-type: none">– allocation d'éducation de base– enfant à charge de moins de 17 ans– enfant à charge de 17 à 26 ans– allocation d'orphelins de père ou de mère (en cas de prédécès du conjoint)– enfant à charge de moins de 17 ans– allocation d'orphelins de père et de mère Par enfant	TA/TB/TC <table><tr><td rowspan="4">Néant</td><td>20 %</td><td rowspan="4">Néant</td><td>15 %</td></tr><tr><td>25 %</td><td>20 %</td></tr><tr><td>7,50 %</td><td>7,50 %</td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">Doublement de la rente de base</td><td colspan="2">Néant</td></tr></table>				Néant	20 %	Néant	15 %	25 %	20 %	7,50 %	7,50 %			Doublement de la rente de base		Néant	
Néant	20 %	Néant	15 %															
	25 %		20 %															
	7,50 %		7,50 %															
Doublement de la rente de base		Néant																
Rente de conjoint (en pourcentage du salaire de référence SR et variable selon l'âge de l'assuré du décès) <ul style="list-style-type: none">– rente temporaire– rente viagère	TA/TB/TC																	
	Néant	Néant	0,5 % x SR x (âge au décès – 25) 1 % x SR x (65 – âge au décès)	0,25 % x SR x (âge au décès – 25) 0,5 % x SR x (65 – âge au décès)														
Indemnités journalières (en 365 ^e du salaire de référence, sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale, toutes ressources confondues limitées au salaire net d'activité) <ul style="list-style-type: none">– point de départ– montant de l'indemnité	TA/TB/TC En relais de la CCN 80 % du salaire brut																	
Invalidité (en pourcentage du salaire de référence, sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale, toutes ressources confondues limitées au salaire net d'activité)	TA/TB/TC																	

COLLÈGE ENSEMBLE du personnel en activité	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 4
– 1 ^{re} catégorie, rente accident du travail ou maladie professionnelle dont le taux d'incapacité permanente est compris entre 33 % et 65 %	48 % du salaire brut			
– 2 ^e ou 3 ^e catégorie, rente accident du travail ou maladie professionnelle dont le taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à 66 %	80 % du salaire brut			
– allocation tierce personne (3 ^e catégorie)	Oui (valeur au 1 ^{er} juillet 2011 : 5 516 € par an)			
(*) PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale (valeur 2012 : 3 031 €).				

Article 14

Date d'effet

Le contrat prend effet le 1^{er} janvier 2012.

Fait à Paris, le 16 novembre 2011.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE

CONTRAT D'ADHÉSION FRAIS DE SANTÉ

Dans ce contrat, nous utilisons les termes suivants :

Le souscripteur est l'entreprise souscrivant le contrat pour son compte et pour celui des sociétés constituant le périmètre de souscription tel que défini à l'article 1.3 du présent contrat. Il sera désigné par vous.

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

Les catégories de personnel renvoient aux catégories de personnel pour lesquelles vous avez conclu ce contrat frais de santé. Elles sont définies à l'article 1.2 du présent contrat.

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

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

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1^{er}

Dispositions relatives à la vie de votre contrat

1.1. Objet de votre contrat

Votre contrat est un contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire que vous souscrivez auprès de Malakoff Médéric Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale.

Il a pour objet de fixer les conditions dans lesquelles nous accordons à vos salariés et à leurs ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité.

Votre contrat répond aux critères qualifiant les contrats de « responsables » par référence aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale, décrits à l'article 6.3 du présent contrat.

Votre contrat se compose de deux parties indissociables :

- les dispositions générales définissant les obligations de chacun ainsi que l'ensemble des garanties que nous proposons ;
- les dispositions particulières qui comportent notamment :
 - la date d'effet de votre contrat ;
 - la nature et le montant des prestations ;
 - les taux de cotisation correspondant aux garanties prévues.

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

1.2. Définition des catégories de personnel

La catégorie de personnel assurée par votre contrat est : l'ensemble du personnel en activité.

Par ailleurs, peuvent être affiliés au régime à titre facultatif : les conjoints non à charge au sens de la sécurité sociale, disposant ou non d'une mutuelle.*

1.3. Périmètre de souscription

Vous souscrivez pour votre propre compte et celui des sociétés constituant le périmètre de souscription dont vous avez reçu mandat à cet effet.

