

Complémentaire Santé des salariés de la CCN du Sport

Conditions Générales

Assurance Allianz

Avec vous de A à Z

Allianz 



Préambule

Par l'accord du 06/11/2015, les partenaires sociaux ont instauré un régime Frais de santé au bénéfice de l'ensemble des salariés des entreprises relevant de la Convention Collective Nationale (CCN) du Sport du 7 juillet 2005.

Les présentes Conditions Générales précisent les modalités de mise en œuvre du régime. Par ailleurs, soucieux d'assurer une mutualisation du régime et un niveau élevé de garanties, les partenaires sociaux ont procédé à la co-recommandation de plusieurs Organismes assureurs qui se sont engagés à appliquer **un tarif unique et à offrir des garanties identiques pour toutes les entreprises et pour tous les Salariés bénéficiaires de la branche.**

Ces Organismes assureurs sont :

- **ALLIANZ et A2VIP - co-assureurs dans le cadre d'une offre commune :**

- ALLIANZ VIE, S.A. au capital de 643 054 425 euros - 340 234 962 RCS Nanterre, dont le siège social est situé 1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense cedex,
- A2VIP, Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, enregistrée sous le numéro SIREN 803 795 038, dont le siège social est situé Tour de Lyon, 185 rue de Bercy – 75012 Paris

- **MUTEX – l'alliance mutualiste** composée de :

- MUTUELLE CHORUM, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°784 621 419, Siège social : 56 / 60 rue Nationale – 75013 PARIS substituée intégralement par MUTEX UNION, Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le n°442 574 166, Siège social : 125 avenue de Paris – 92327 CHATILLON Cedex
- ADREA MUTUELLE, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°311 799 878, Siège social 25 place de la Madeleine - 75008 PARIS.
- APREVA, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°775 627 391, Siège social : 20 boulevard Papin – BP 1173 – 59012 LILLE
- EOVI MCD, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°317 442 176, Siège social : 44 rue de Copernic – 75016 PARIS
- HARMONIE MUTUELLE, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°538 518 473, Siège social : 143 rue Blomet – 75015 PARIS
- OCIANE, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°434 243 085, Siège social : 8 terrasse du Front du Médoc – 33054 BORDEAUX Cedex



- MUTEX, Entreprise régie par le Code des Assurances, inscrite au Registre du Commerce et des sociétés de Nanterre sous le n°529 219 040,
Siège social : 125 avenue de Paris – 92327 CHATILLON Cedex

Ces organismes sont co-assureurs entre eux dans le cadre de MUTEX – l’alliance mutualiste. Ils confient la coordination du dispositif et l’interlocution à MUTEX.

- **UMANENS – LA MUTUELLE FAMILIALE**, union de groupe mutualiste régie par le Code de la mutualité et soumise au livre I, SIREN n° 800 533 499, Siège social : 111 Rue Cardinet – 75017 PARIS composée de :
 - LA MUTUELLE FAMILIALE, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, n° SIREN 784 442 915, Siège social : 52 rue d’Hauteville - 75010 PARIS, Co-Assureur, apériteur, gestionnaire et distributeur
 - IDENTITÉS MUTUELLE, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, n° SIREN 379 655 541, Siège social : 24, boulevard de Courcelles - 75017 PARIS, Co-Assureur et distributeur
 - UMG MUTUALIA, Union régie par le Livre II du Code de la Mutualité, n° SIREN 823 416 359, Siège social : 19 rue de Paris - CS 50070 - 93013 Bobigny Cedex Co-Assureur et distributeur

L’entreprise choisit librement l’organisme assureur auprès duquel elle souhaite souscrire le contrat. L’organisme assureur retenu est l’interlocuteur unique de l’entreprise et des salariés, et est ci-après dénommé « l’organisme assureur », le cas échéant représenté par « l’organisme gestionnaire ».

Les résultats de l’ensemble des contrats souscrits par les entreprises de la branche font l’objet d’une mutualisation dans le cadre du Protocole Technique et Financier qui précise les modalités d’établissement des comptes de cette mutualisation.

L’ensemble des contrats d’assurance souscrits au titre du régime conventionnel collectif et obligatoire « R1 » (y compris adhésions facultatives), par les entreprises au titre du contrat cadre, constituent un périmètre de mutualisation des résultats, présenté dans le Protocole Technique et Financier.

L’ensemble des contrats d’assurance souscrits en complément du régime de base « R1 » et des options « R2 » et « R3 » font également l’objet d’un périmètre de mutualisation des résultats entre eux.



Préambule	1
Chapitre 1 - Dispositions Générales	5
Article 1 - Objet du contrat	5
Article 2 - Nature des garanties	5
Article 3 - Intervenants au contrat	5
Article 4 - Prescription	5
Article 5 - Recours contre tiers	7
Article 6 - Protection de vos données personnelles	7
Article 7 - Réclamation et Médiation	9
Article 8 - Autorité de contrôle	9
Chapitre 2 - Exécution du Contrat	10
Article 9 - Présentation du Contrat	10
Article 10 - Adhésion au Contrat	10
Article 11 - Vie du contrat	10
Chapitre 3 - Affiliation au Contrat	12
Article 12 - Affiliation aux garanties souscrites par l'Employeur	12
Article 13 - Affiliation à titre facultatif aux garanties optionnelles	14
Chapitre 4 - Ouverture, suspension, maintien et cessation des garanties	15
Article 14 - Date d'entrée en vigueur des garanties	15
Article 15 - Cessation de l'affiliation	15
Article 16 - Maintien des garanties	15
Article 17 - Suspension du contrat de travail	16
Chapitre 5 - Obligations des parties	18
Article 18 - Obligations de l'Organisme assureur	18
Article 19 - Obligations de l'Employeur	18
Article 20 - Obligations du Salarié	18



Chapitre 6 - Cotisations	19
Article 21 - Taux et montant des cotisations	19
Article 22 - Modalités de règlement des cotisations	19
Article 23 - Non-règlement des cotisations	20
Article 24 - Régularisation des cotisations versées	20
Chapitre 7 - Garanties	21
Article 25 - Détermination des garanties	21
Article 26 - Fonctionnement du Fonds solidarité	22
Article 27 - Services associés	22
Article 28 - Soins effectués à l'étranger	22
Article 29 - Modalités de calcul des prestations	22
Article 30 - Modalités de règlement des prestations	23
Annexes	24
Annexe 1	24



Chapitre 1 - Dispositions Générales

Article 1 – Objet du contrat

Les présentes Conditions Générales forment, avec les Conditions Particulières, le Certificat d'Adhésion ou le Bulletin d'Adhésion qui s'y rapportent, le Contrat collectif à adhésion obligatoire. Ce contrat présente également des garanties à adhésion facultative. Il est souscrit par l'employeur dans le but de mettre en place une couverture Frais de santé au bénéfice de ses salariés.

Ce contrat collectif est régi par les dispositions :

- du Code de la Mutualité et notamment son Livre II ;
- du Code de la Sécurité sociale ;
- du Code des assurances.

Article 2 – Nature des garanties

Le présent Contrat collectif et obligatoire a pour objet de garantir aux salariés, dans les conditions prévues par l'accord du 06/11/2015 à la Convention Collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005, le remboursement total ou partiel des frais médico-chirurgicaux occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, en complément des prestations versées par les Organismes d'Assurance maladie.

En complément des garanties prévues par l'accord du 06/11/2015 à la Convention Collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005, les partenaires sociaux de la branche du Sport ont également négocié des options qui sont déterminées dans le Contrat cadre. Ces options pourront être souscrites par l'Employeur à titre obligatoire (pour ses Salariés) ou par le Salarié à titre facultatif.

Article 3 – Intervenants au contrat

L'Employeur : la personne morale signataire des Conditions Particulières ou du Bulletin d'Adhésion liés aux présentes Conditions Générales.

Les Salariés : les Salariés inscrits à l'effectif de l'entreprise au moment de l'adhésion, affiliés à un Organisme d'Assurance maladie, les salariés embauchés postérieurement et dûment affiliés au présent Contrat ainsi que les anciens salariés bénéficiant du maintien temporaire des garanties au titre de la portabilité.

L'Organisme assureur : l'un des trois organismes assureurs co-recommandés par la branche et choisi librement par l'Employeur.

Article 4 – Prescription

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées au présent Contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, selon les modalités fixées par les articles L. 221-11 et L. 221-12 du Code de la mutualité, les articles L. 932-13 et L.932-13-3 du Code de la Sécurité sociale et les articles L. 114-1 à L. 114-3 du Code des assurances.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Salarié, ou, le cas échéant, de ses ayants droit, que du jour où l'Organisme assureur en a 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.

Quand l'action du Salarié ou, le cas échéant, de ses ayants droit, contre l'Organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le Salarié ou, le cas échéant, ses ayants droit, ou a été indemnisé par le salarié ou, le cas échéant, ses ayants droit.



La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (notamment une citation en justice, un titre exécutoire, la reconnaissance d'un droit) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Organisme assureur à l'Employeur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le Salarié ou, le cas échéant, ses ayants droit en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation liée aux garanties souscrites à titre facultatif (couverture des ayants droit et/ou souscription des garanties optionnelles) ou le règlement de la prestation.

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L 114-1 à L 114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L 114-1 du Code des assurances :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Article L 114-2 du Code des assurances :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L 114-3 du Code des assurances :

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L 114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après.

Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site Officiel « www.legifrance.gouv.fr »

Article 2240 du Code civil :

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Article 2241 du Code civil :

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil :

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil :

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.



Article 2244 du Code civil :

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Article 2245 du Code civil :

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du Code civil :

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

Article 5 – Recours contre tiers

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, l'Organisme assureur est subrogé jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions du Salarié, ou, le cas échéant, de ses ayants droit contre les tiers responsables, conformément à l'article L. 224-9 du Code de la mutualité, l'article L. 931-11 du Code de la Sécurité sociale et l'article L. 121-12 du Code des assurances.

Article 6 – Protection de vos données personnelles

1 Pourquoi recueillons-nous vos données personnelles ?

Vous êtes prospect, adhérent, assuré, bénéficiaire, payeur de cotisations ? Quelle que soit votre situation, nous recueillons et traitons vos « données personnelles ». Pourquoi ? Tout simplement parce qu'elles nous sont nécessaires pour respecter nos obligations légales, gérer votre adhésion au contrat et mieux vous connaître.

Gérer votre adhésion au contrat et respecter nos obligations légales

Vos données personnelles nous sont indispensables pour vous identifier comme pour conclure et exécuter votre adhésion au contrat.

Vos données de santé font l'objet d'un traitement spécifique lié au respect du secret médical.

En outre, nous avons besoin de vos données pour respecter en tout point les dispositions légales et administratives applicables à notre profession, entre autres dans le cadre de la lutte contre le blanchiment et contre la fraude.

Mieux vous connaître... et vous servir

En nous permettant de mieux vous connaître, vos données nous aident à vous présenter et/ou vous proposer des produits et des services adaptés à vos seuls besoins (profilage). Elles peuvent être liées à vos habitudes de vie, à votre localisation... **Avec votre accord express**, vos données peuvent servir également un objectif commercial. Elles serviront pour des actions de prospection, de fidélisation, de promotion ou de recueil de votre satisfaction.

Si vous adhérez en ligne, nous utilisons un processus de décision automatisé, différent selon les types de risques à couvrir. Quelle que soit notre décision, vous pouvez demander des explications à l'adresse indiquée au paragraphe « Vos contacts ».

2 Qui peut consulter ou utiliser vos données personnelles ?

Prioritairement les entreprises du groupe Allianz et votre intermédiaire en assurance (agent, courtier, mandataire d'assurance), mais aussi les différents organismes et partenaires directement impliqués dans la conclusion, la gestion, l'exécution de votre adhésion au contrat ou dans un objectif commercial : sous-traitants, prestataires, réassureurs, organismes d'assurance, mandataires, organismes sociaux.

Ces destinataires se situent parfois en dehors de l'Union européenne. En ce cas, nous concevons des garanties spécifiques pour assurer la protection complète de vos données. Si vous souhaitez des informations sur ces garanties, écrivez-nous à l'adresse indiquée au paragraphe « Vos contacts ».



3 Combien de temps sont conservées vos données personnelles ?

Vous êtes prospect ou nous n'avons pas pu conclure une adhésion au contrat ensemble

Nous conservons vos données :

- commerciales : 3 ans maximum après le dernier contact entre vous et votre intermédiaire ;
- médicales : 5 ans maximum à partir de leur collecte. Celles-ci sont traitées de manière spécifique, toujours dans le strict cadre du respect du secret médical.