Le périmètre de souscription est constitué des sociétés suivantes :

SIREN N°	ENTREPRISE N°	CONTRAT N°	RAISON SOCIALE
775 671 878 00707	166 028	M1/M46412-0001-S	Unédic
775 671 878 00566	166 028	M1/M46412-0001-S	Délégation Unédic AGS

1.4. Prise d'effet et renouvellement de votre contrat

Votre contrat prend effet à la date indiquée aux dispositions particulières. Il doit nous être retourné signé. Il expire après une période de 36 mois et peut être renouvelé expressément pour une durée de 1 année après cette période par lettre recommandée avec avis de réception, dans la limite de deux reconductions.

1.5. Résiliation annuelle de votre contrat

Votre contrat peut être résilié par chacune des parties au 31 décembre. Une lettre recommandée avec avis de réception doit être envoyée à l'autre partie au moins 2 mois avant la fin de l'année, soit au plus tard le 31 octobre.

1.6. Révision de votre contrat

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

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

A compter de l'envoi de la notification vous avez 2 mois pour accepter ou refuser les nouvelles conditions, à défaut d'accord trouvé entre vous et nous, le contrat sera résilié de votre fait.

1.7. Situation juridique ou économique

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

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

1.8. Clause attributive

Tout différend entre Malakoff Médéric Prévoyance et vous, si vous êtes une société commerciale, est de la compétence des tribunaux de notre siège social.

Article 2

Obligations d'information

2.1. Obligations déclaratives

Vous vous engagez à affilier tous vos salariés présents et futurs appartenant à la catégorie de personnel assurée et à nous adresser les bulletins individuels d'affiliation complétés et signés par les assurés dans les 30 jours suivant leur entrée dans la catégorie de personnel assurée.

Ces bulletins devront également être adressés en cas de changement de situation familiale d'un assuré.

Vous devez également nous signaler les modifications de situation professionnelle de vos salariés dans un délai de 30 jours.

2.2. Obligations déclaratives en fin d'exercice

Vous nous faites parvenir à la fin de chaque exercice, au plus tard au 31 janvier suivant, la liste des assurés, précisant notamment pour chacun : nom, prénoms, date de naissance, numéro d'immatriculation à la sécurité sociale, situation de famille, date d'entrée et de sortie dans l'exercice.

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

2.3. Notice d'information à destination des assurés

Vous devez remettre aux assurés la notice d'information que nous avons établie. Celle-ci définit les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir pour obtenir un remboursement.

La preuve de la remise de la notice d'information à l'assuré et de l'information relative aux modifications contractuelles vous incombe.

Vous devez informer par écrit les assurés de toute modification de leurs droits et obligations.

Article 3

Affiliation des assurés et définition de ses ayants droit

3.1. Demande d'affiliation

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

Pour le conjoint non à charge de l'assuré déjà connu par nos services à la date d'effet du présent contrat, la situation actuelle est maintenue. Toutefois, celui-ci pourra demander sa radiation jusqu'au 31 mars 2012 et ne pourra pas être réinscrit pendant une période de 2 ans.

Pour le conjoint non à charge au sens de la sécurité sociale non connu par nos services à la date d'effet du présent contrat, l'inscription prendra effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande d'affiliation.

Concernant l'affiliation éventuelle d'un conjoint, partenaire lié à l'assuré par un Pacs ou concubin non à charge au sens de la sécurité sociale, les régies sont les suivantes :

DURÉE D'AFFILIATION	AFFILIATION DU CONJOINT non à charge au sens de la sécurité sociale (minimum de 36 mois sauf radiation de l'assuré principal) (*). En cas de renonciation, il est cependant possible de souscrire à nouveau après une période de radiation de 2 ans.
Sauf : – changement de situation économique (conjoint non à charge qui devient à charge de l'assuré au sens de la sécurité sociale) – changement de situation de couple (divorce, dissolution d'un pacte civil de solidarité, fin de concubinage, etc.)	1 ^{er} jour du mois qui suit l'événement
(*) Ce délai est décompté à partir de la date de radiation notifiée.	

3.2. Fausse déclaration

L'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré ou de votre part de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser notre appréciation. Les cotisations payées nous sont acquises.

3.3. Définition des ayants droit

Lorsqu'ils bénéficient des prestations, les ayants droit de l'assuré sont :

- le conjoint à charge au sens de la sécurité sociale, et à défaut :
 - la personne ayant conclu avec l'assuré célibataire, veuf ou divorcé, un Pacs, et étant à charge au sens de la sécurité sociale ;
 - ou le concubin de l'assuré célibataire, veuf ou divorcé, à charge au sens de la sécurité sociale.
- les enfants considérés comme ayants droit par la sécurité sociale au titre de l'assuré, de son conjoint, du partenaire lié à l'assuré par un Pacs ou de son concubin, à charge au titre de la sécurité sociale, ainsi que les enfants de moins de 21 ans qui exercent une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 55 % du Smic ;
- les enfants, quel que soit leur âge, percevant une allocation d'éducation pour enfant handicapé prévue à l'article L. 541-1 du code de la sécurité sociale ou une allocation d'adulte handicapé prévue à l'article L. 821-1 du code de la sécurité sociale.

Sont également considérés comme ayants droit jusqu'à la fin de leur 28^e anniversaire :

- les enfants qui poursuivent leurs études et qui :
 - soit, bénéficient du régime des étudiants en application de l'article L. 381-3 du code de la sécurité sociale ;
 - soit, sont considérés par la sécurité sociale comme ayants droit de l'assuré, de son conjoint, du partenaire lié à l'assuré par un Pacs, ou de son concubin à charge au sens de la sécurité sociale.
- les enfants en contrat d'apprentissage, ou en contrat de professionnalisation et qui perçoivent une rémunération limitée à 55 % du Smic ;
- les enfants de moins de 28 ans vivant sous le même toit que l'assuré et exerçant une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 55 % du Smic,
- les enfants primo demandeurs d'emploi, inscrits à Pôle emploi.

Sont également considérés comme ayants droit les ascendants considérés par la sécurité sociale comme ayants droit de l'assuré, de son conjoint, du partenaire lié à l'assuré par un Pacs, ou de son concubin à charge au sens de la sécurité sociale.

3.4. Structures d'affiliation

Vous avez choisi, pour l'affiliation de vos salariés, les structures suivantes :

- assuré + ayants droit à charge au sens de la sécurité sociale : l'affiliation de l'assuré est obligatoire. Il peut, s'il y a lieu, être affilié avec ses ayants droit à charge ;
- conjoints non à charge au sens de la sécurité sociale : l'assuré peut, s'il le souhaite, affilier son conjoint, partenaire lié par un Pacs ou son concubin non à charge au sens de la sécurité sociale, qu'il bénéficie ou non d'une mutuelle par ailleurs, en contrepartie du paiement d'une cotisation.

Article 4

Durée des garanties

4.1. Prise d'effet des garanties

1. Pour les assurés

Les garanties prennent effet :

- à la date d'effet de votre contrat pour tous vos salariés appartenant à la catégorie de personnel assurée à cette date ;

- à la date d'entrée dans la catégorie de personnel assurée (embauche, promotion), postérieurement à la souscription.

2. Pour les ayants droit dans le cadre de la structure assuré + ayants droit à charge au sens de la sécurité sociale

Les garanties prennent effet :

- à la même date que l'assuré ;
- ou à la date à laquelle ils répondent aux conditions d'ayants droit.

3. Pour les conjoints non à charge au sens de la sécurité sociale

Les garanties prennent effet :

- à la date d'effet du présent contrat ;
- ou postérieurement à la date de demande d'affiliation.

4. Pour vos anciens salariés et leurs ayants droit bénéficiant du maintien des garanties au titre de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel (ANI) à la date d'effet de votre contrat : vos anciens salariés et leur ayants droit couverts précédemment par un autre organisme assureur, peuvent bénéficier des garanties du contrat s'ils continuent à remplir les conditions de l'article 4.4, et sous réserve du paiement des cotisations correspondantes.

4.2. Cessation des garanties

1. Pour les assurés

Les garanties cessent :

- à la date d'effet de la résiliation de votre contrat ;
- à la date de suspension du contrat de travail de l'assuré, sauf dispositions de l'article 4.3 ;
- à la date à laquelle il cesse d'appartenir à la catégorie de personnel assurée, sauf en cas de maintien des garanties dans le cadre de l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008 ;
- à la date à laquelle l'ancien salarié cesse de remplir les conditions lui permettant de bénéficier du maintien des garanties dans le cadre de l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008, et ce dans la limite de 9 mois ;
- à la date d'effet de la retraite de la sécurité sociale de l'assuré (sauf dans le cas de cumul emploi-retraite).

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

2. Pour les ayants droit

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

Les membres de la famille, une fois radiés, ne pourront plus bénéficier de la garantie du contrat. Cette radiation est définitive, sauf changement de situation économique (ayant droit à nouveau à charge de l'assuré principal au sens de la sécurité sociale).