Vous êtes client

Nous conservons vos données tout au long de la vie de votre adhésion au contrat. A son terme, elles sont conservées pendant le délai de prescription.

4 Pourquoi utilisons- nous des cookies ?

Tout simplement parce qu'ils facilitent et accélèrent votre navigation sur le web.

Les cookies sont de simples fichiers textes stockés temporairement ou définitivement sur votre ordinateur, votre smartphone, votre tablette ou votre navigateur. Grâce à eux, vos habitudes de connexion sont reconnues. Et vos pages sont plus rapidement chargées.

5 Données personnelles : quels sont vos droits ?

Consulter, modifier, effacer... Vous disposez de nombreux droits pour l'utilisation qui est faite de vos données :

- le droit d'opposition, lorsque vos données personnelles ne sont pas utiles ou ne sont plus nécessaires à notre relation contractuelle ;
- le droit d'accès et de rectification, quand vous le souhaitez ;
- le droit à l'effacement, lorsque la durée de conservation de vos données personnelles est dépassée ;
- le droit à une utilisation restreinte, lorsque les données ne sont pas nécessaires ou ne sont plus utiles à notre relation contractuelle ;
- le droit à la « portabilité », c'est-à-dire la possibilité de communiquer vos données à la personne de votre choix, sur simple demande ;
- le droit de changer d'avis, notamment pour annuler l'accord que vous aviez donné pour l'utilisation commerciale de vos données ;
- le droit de décider de l'utilisation de vos données personnelles après votre mort. Conservation, communication ou effacement... : vous désignez un proche, lui indiquez votre volonté et il la mettra en œuvre sur simple demande.

Pour exercer votre droit d'accès aux données collectées dans le cadre de la lutte anti-blanchiment et anti-terroriste, adressez-vous directement à la CNIL.

De manière générale, vous pourrez lire toutes les précisions sur les cookies ainsi que sur le recueil et l'utilisation de vos données sur le site allianz.fr ou le site de l'entité juridique mentionnée au paragraphe « Qui est responsable de vos données ? ».

Enfin, le site de la CNIL vous renseignera en détail sur vos droits et tous les aspects légaux liés à vos données personnelles www.cnil.fr.

6 Qui est responsable de vos données ?

Allianz Vie, pour les risques qu'elle couvre :
Société anonyme au capital de 643.054.425 €
340 234 962 RCS Nanterre
Entreprise régie par le Code des assurances
1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex
www.allianz.fr

7 Comment exercer vos droits ?

Pour vous opposer à l'utilisation de vos données, demander leur effacement, pour poser une question sur l'ensemble de leurs traitements ou une réclamation, vous pouvez nous solliciter directement ou écrire au « responsable des données personnelles » de l'assureur. Pour savoir à quelle adresse écrire, rendez-vous au paragraphe « Vos contacts ».

En cas de réclamation et si notre réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez vous adresser à la CNIL.



8 Vos contacts

Question, réclamation, demande de modification... Pour toutes ces situations, c'est très simple : il vous suffit d'écrire :

- par mail à informatiqueetliberte@allianz.fr,
- par courrier à l'adresse Allianz - Informatique et Libertés - Case courrier S1805 - 1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex.

Pour toutes vos demandes, n'oubliez pas de joindre un justificatif d'identité.

Article 7 – Réclamation et Médiation

En cas de difficultés, consultez d'abord votre interlocuteur habituel d'Allianz France.

Si sa réponse ne vous satisfait pas, il vous suffit d'adresser un courrier à :

Allianz Relation Clients - Case Courrier S1803 – 1, Cours Michelet – CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex

ou un courriel à clients@allianz.fr

Vous n'êtes toujours pas satisfait de la réponse qui vous a été apportée après épuisement des voies de traitement internes indiquées ci-dessus ? Vous pouvez faire appel au Médiateur de l'Assurance dont les coordonnées sont les suivantes : TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09. Cette action n'aura aucun préjudice sur vos éventuelles autres voies d'actions légales.

Article 8 – Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de l'Organisme assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) dont le siège social est situé au 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 9.



Chapitre 2 - Exécution du Contrat

Article 9 – Présentation du Contrat

Au moment de son adhésion, l'Employeur met en place de manière obligatoire la base correspondant au régime conventionnel « R1 », éventuellement complété par les options « R2 » ou « R3 ».

Si les options n'ont pas été mises en place à titre obligatoire par l'Employeur, le Salarié a la possibilité d'y souscrire de manière facultative.

Seul le Salarié est couvert à titre obligatoire par l'Employeur. Les salariés souhaitant couvrir leurs ayants droit peuvent le faire à titre facultatif dans les conditions précisées à l'article 12.2.

Article 10 – Adhésion au Contrat

Peuvent adhérer auprès de l'un des Organismes assureurs recommandés les entreprises et associations relevant de la Convention Collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005.

L'adhésion au présent Contrat est formalisée au moyen des Conditions Particulières, du Certificat d'Adhésion ou du Bulletin d'Adhésion.

Article 11 – Vie du contrat

Article 11.1 - Date d'effet du Contrat

Le présent Contrat conclu entre l'Employeur et l'Organisme assureur prend effet à la date fixée aux Conditions Particulières, au Certificat d'Adhésion ou au Bulletin d'Adhésion émis par l'Organisme assureur après adhésion de l'Employeur.

Article 11.2 - Durée du Contrat

Le contrat est conclu pour une année civile et vient à échéance le 31 décembre de chaque année.

Il est ensuite tacitement reconduit au 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties au présent Contrat selon les modalités prévues à l'article 11.5 des présentes Conditions Générales.

Article 11.3 - Modification et résiliation des garanties optionnelles

Modification du niveau de garanties par l'Employeur

Chaque année, l'Employeur a la possibilité de modifier les garanties souscrites au moment de son adhésion en :

- souscrivant l'une des options à titre obligatoire pour ses salariés ;
- modifiant, à la hausse ou à la baisse, l'option souscrite à titre obligatoire pour ses salariés.

Toute demande de souscription ou de modification des garanties optionnelles est formalisée par la signature d'un nouveau Bulletin d'Adhésion devant être adressé à l'Organisme assureur avant le 31 octobre de l'année en cours.

La demande de souscription ou de modification sera alors effective au 1^{er} janvier de l'année suivante.

En cas de modification des garanties, la cotisation sera ajustée en conséquence.

La souscription ou la modification de l'option est contractualisée par l'émission de nouvelles Conditions Particulières, la souscription d'un nouveau Bulletin d'Adhésion ou l'émission d'un nouveau Certificat d'Adhésion.

Résiliation des garanties optionnelles mises en place à titre obligatoire

Les garanties optionnelles peuvent être résiliées annuellement par l'Employeur par lettre recommandée, avec accusé de réception, adressée avant le 31 octobre de l'année en cours.

La résiliation sera alors effective au 1^{er} janvier de l'année suivante.



Article 11.4 - Révision du Contrat

Les garanties et les cotisations telles qu'elles sont définies dans le présent Contrat ont été négociées par les partenaires sociaux de la branche du Sport.

Les Organismes assureurs recommandés s'engagent donc à réviser le présent Contrat par voie d'avenant dans le cas où le régime complémentaire Frais de santé de la Convention Collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005 venait à évoluer.

Par ailleurs, en cas d'évolution des dispositifs légaux et réglementaires sur lesquels est fondée le régime Frais de Santé de la branche du Sport, il est prévu que le présent Contrat sera adapté aux nouvelles dispositions en vigueur.

Dans le cas où de telles évolutions législatives ou réglementaires nécessiteraient l'aménagement du présent Contrat, les Organismes assureurs recommandés proposeront par voie d'avenant les aménagements nécessaires à sa mise en conformité.

Article 11.5 - Cessation du Contrat

Le présent Contrat cesse en cas de :

- cessation d'activité de l'Employeur ;
- à la demande de l'entreprise lorsqu'elle ne relève plus de la Convention Collective en raison, notamment, de l'application d'une nouvelle convention collective (en tout état de cause, le contrat pourra être maintenu jusqu'à l'expiration du délai d'un an prévu à l'article L. 2261-14 du Code du travail) ;
- résiliation du présent Contrat par l'Employeur ou l'Organisme assureur pouvant avoir lieu :
 - au terme de chaque exercice à l'initiative de l'Employeur ou de l'Organisme assureur, par lettre recommandée avec avis de réception ou envoi recommandé électronique envoyé à l'autre partie, sous réserve du respect d'un préavis de deux mois précédant l'échéance annuelle de son renouvellement, soit avant le 31 octobre de l'année en cours, comme prévu par l'article L. 221-10 du Code de la mutualité, les articles L. 932-12 et R. 932-1-6 du Code de la Sécurité sociale et l'article L. 113-12 du Code des assurances ;
 - au terme de la procédure de non-règlement des cotisations telle qu'elle est prévue à l'article 23.1 du présent Contrat.

En cas de cessation du présent Contrat, les Salariés et, le cas échéant, leurs ayants droit, perdent le bénéfice des garanties prévues par celui-ci.

Seuls les frais médicaux et chirurgicaux dont la date des soins figurant sur le décompte de l'Organisme d'Assurance maladie est antérieure à la date d'effet de la résiliation pourront donner lieu à prise en charge par l'Organisme assureur.

En cas de résiliation du Contrat cadre établi entre les partenaires sociaux de la branche du Sport et les Organismes assureurs recommandés, par l'Organisme assureur, celui-ci sera tenu d'informer les employeurs adhérents et les parties prenantes au contrat cadre de la résiliation de ce contrat cadre au moins 3 mois avant la date d'effet de ladite résiliation, afin que celles-ci puissent résilier leur contrat d'assurance si elles le souhaitent.



Chapitre 3 - Affiliation au Contrat

Article 12 – Affiliation aux garanties souscrites par l'Employeur

Article 12.1 - Modalités d'affiliation à titre obligatoire des Salariés

Tous les Salariés sont couverts de manière obligatoire par les garanties souscrites par l'Employeur.

L'affiliation des Salariés passe par la signature d'un Bulletin Individuel d'Affiliation.

Prise d'effet de l'affiliation

L'affiliation du Salarié prend effet :

- à la date d'adhésion de l'Employeur au présent Contrat ;
- à compter de sa date d'entrée dans les effectifs de l'entreprise lorsque le Salarié est embauché postérieurement à la date d'effet de l'adhésion de l'Employeur au présent Contrat,
- à compter de la date à laquelle il ne bénéficie plus d'une dispense d'affiliation telle que définie dans l'accord du 06/11/2015 à la Convention Collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005.

Exception : cas de dispense d'affiliation prévus dans l'accord du 06/11/2015 de la Convention Collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005

L'obligation d'affiliation des Salariés au présent Contrat s'entend sous réserve des cas de dispenses prévus dans l'accord du 06/11/2015 de la Convention Collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005, comme suit :

Peuvent donc se dispenser d'adhésion, en fournissant le cas échéant les justificatifs correspondants :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois, à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'affiliation les conduirait à s'acquitter d'une cotisation globale (toutes garanties complémentaires d'entreprise additionnées notamment à la prévoyance) au moins égale à 10% de leur rémunération brute ;
- les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L861-3 du Code de la sécurité sociale ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L863-1 du même code. Alors, la dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide et sous réserve qu'un justificatif soit fourni ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective, en la justifiant chaque année, relevant de l'un des dispositifs suivants :
 - dans le cadre d'un dispositif remplissant les conditions mentionnées à l'article L242-1, alinéa 6 du Code de la sécurité sociale,
 - dans le cadre du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières,
 - dans le cadre des dispositions du décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels,
 - dans le cadre des dispositions du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents,
 - dans le cadre des contrats d'assurance prévoyance complémentaire de groupe conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale issus de la loi n°94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle. Il appartient au salarié de justifier annuellement de cette dispense.

La mise en œuvre de l'un des cas de dispense ne peut avoir lieu que sur **demande expresse auprès de l'Employeur formulée par le Salarié concerné** qui devra, le cas échéant, produire toute pièce lui permettant de justifier que sa situation correspond à l'un des cas de dispense d'affiliation mis en place par l'accord du 06/11/2015 à la Convention Collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005.

Cette demande doit comprendre la mention selon laquelle l'Employeur a informé le Salarié des conséquences de son choix.



Le Salarié ne bénéficie plus de la dispense d'affiliation :

- à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions ouvrant droit au bénéfice de l'une des dispenses d'affiliation définies ci-dessus ;
- à la date à laquelle il souhaite renoncer à sa dispense d'affiliation, à condition d'en faire la demande par écrit à son Employeur.

Article 12.2 - Modalités d'affiliation à titre facultatif des ayants droit

Les Salariés souhaitant couvrir leurs ayants droit à titre facultatif peuvent le faire au moyen d'un Bulletin Individuel d'Affiliation.