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

Les garanties et leurs évolutions continuent à s'appliquer aux assurés dont le contrat de travail est suspendu, s'ils sont en arrêt de travail, indemnisés à ce titre par la sécurité sociale ; ou s'ils bénéficient d'un maintien de rémunération de votre part.

Les garanties sont maintenues tant qu'ils font partie de vos effectifs. De plus en cas de cumul emploi-retraite, le maintien est limité à la période de versement des indemnités journalières de la sécurité sociale.

Les cotisations sont intégralement dues.

4.4. Pour vos anciens salariés bénéficiant du maintien des garanties dans le cadre de l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008

En cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, en dehors du cas de licenciement pour faute lourde, l'assuré peut opter pour le maintien de ses garanties. Ce maintien est également accordé aux ayants droit déclarés de l'assuré.

Le contrat de travail doit avoir été d'une durée au moins égale à 1 mois. Les droits à garanties doivent avoir été ouverts avant la rupture du contrat de travail.

Le maintien des garanties prend effet au lendemain de la date de rupture du contrat de travail. Vous êtes tenu de nous remettre, les éléments suivants :

- la demande nominative de maintien des garanties (sous réserve du délai de réflexion de 10 jours de renonciation de la part de l'ancien salarié) ;
- le justificatif de prise en charge par le régime d'assurance chômage ;
- l'information relative à toute modification de la situation de l'ancien salarié entraînant la cessation du maintien des garanties ;
- les dates de début et de fin de la période de maintien.

La durée du maintien des garanties est égale à celle du dernier contrat de travail de l'ancien salarié, appréciée en mois entiers, dans la limite de 9 mois.

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

Le maintien des garanties cesse :

- à la date de cessation du versement des allocations payées par le régime d'assurance chômage ;
- à la date de reprise d'une activité professionnelle par l'ancien salarié ;
- à la date d'effet de la retraite sécurité sociale de l'ancien salarié ;
- à l'issue de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié a droit et ce dans la limite de 9 mois ;
- à la date d'effet de la résiliation de votre contrat.

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

Nous pouvons, à tout moment, vous demander de justifier que l'ancien salarié remplit les conditions requises pour bénéficier du maintien des garanties.

4.5. Maintien des garanties aux ayants droit d'un assuré décédé

En cas de décès d'un assuré, les personnes de sa famille précédemment garanties restent couvertes sans contrepartie de cotisations pendant une période de 12 mois, sous réserve que :

- le conjoint ne se remarie pas ou ne conclut pas de Pacs ;
- le partenaire pacsé ne se marie pas ou ne conclut pas de nouveau Pacs ;
- le concubin ne se marie pas ou ne conclut pas de Pacs ;
- les enfants et ascendants continuent de remplir les conditions prévues pour être bénéficiaires, et que le contrat demeure en vigueur pendant cette période.

Au-delà de cette période de garantie, les ayants droit ont la possibilité de souscrire, sans délai d'attente ni formalités médicales, un contrat individuel. Ils doivent en faire la demande avant l'expiration de la période de garantie précitée.

4.6. Maintien individuel des garanties à vos anciens salariés

Peuvent souscrire un contrat individuel sans formalités médicales et sans période probatoire vos anciens salariés bénéficiant de prestations d'incapacité ou d'invalidité, ou d'une pension de retraite, ou d'un revenu de remplacement à la suite d'un licenciement.

Ils doivent en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou le décès de l'assuré.

Dans le cas particulier de l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008, le terme du délai de 6 mois est reporté à la date à laquelle le bénéfice du maintien des garanties prend fin.

De même, en cas de résiliation du contrat, les assurés peuvent souscrire un contrat individuel sans formalités médicales et sans période probatoire s'ils en font la demande dans les 2 mois suivant la date d'effet de la résiliation.

Article 5

Cotisations

5.1. Montant et révision des cotisations

Les cotisations que vous versez sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS).

Les taux de cotisations sont précisés à l'article 8 du présent contrat.

Les cotisations seront maintenues pour la période du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2013, sous réserve des dispositions de l'article 1.6 du présent contrat relatif à la révision de votre contrat, 2^e paragraphe.

A compter du 1^{er} janvier 2014, les taux seront indexés par le différentiel entre l'évolution du plafond de la sécurité sociale et l'indice décidé par notre assemblée générale paritaire, tout en tenant compte de l'équilibre du contrat. Cette indexation sera soumise à votre connaissance avant le 31 octobre de l'exercice.