Les ayants droit bénéficient obligatoirement des mêmes garanties que celles dont bénéficient les Salariés.

Définition des ayants droit

On entend par ayant droit :

- Le conjoint non divorcé ni séparé du salarié. Est assimilé au conjoint :
 - la personne liée au salarié par un pacte civil de solidarité (PACS) ;
 - le concubin bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale (régime général, régime des travailleurs non-salariés, etc.) et sous réserve de la fourniture d'un certificat de concubinage délivré par la mairie, à défaut d'un justificatif de domicile commun ;
 - le concubin à charge au sens de la Sécurité sociale*.
- Les enfants du salarié ou ceux de son conjoint, de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ou ceux de son concubin, à charge fiscale et/ou sociale :
 - jusqu'à 18 ans sans conditions ;
 - jusqu'à 27 ans sous réserve de poursuite d'études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance (notamment contrat d'apprentissage ou contrat de professionnalisation) ou inscrits à l'Assurance chômage non indemnisés ;
 - les enfants, quel que soit leur âge, qui sont infirmes ou atteints d'une maladie chronique et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'Action sociale et des familles, ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation spécifique aux personnes handicapées (Allocation d'Enfant Handicapé ou d'Adulte Handicapé).

* Seuls peuvent entrer dans cette catégorie et ce jusqu'au 31 décembre 2019 au plus tard, les personnes majeures ayant la qualité d'ayant droit au 31 décembre 2015 en application de l'article 59 loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015.

Les pièces justifiant de la qualité des ayants droit doivent être obligatoirement fournies lors de leur demande d'affiliation par le Salarié.

Prise d'effet de l'affiliation

L'affiliation des ayants droit prend effet :

- à la date de prise d'effet de l'affiliation du Salarié au présent Contrat si la demande se fait simultanément ;
- au 1^{er} jour du mois qui suit la réception du Bulletin Individuel d'Affiliation, si la demande se fait ultérieurement ;
- à la date de modification de la situation familiale du Salarié (mariage, concubinage, PACS, naissance ou adoption d'un enfant, décès du conjoint ou partenaire de PACS ou concubin auquel sont rattachés les enfants à charge) dûment déclaré à l'Organisme assureur.

L'affiliation de ses ayants droit à titre facultatif engage le Salarié pour une durée minimale d'une année civile, sous réserve des cas de cessation anticipée prévus ci-dessous.

Cessation de l'affiliation de l'ayant droit

Le Salarié peut dénoncer chaque année l'affiliation de l'un ou de ses ayants droit par lettre recommandée avec accusé de réception ou envoi recommandé électronique adressé à l'Organisme assureur, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

La dénonciation prend effet à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.

Si l'ayant droit du salarié vient à bénéficier, par ailleurs, d'une couverture à titre obligatoire, le salarié pourra demander à tout moment la dénonciation de la couverture facultative de celui-ci, sous réserve de la production d'un justificatif actant de l'adhésion de son ayant droit à un régime obligatoire, datant de moins de 3 mois.

La dénonciation prend effet à compter du premier jour du mois suivant la réception de cette demande par l'Organisme assureur.

En tout état de cause, l'affiliation de l'ayant droit cesse à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions posées ci-avant.



Article 13 – Affiliation à titre facultatif aux garanties optionnelles

Article 13.1 - Principe

Le Salarié a la possibilité d'améliorer pour lui-même et, le cas échéant, pour ses ayants droit, le niveau de garanties souscrit par l'Employeur en demandant son affiliation à titre facultatif à une garantie optionnelle.

Le choix retenu par le Salarié pour lui-même, s'imposera d'office à ses ayants droit s'il a choisi de les couvrir de manière facultative.

L'affiliation aux garanties facultatives s'effectue au moyen du Bulletin Individuel d'Affiliation.

Article 13.2 - Prise d'effet

L'affiliation aux garanties optionnelles prend effet :

- à la date de prise d'effet de l'affiliation obligatoire du Salarié au présent Contrat, si la demande se fait simultanément ;
- au 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception du Bulletin Individuel d'Affiliation, si la demande se fait ultérieurement.

Article 13.3 - Modification des garanties

Le Salarié pourra modifier chaque année l'option choisie pour lui et ses ayants droit, à la hausse ou à la baisse, sous réserve d'en faire la demande par lettre recommandée avec accusé de réception ou envoi recommandé électronique auprès de l'Organisme assureur, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

La modification prend effet le 1^{er} janvier de l'année suivante.

En cas de modification de l'option choisie, la cotisation sera ajustée en conséquence.

Il lui sera toujours possible de dénoncer annuellement les garanties optionnelles souscrites dans les conditions prévues à l'article 13.4 des présentes Conditions Générales.

Article 13.4 - Dénonciation

Le Salarié peut dénoncer chaque année l'option souscrite, par lettre recommandée avec accusé de réception ou envoi recommandé électronique adressé à L'Organisme assureur, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

La dénonciation prend effet à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.

En cas de dénonciation, toute nouvelle demande de souscription à une option ne peut intervenir, au plus tôt, qu'à l'expiration d'un délai de 2 ans.

Droit de renonciation aux garanties facultatives en cas d'adhésion à distance ou par voie de démarchage

Conformément à l'article 112-9 du Code des assurances, en cas d'affiliation à distance ou faisant suite à du démarchage, le Salarié qui souscrit des garanties facultatives dispose d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires. Ce délai commence à courir à compter du jour où l'adhésion a pris effet.

Cette renonciation doit être effectuée par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec accusé de réception, daté et signé, envoyé à l'Organisme assureur.

Cette renonciation peut notamment être effectuée selon le modèle ci-après : « Par le présent envoi recommandé avec accusé de réception, je soussigné(e) [nom, prénom, adresse, n° adhérent] déclare renoncer à mon option/la couverture de mon(mes) ayant(s) droit [nom(s), prénom(s)] dans le cadre du contrat [référence de la garantie], souscrit le [date] à [lieu]. Date et signature ».

En cas d'exercice de la faculté de renonciation, l'adhésion à la garantie facultative est annulée. Le Salarié ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru. L'Organisme assureur restitue le solde de la cotisation au plus tard 30 jours après la réception de la lettre de renonciation. Le droit de renonciation ne peut plus être exercé dès lors que le Salarié a bénéficié des garanties du contrat.



Chapitre 4 - Ouverture, suspension, maintien et cessation des garanties

Article 14 – Date d’entrée en vigueur des garanties

Les garanties du présent Contrat prennent effet pour le Salarié et, le cas échéant, pour ses ayants droit, à la date de prise d’effet de leur affiliation tels que prévus aux articles 12 et 13 des présentes Conditions Générales.

Article 15 – Cessation de l’affiliation

L’affiliation au présent Contrat cesse :

- à la date de liquidation de la pension de retraite auprès de la Caisse Nationale d’Assurance Vieillesse par le Salarié, sauf en cas de situation de cumul emploi retraite, tel que défini par la législation en vigueur ;
- à la date de rupture du contrat de travail du Salarié (au terme du préavis, effectué ou non), sous réserve, le cas échéant, des dispositions relatives au maintien des garanties prévues à l’article 16 ;
- à la date du décès du Salarié ;
- pour les ayants droit, dès lors qu’ils ne répondent plus à la définition fixée à l’article 12.2 des présentes Conditions Générales ;
- en tout état de cause, à la date de résiliation du présent Contrat par l’Organisme assureur ou par l’Employeur.

La cessation de l’affiliation entraîne la cessation des garanties mises en œuvre au bénéfice du Salarié et, à la même date, la cessation de l’affiliation de ses éventuels ayants droit ainsi que la cessation des garanties optionnelles éventuellement souscrites par le Salarié.

En cas de cessation de l’affiliation du Salarié due à la cessation de son contrat de travail, pour quelque motif que ce soit, l’Employeur est tenu d’en informer l’Organisme assureur.

Article 16 – Maintien des garanties

Article 16.1 - Maintien des garanties pour les anciens Salariés indemnisés par Pôle emploi

En application de l’article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, les Salariés et, le cas échéant, leurs ayants droit, bénéficient du maintien temporaire à titre gratuit de la couverture prévue par le présent Contrat en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d’assurance chômage, selon les conditions suivantes :

- maintien de garanties applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail pendant une durée égale à la période d’indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu’ils sont consécutifs chez le même employeur.
Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois ;
- maintien de garanties subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts par le Salarié auprès de l’Employeur ;
- maintien des mêmes garanties que celles en vigueur dans l’entreprise ;
- maintien de garanties subordonné à la justification par l’ancien Salarié auprès de l’Organisme assureur, de son indemnisation chômage, selon les modalités prévues par ledit Organisme assureur.

L’employeur est tenu de signaler le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et devra informer l’Organisme assureur de la cessation du contrat de travail du Salarié.

Le mécanisme de portabilité est financé par la mutualisation.

Par conséquent, aucune contrepartie de cotisation ne sera demandée à l’ancien Salarié bénéficiant du maintien temporaire des garanties au titre de la portabilité.



Les garanties cessent obligatoirement pour chaque ancien Salarié bénéficiant de ce maintien :

- lorsqu'il cesse de percevoir ses allocations du régime d'assurance chômage et, au plus tard, au terme de la période de maintien des garanties prévue à l'article L 911-8 du code de la Sécurité sociale,
- en cas et à la date de résiliation du présent contrat par l'Employeur.

Article 16.2 - Maintien des garanties à titre individuel

En application de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, peuvent bénéficier, à titre individuel et facultatif, du maintien de la couverture prévue par le présent Contrat, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaires médicaux :

- les anciens Salariés obtenant la liquidation de leur pension de vieillesse de la Sécurité sociale, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant la rupture de leur contrat de travail ;
- les anciens Salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité dont le contrat de travail est rompu, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant la rupture de leur contrat de travail ;
- les anciens Salariés privés d'emploi, tant qu'ils ne retrouvent pas une activité professionnelle, bénéficiaires d'un revenu de remplacement, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant la rupture de leur contrat de travail, ou le cas échéant, suivant la date à laquelle prend fin le bénéfice du maintien des garanties prévu à l'article 16.1.
- les personnes garanties du chef du Salarié décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès du Salarié.

Le dépassement des délais ci-dessus mentionnés entraîne la forclusion définitive de la demande.

Les garanties prennent effet le lendemain de la demande.

La cotisation due au titre du maintien des garanties de l'article 4 de la loi Evin sera intégralement à la charge de l'ancien Salarié.

L'Organisme assureur adresse une proposition de contrat aux intéressés dans les deux mois qui suivent leur radiation du contrat collectif obligatoire, sous réserve que l'Employeur l'ait informé de l'événement ouvrant droit au bénéfice du dispositif « Loi Evin ».

Article 17 – Suspension du contrat de travail

Article 17.1 - Suspension du contrat de travail indemnisée

Les garanties mises en place sont maintenues au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui bénéficient d'une indemnisation complémentaire.

Les périodes de suspension du contrat de travail visées sont notamment celles liées à la maladie, à la maternité ou aux accidents du travail, dès lors qu'elles sont indemnisées.

En particulier, le bénéfice des garanties mises en place par l'employeur doivent être maintenues au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- soit d'un maintien, total ou partiel, de salaire ;
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

L'Employeur verse la même contribution que pour les Salariés actifs durant toute la période de suspension du contrat de travail.

Parallèlement, le Salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation.

Ce maintien dans les conditions visées ci-dessus est également applicable aux ayants droit du salarié bénéficiaire, dans le cadre d'une extension facultative, du régime obligatoire et, le cas échéant, d'une des couvertures optionnelles. Le salarié doit, le cas échéant, acquitter l'intégralité de la ou les cotisations afférentes au paiement des extensions facultatives.

Article 17.2 - Suspension du contrat de travail non indemnisée

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail, comme par exemple pour congé sans solde (notamment congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise), les Salariés ne bénéficient pas du maintien du présent Contrat.



La suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise et s'achève dès la reprise effective du travail par le Salarié au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'Organisme assureur en soit informé dans les trois mois qui suivent la reprise.

A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'Organisme assureur de la déclaration faite par l'Employeur.

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due au titre du salarié concerné et de ses éventuels ayants droit, et les frais médicaux engagés durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent Contrat.

Les Salariés pourront toutefois continuer à bénéficier des garanties prévues dans le cadre du présent Contrat durant la période de suspension de leur contrat de travail, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale).

La cotisation afférente aux garanties précitées est réglée directement par le Salarié auprès de l'Organisme assureur.