Par ailleurs, les frais sont fixés à 9 % des cotisations, hors taxes.

Nous vous informons du changement de taux de cotisation avant le 31 octobre. Au cours des 2 mois qui suivent, vous avez la possibilité de résilier votre contrat au 31 décembre par lettre recommandée avec avis de réception envoyée à notre siège social.

5.2. Paiement des cotisations

Vos cotisations, y compris les taxes éventuelles, sont payables trimestriellement à terme échu dans les 15 premiers jours de chaque trimestre civil. Il en est de même pour le paiement des cotisations trimestrielles dues pour le maintien des garanties dans le cadre de l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008.

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

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

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

- le nombre d'assurés à la fin du trimestre civil concerné ;
- la ou les bases de calcul des cotisations pour la période concernée et pour vos anciens salariés bénéficiant du maintien des garanties dans le cadre de l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008 :
 - les bulletins nominatifs de maintien de garanties (sous réserve du délai de réflexion de 10 jours) ;
 - les justificatifs, pour chacun d'eux, de prise en charge par le régime d'assurance chômage ;
 - les dates de début et de fin de période de maintien.

5.3. Recouvrement des cotisations

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

A défaut de paiement de l'intégralité de vos cotisations dans les 15 premiers jours de chaque trimestre civil, une mise en demeure de paiement chiffrée vous est adressée par lettre recommandée.

Si le paiement n'est pas intervenu :

- les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure ;
- votre contrat est résilié 10 jours après la date d'effet de la suspension.

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

Article 6

Prestations

6.1. Définition des prestations

La nature et le niveau des garanties sont indiqués au tableau des prestations figurant à l'article 9 du présent contrat.

Conformément aux dispositions particulières. Votre contrat prend en charge, dans la limite du niveau de garanties, le remboursement :

- des frais restant à charge après remboursement de la sécurité sociale pour les actes faisant l'objet d'une prise en charge de la sécurité sociale ;
- des dépenses de soins médicalement prescrites à caractère thérapeutique non prises en charge par la sécurité sociale ;
- des dépenses de soins prises en charge dans le cadre de forfaits spécifiques prévus aux dispositions particulières ;
- des dépenses de prévention mentionnées aux dispositions particulières.

Pour les prestations remboursées par la sécurité sociale : le niveau des prestations est établi en fonction de la codification des actes médicaux, du tarif en vigueur fixé par la sécurité sociale (base du remboursement de la sécurité sociale ou ticket modérateur), et de la législation en vigueur à la date des soins.

Le montant retenu pour les dépenses engagées est celui déclaré à la sécurité sociale et figurant sur le décompte de prestation de cet organisme ou, en l'absence de prise en charge par la sécurité sociale, celui facturé à l'assuré et à ses ayants droit.

Les frais doivent avoir été engagés pendant la période de garantie. La date des soins retenue est celle prise en compte par la sécurité sociale ou celle de facturation pour les actes non pris en charge par la sécurité sociale.

Les demandes de prestations doivent nous être adressées dans un délai maximum de 2 ans à compter de la date des soins.

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

6.2. Limites des remboursements

Les pénalités financières appliquées hors parcours de soins ou en cas de refus d'accès au dossier médical personnel, la contribution forfaitaire et les franchises médicales ne donnent pas lieu à remboursement de notre part, conformément à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

Le total de nos remboursements, de ceux de la sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire ainsi que les pénalités financières, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, ne peut excéder le montant des dépenses engagées telles que définies à l'article 6.1.

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

Pour les adultes et les enfants de plus de 18 ans, nous participons à la prise en charge d'une paire de lunettes par an et par bénéficiaire. Cette limite ne s'applique pas aux enfants de moins de 18 ans.

Dans le cas de couples de salariés d'Unédic cotisant au présent contrat, chacun pourra bénéficier du cumul des prestations.

Les conjoints cotisant tous deux au contrat Unédic, l'un en tant qu'assuré, l'autre en tant que conjoint non à charge avec ou sans mutuelle, peuvent obtenir un remboursement supplémentaire *via* leur conjoint dès lors qu'il existe un reste à charge après le premier remboursement. Le remboursement sera alors calculé en additionnel dans la limite des frais engagés.

6.3. Critères du contrat responsable

Conformément à la réglementation, votre contrat est responsable :

- il prend en charge des niveaux minimum de remboursement complémentaire pour certaines consultations et prescriptions dans le cadre du parcours des soins coordonnés ;
- 30 % du tarif de convention de la consultation du médecin traitant et du médecin correspondant ;
- 30 % du tarif des médicaments remboursés à 65 % par la sécurité sociale et prescrits par le médecin traitant ou correspondant ;
- 35 % des analyses de biologie prescrites par le médecin traitant ou correspondant ;
- la totalité du ticket modérateur d'au moins 2 actes de prévention dont le service est considéré comme prioritaire en termes de santé publique, conformément à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale. Les actes pris en charge figurent aux dispositions particulières.

Actes de prévention pris en charge par votre contrat par Malakoff Médéric Prévoyance :

- détartrage sus et sous-gingival (remboursé sur les bases des soins dentaires) ;
- bilan du langage écrit et oral ;
- audiométrie tonale avec tympanométrie (pour les personnes de plus de 50 ans) (remboursée sur les bases de consultations de spécialistes).

De plus, il ne prend pas en charge :

- le dépassement d'honoraires autorisé pour une consultation de spécialiste réalisée en dehors du parcours de soins coordonnés ;
- la majoration du ticket modérateur restant à la charge de l'assuré après remboursement de la sécurité sociale, en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés ;
- la participation forfaitaire pour les consultations, les actes de biologie médicale et les examens radiologiques ;
- la participation forfaitaire pour les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical, les frais de transport.

6.4. Réseau optique

Nous avons conclu un accord auprès d'opticiens constituant un réseau optique pouvant permettre à vos salariés de bénéficier d'avantages lorsque les dépenses sont engagées au sein de ce réseau. Si votre garantie le prévoit, les majorations de prestations seront indiquées au tableau des garanties. La liste des opticiens appartenant à notre réseau optique est disponible sur notre site internet www.malakoffmederic.com.

6.5. Tiers payant

Le service du tiers payant qui permet d'être dispensé de tout ou partie de l'avance des frais est accordé aux assurés et ayants droit pour les dépenses engagées auprès des professionnels de santé lorsque des conventions ont été conclues entre ces professionnels et nous.

En cas de radiation de vos effectifs, l'assuré doit sans délai nous retourner sa carte de tiers payant santé.

6.6. Contrôle médical

Nous pouvons effectuer un contrôle médical pour tout assuré demandant des prestations notamment pour les garanties dentaire ou optique.

En cas de refus d'un assuré de répondre à ce contrôle, le paiement des prestations sera refusé.

En cas de contestation de notre décision, l'assuré devra, sous peine de radiation, adresser dans les 30 jours suivant la notification une lettre recommandée mentionnant le nom du médecin chargé de le représenter dans une entrevue amiable avec notre médecin.

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

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

Article 7

Généralités de votre contrat

7.1. Prescription

Les actions relatives à votre contrat sont prescrites dans un délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

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

7.2. Mobilité des assurés à l'étranger

Les garanties sont acquises aux assurés exerçant leur activité sur le territoire français. Lors de déplacements privés ou professionnels de moins de 3 mois ou à l'occasion du détachement d'un assuré hors du territoire français (sauf dans les pays formellement déconseillés par le ministère des affaires étrangères), les garanties s'exercent.

Pour les soins dispensés hors de France, les dépenses réelles, prises en considération pour le calcul de nos prestations, pourront, s'il y a lieu et après avis de notre médecin-conseil, être plafonnées à hauteur du prix pratiqué normalement en France pour des actes et des soins équivalents.

7.3. Subrogation

Nous pouvons exercer toute action contre les tiers responsables pour obtenir le recouvrement des prestations payées.

7.4. Réclamation

En cas de difficultés dans l'application de votre contrat, vous ou vos salariés pouvez-nous contacter :

- pour vous : reclamation-entreprise@malakoffmederic.com ou à l'adresse du service réclamations entreprises, 21, rue Laffitte, 75009 Paris ;

– pour vos salariés : reclamation-particulier@malakoffmederic.com ou à l'adresse du service réclamations particuliers, 21, rue Laffitte, 75009 Paris.

Si un différend persistait après réponse, l'avis du médiateur que nous avons choisi peut être demandé, sans préjudice du droit d'agir en justice. Nous communiquons les conditions d'accès à ce médiateur sur simple demande.

7.5. Informatique et libertés

Conformément à la loi « informatique et libertés », les assurés ont libre accès aux informations les concernant sur nos fichiers. Ils peuvent également demander la rectification de ces informations.

Sauf opposition écrite de la part des assurés, ces informations peuvent nous être communiquées ainsi qu'à nos partenaires, dont la liste leur sera transmise sur simple demande.