Chapitre 5 - Obligations des parties

Article 18 – Obligations de l'Organisme assureur

Article 18.1 - Etablissement de la Notice d'information

Conformément à l'article 12 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », l'Organisme assureur s'engage à établir une Notice d'information qui définit les garanties souscrites, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

Cette Notice d'information précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des limitations de garanties, ainsi que les délais de prescription pour agir.

Article 18.2 - Communication des résultats et des frais de gestion

L'Organisme assureur fournira chaque année les comptes de résultats correspondant au périmètre des contrats souscrits sur la branche du Sport.

A l'occasion de la communication des résultats de la branche du Sport et en application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale, l'Organisme assureur communique le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition prélevés.

Article 19 – Obligations de l'Employeur

Article 19.1 - Remise de la Notice d'information aux Salariés

L'Employeur est tenu de remettre un exemplaire de la Notice d'information établie par l'Organisme assureur à chaque Salarié affilié au présent Contrat et de conserver la preuve de cette remise.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Salariés et qu'une nouvelle Notice d'information ou un additif est établi par l'Organisme assureur, l'Employeur est également tenu d'en informer les Salariés affiliés au moins trois mois à l'avance et de leur remettre ladite Notice d'information actualisée.

L'Employeur est seul responsable à l'égard du salarié en l'absence de remise de la Notice d'information.

Article 19.2 - Mise à jour des effectifs

L'Employeur communique à l'Organisme assureur les entrées et sorties de personnel au sein des effectifs ainsi que les dates y afférant, selon la périodicité retenue par l'Organisme assureur.

Pour les sorties d'effectifs, l'employeur devra également renseigner le motif de départ.

Article 20 – Obligations du Salarié

En cas de modification de sa situation ayant des conséquences sur son affiliation au régime complémentaire souscrit de manière obligatoire par l'Employeur ou en cas de demande d'ouverture, de modification ou de résiliation des garanties facultatives (couverture des ayants droit ou souscription/modification des options), le Salarié est tenu de s'adresser directement auprès de l'Organisme assureur.



Chapitre 6 - Cotisations

Article 21 – Taux et montant des cotisations

Le financement des garanties du présent Contrat est assuré par le versement de cotisations exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) en vigueur au jour de leur exigibilité.

Le taux de la cotisation est indiqué aux Conditions Particulières, au Certificat d'Adhésion ou au Bulletin d'Adhésion.

Les Organismes assureurs recommandés dans le cadre de l'accord du 06/11/2015 à la Convention Collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005 se sont engagés à ce que les taux de cotisations du socle, correspondant au régime conventionnel obligatoire « R1 » soient maintenus durant 2 ans à compter de la date d'entrée en vigueur du régime soit le 1^{er} janvier 2016.

A l'issue de la présentation des comptes de résultats réalisée au cours de l'exercice 2017 et d'un commun accord entre les organismes co-assureurs recommandés et les partenaires sociaux, les cotisations du salarié au régime obligatoire « R1 » ou à la part du régime « R1 » dans les régimes obligatoires « R2 » et « R3 » bénéficient d'un taux d'appel à 90 %, applicable aux cotisations brutes pour l'exercice 2018, renouvelable en fonction des résultats du régime.

Concernant les garanties optionnelles « R2 » et « R3 », les taux de cotisations pourront être révisés annuellement en fonction des résultats techniques du régime.

En tout état de cause, dans le cas d'une évolution légale ou réglementaire susceptible d'avoir une influence sur les cotisations et/ou les prestations prévues par le présent Contrat, la branche du Sport et les Organismes assureurs se rencontreront pour y apporter les modifications nécessaires à sa mise en conformité.

Ces modifications impacteront le présent Contrat selon les modalités prévues par l'article 11.4 des présentes Conditions Générales.

Article 22 – Modalités de règlement des cotisations

Article 22.1 - Garanties souscrites par l'Employeur

Les garanties obligatoires sont mises en œuvre en contrepartie d'une cotisation « salarié isolé ».

Cette dernière est co-financée a minima à hauteur de 50 % par l'Employeur.

L'entreprise est le seul débiteur des cotisations.

Article 22.2 - Couverture à titre facultatif des ayants droit

La couverture facultative des ayants droit est entièrement à la charge du Salarié en contrepartie :

- d'une cotisation « conjoint » pour le conjoint du Salarié tel que défini à l'article 12.2 des présentes Conditions Générales (cotisation additionnelle facultative) ;
- d'une cotisation « enfant » pour les enfants tels que définis à l'article 12.2 des présentes Conditions Générales (cotisation additionnelle facultative par enfant, gratuité à compter du 3^{ème} enfant).

Cette cotisation est directement prélevée sur le compte bancaire du Salarié, ou selon les modalités spécifiques prévues sur le Bulletin Individuel d'Affiliation.

Article 22.3 - Garanties optionnelles souscrites à titre facultatif

La cotisation additionnelle servant au financement des garanties facultatives souscrites par le Salarié en option 1 ou 2 pour lui-même et ses éventuels ayants droit est entièrement à sa charge.

Cette cotisation est directement prélevée sur le compte bancaire du Salarié, ou selon les modalités spécifiques prévues sur le Bulletin Individuel d'Affiliation.



Article 23 – Non-règlement des cotisations

Article 23.1 - Possibilité pour l'Organisme assureur de résilier le Contrat

Au titre des garanties souscrites à titre obligatoire par l'Employeur

L'article L. 221-8 du Code de la mutualité, l'article L. 932-9 du Code de la Sécurité sociale et l'article L. 141-3 du Code des assurances prévoient qu'en cas de non-paiement des cotisations 10 jours après l'échéance, l'Organisme assureur pourra envoyer, par lettre recommandée avec accusé de réception, une mise en demeure à l'Employeur.

Cette lettre l'informe notamment que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner la suspension, voire même la résiliation de la garantie.

Cette mise en demeure, non suivie d'effet dans les 30 jours, engendre la suspension des garanties.

La garantie pourra alors être résiliée 10 jours après la suspension, soit 40 jours après l'envoi de la mise en demeure, comme le prévoient l'article L. 221-8 du Code de la mutualité, l'article L. 932-9 du Code de la Sécurité sociale et l'article L. 113-3 du Code des assurances.