Les courriers sont à adresser à : Malakoff Médéric, pôle informatique et libertés, 21, rue Laffitte, 75317 Paris Cedex 09, ou par e-mail : sgil@malakoffmederic.com.

7.6. Autorité de contrôle

Nous sommes soumis au contrôle de l'autorité de contrôle prudentiel, ACP, 61, rue Taitbout, 75009 Paris.

TITRE II

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

Article 8

Taux de cotisations

Les taux de cotisations sont exprimés en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et sont fixés à :

Ensemble du personnel en activité, à titre obligatoire

STRUCTURE D'AFFILIATION	RÉGIME GÉNÉRAL sécurité sociale	RÉGIME Alsace-Moselle
Assuré + ayants droit	3,70 % PMSS (*)	2,59 % PMSS (*)

Conjoint non à charge au sens de la sécurité sociale, à titre facultatif

STRUCTURE D'AFFILIATION	RÉGIME GÉNÉRAL sécurité sociale	RÉGIME Alsace-Moselle
Conjoint, Pacs, concubin sans mutuelle	2,70 % PMSS (*)	1,89 % PMSS (*)
Conjoint, Pacs, concubin avec mutuelle	0,89 % PMSS (*)	0,63 % PMSS (*)
(*) Plafond mensuel de la sécurité sociale au 1 ^{er} janvier 2012 : 3 031 €.		

Article 9

Nature et niveau des garanties

NATURE DES ACTES INDEMNISÉS	REMBOURSEMENT DANS LA LIMITE DES FRAIS ENGAGÉS		
Hospitalisation en médecine, chirurgie obstétrique	Conventionné	Non conventionné	
	Frais de séjour	400 % de la BRSS – RSS	360 % de la BRSS – RSS
	Honoraires déclarés (sécurité sociale)	400 % de la BRSS – RSS	360 % de la BRSS – RSS

NATURE DES ACTES INDEMNISÉS	REMBOURSEMENT DANS LA LIMITE DES FRAIS ENGAGÉS	
Chambre particulière ⁽¹⁾	6 % du PMSS par jour	
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	100 %	
Lit d’accompagnant, enfant moins de 14 ans ou adulte plus de 70 ans ⁽¹⁾	6 % du PMSS par jour	
Actes techniques médicaux (effectués en externat)	250 % de la BRSS – RSS	
Imagerie médicale, radiologie	250 % de la BRSS – RSS	
Maternité		
Allocation maternité y compris adoption plénière	20 % du PMSS	
Chambre particulière	6 % du PMSS par jour	
Soins dentaires		
Soins dentaires	200 % de la BRSS – RSS	
Parodontologie remboursée, sur la base d’un DC20 ⁽²⁾	115 % de la BRSS – RSS	
Parodontologie non remboursée par la sécurité sociale	115 % de la BRSS – RSS	
Inlay/onlay sur la base d’un SC 17 ⁽²⁾	375 % de la BRSS – RSS	
Orthodontie		
Orthodontie acceptée par la sécurité sociale, sur la base d’un TO 90 ⁽²⁾	400 % de la BRSS – RSS	
Orthodontie refusée par la sécurité sociale, sur avis du dentiste conseil, sur la base d’un TO 90 ⁽²⁾	300 % de la BRSS – RSS théorique	
Prothèses dentaires ⁽³⁾		
Prothèse remboursées par la sécurité sociale sur la base d’un SPR 50 ⁽²⁾	375 % de la BRSS – RSS	
Prothèses non remboursées par la sécurité sociale	300 % de la BRSS – RSS théorique	
Supplément dents visibles (incisives, canines, premières prémolaires) sur la base d’un SPR 50 ⁽²⁾	300 % de la BRSS – RSS théorique	
Implantologie remboursée par la sécurité sociale	15 % du PMSS par implant et par bénéficiaire	
Equipement verres monture	Bénéficiaire de 16 ans et plus, 1 équipement par an et par bénéficiaire	Bénéficiaire de moins de 16 ans ⁽⁴⁾
Monture de lunettes	7 % du PMSS par an et par bénéficiaire	11 % du PMSS (verres + monture)
Verres unifocal jusqu’à 2 dioptries	4 % du PMSS	
Verres unifocal de 2 à 4 dioptries	5 % du PMSS	
Verres unifocal au-dessus de 4 dioptries	6,5 % du PMSS	
Verre multifocal jusqu’à 2 dioptries	6,5 % du PMSS	

NATURE DES ACTES INDEMNISÉS	REMBOURSEMENT DANS LA LIMITE DES FRAIS ENGAGÉS	
Verre multifocal de 2 à 4 dioptries	8 % du PMSS	
Verre multifocal au-dessus de 4 dioptries	12 % du PMSS	
Lentilles		
Lentilles remboursées par la sécurité sociale	5 % du PMSS par an et par bénéficiaire	
Lentilles prescrites non remboursées par la sécurité sociale	8,5 % du PMSS par an et par bénéficiaire	
Lentilles jetables	8,5 % du PMSS par an et par bénéficiaire	
Autres garanties optiques		
Chirurgie optique (chirurgie rétractive)	15 % du PMSS par œil, par an et par bénéficiaire	
Autres prothèses		
Prothèses remboursées par la sécurité sociale	365 % de la BRSS – RSS	
Appareil auditif remboursé par la sécurité sociale	25,5 % du PMSS	
Appareil auditif non remboursé par la sécurité sociale	19,5 % du PMSS	
Consultations	Conventionné	Non conventionné
Consultations/visites de généralistes	200 % de la BRSS – RSS	
Consultations/visites de spécialistes	435 % de la BRSS – RSS	
Auxiliaires médicaux remboursés par la sécurité sociale (infirmiers, kinésithérapeutes...)	250 % de la BRSS – RSS	
Analyses	250 % de la BRSS – RSS	
Ostéodensitométrie osseuse	2 % du PMSS par an et par bénéficiaire	
Ostéopathie	35 € par séance (limité à 2 séances par an et par bénéficiaire)	
Autre médecine douce (chiropractie, diététicien, acupuncture, étio-pathe, psychologue, psychomotricien, pédicure, podologue, tabacologue)	35 € par séance (limité à 4 séances par an et par bénéficiaire)	
Pharmacie		
Pharmacie remboursée à 65 % par la sécurité sociale	100 % de la BRSS – RSS	
Pharmacie remboursée à 30 % par la sécurité sociale	100 % de la BRSS – RSS	
Pharmacie remboursée à 15 % par la sécurité sociale	100 % de la BRSS – RSS	
Frais de transport		
Frais de transport remboursés par la sécurité sociale	100 % BRSS – RSS	

NATURE DES ACTES INDEMNISÉS	REMBOURSEMENT DANS LA LIMITE DES FRAIS ENGAGÉS
Cure thermique	
Cure thermique en France remboursée par la sécurité sociale (sur la base d'une cure de 21 jours) ⁽²⁾	20 % du PMSS
Forfait global annuel : honoraires, traitement thermal, hébergement et transport	20 % du PMSS
Actes de prévention	
3 prestations jugées prioritaires par rapport aux objectifs de santé publique ⁽⁵⁾	Oui
<p>TM : ticket modérateur. Part des dépenses de santé restant à charge de l'assuré après le remboursement de la sécurité sociale sur la base de remboursement.</p> <p>BRSS : base de remboursement retenue par la sécurité sociale.</p> <p>RSS : remboursement sécurité sociale.</p> <p>PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale qui évolue chaque année.</p> <p>DE : montant total des dépenses engagées.</p> <p>DE – SS : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la sécurité sociale.</p> <p>(1) Montants versés hors conventions spécifiques – limitation de la prise en charge à 90 jours en établissements spécialisés (psychiatrie).</p> <p>(2) Les forfaits sont calculés sur la base des codifications de la sécurité sociale indiquées entre parenthèses, les forfaits sont proratisés en cas de codification différent retenue par la sécurité sociale. En ce qui concerne les prothèses dentaires, si plusieurs dents sont remplacées par une même prothèse conjointe, un seul forfait est remboursé.</p> <p>(3) Les limitations annuelles pour la prothèse dentaire s'entendent y compris pour les suppléments dents visibles et l'implantologie.</p> <p>(4) Pour les enfants (moins de 16 ans) : pas de limitation annuelle, autre(s) équipement(s) si baisse de la vue ou casse dans l'année.</p> <p>(5) Actes retenus : détartrage sus et sous-gingival remboursé sur les bases des soins dentaires. Audiométrie locale avec tympanométrie pour les personnes de plus de 50 ans remboursée sur les bases de consultations de spécialistes. Bilan du langage écrit ou oral sur les bases des auxiliaires médicaux.</p>	

Article 10

Date d'effet

Le contrat prend effet le 1^{er} janvier 2012.

Fait à Paris, le 24 novembre 2011.