Sauf décision différente de l'Organisme assureur, le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance durant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

En application de l'article L. 221-8 du Code de la mutualité, le Salarié est informé que le défaut de paiement par l'Employeur est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

Au titre des garanties souscrites à titre facultatif par le Salarié

Dans le cadre des garanties facultatives que le Salarié peut souscrire (couverture de ses ayants droit ; garanties optionnelles), en cas de non-paiement des cotisations 10 jours après l'échéance, l'Organisme assureur envoie, par voie de lettre recommandée avec accusé de réception, une mise en demeure au Salarié, en application des articles L. 221-7 du Code de la mutualité, L. 932-22 du Code de la Sécurité sociale et L. 113-3 du Code des assurances.

Cette lettre informe notamment le Salarié que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner la suspension puis la résiliation de la garantie souscrite à titre facultatif.

Cette mise en demeure, non suivie d'effet dans les 30 jours, engendre la suspension des garanties.

Les garanties pourront alors être résiliées 10 jours après la suspension, soit 40 jours après l'envoi de la mise en demeure, comme le prévoient les articles L. 221-7 du Code de la mutualité, L. 932-22 du Code de la Sécurité sociale et L. 113-3 du Code des assurances.

En cas de fractionnement de la cotisation annuelle, la suspension de la garantie intervenant en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, ne produit ses effets qu'à l'expiration de la période dûment réglée.

La garantie non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où a été payée la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Article 23.2 - Majorations de retard

A défaut de paiement des cotisations finançant les garanties collectives dans les dix jours suivant l'échéance, l'Organisme assureur pourra appliquer des majorations de retard.

Les majorations de retard dues au titre des garanties souscrites à titre obligatoire seront à la charge exclusive de l'Employeur.

Article 24 – Régularisation des cotisations versées

A partir des données concernant les effectifs communiqués par l'Employeur à l'Organisme assureur, une régularisation des cotisations versées sera effectuée par l'Organisme assureur. Cette régularisation se fera selon la périodicité retenue par l'Organisme assureur.



Chapitre 7 - Garanties

Article 25 – Détermination des garanties

Les niveaux de garanties sur lesquels porte l'engagement de l'Organisme assureur sont conformes à l'accord du 06/11/2015 de la Convention Collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005 et aux options négociées par les partenaires sociaux.

Le détail de ces prestations est présenté en annexe aux présentes Conditions Générales.

Ces garanties s'inscrivent dans le cadre :

- de la réglementation relative aux « contrats responsables », définie aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale ;
- des dispositions relatives au « panier de soins minimum » définies aux articles L. 911-7 et D. 911-1 du Code de la Sécurité sociale.

En cas d'évolution de la législation en vigueur, le présent Contrat sera mis en conformité avec les nouvelles dispositions, en accord avec les partenaires sociaux et, en tout état de cause, au plus tard à la date d'effet requise par la réglementation, par voie d'avenant signé par les parties.

En aucun cas les termes du présent Contrat ne peuvent contrevenir aux règles des contrats dits « responsables ». En cas de contradictions, les règles du contrat « responsable » priment sur les présentes dispositions.

Article 25.1 - Dispositions relatives au « Contrat responsable »

Les garanties définies en annexe aux présentes Conditions Générales sont conformes aux conditions spécifiques propres aux Contrats responsables énoncées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

En aucun cas les termes du présent Contrat ne peuvent contrevenir aux règles des contrats dits « responsables ». En cas de contradictions, les règles du contrat « responsable » priment sur les présentes dispositions.

Le présent Contrat ne prend pas en charge :

- la majoration de la participation du Salarié et, le cas échéant, de ses ayants droit prévue à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale (non désignation d'un médecin traitant ou consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins) et L. 1111-15 du Code de la Santé publique (refus du droit d'accès au Dossier Médical Personnel) ;
- les dépassements autorisés d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque le Salarié et, le cas échéant, ses ayants droit consultent sans prescription du médecin traitant et ce sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques (soit, à titre informatif, au minimum 8 euros) ;
- la participation forfaitaire obligatoire prévue au II de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale fixée à 1 euro par consultation, acte médical ou de biologie. Toutefois, lorsque pour un bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile ;
- la franchise forfaitaire obligatoire prévue au III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale, applicable dans les conditions et limites prévues par l'article D. 322-5 du Code de la Sécurité sociale, aux prestations et produits suivants remboursables par l'assurance maladie, soit à ce jour :
 - 0,50 euro par boîte de médicaments mentionnés aux articles L5111-2, L5121-1 et L5126-4 du Code de la Santé Publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation,
 - 0,50 euro pour les actes effectués par des auxiliaires médicaux, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation,
 - 2,00 euros pour les transports effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence.

Ainsi toute contribution forfaitaire, franchise, majoration de participation ou autre mesure dont la prise en charge serait exclue, à la date de signature du présent Contrat ou à l'avenir par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application ne sera pas remboursée au titre du présent Contrat.

Article 25.2 - Dispositions relatives au « Panier de soins minimum »

L'accord du 06/11/2015 à la Convention Collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005 a été conclu dans l'optique de se mettre en conformité avec les dispositions de la loi n°2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013.

Dans ce contexte, des garanties minimales ont été fixées par le décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014.

Le régime Frais de Santé mis en place par l'accord du 06/11/2015 à la Convention Collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005 respecte les minimas de garanties définis par ce décret.



Article 26 – Fonctionnement du Fonds solidarité

Comme le prévoit l'accord du 06/11/2015 de la Convention Collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005, la fraction de cotisation consacrée au financement de prestations à caractère non directement contributif sera affectée à un fonds dédié à cet effet.

L'utilisation de cette contribution est conforme aux dispositions dudit accord et est contrôlée par la Commission Paritaire Nationale Santé.

Le Fonds social est mis en place en application des actions de prévention ainsi que des règles de fonctionnement et des modalités d'attribution des prestations d'action sociale déterminées par la Commission Paritaire Nationale Santé.

Article 27 – Services associés

L'Organisme assureur choisi par l'Employeur met à la disposition du Salarié et, le cas échéant, de ses ayants droit, les services prévus ci-dessous :

- télétransmission ;
- tiers payant ;
- réseau de soins ;
- prestations d'assistance.

D'autres services associés au présent Contrat pourront être mis en place par l'Organisme assureur.

Article 28 – Soins effectués à l'étranger

Les garanties prévues par le présent Contrat ne sont acquises qu'aux Salariés, et, le cas échéant, leurs ayants droit, affiliés à un organisme d'Assurance maladie français.

Les prestations relatives aux soins effectués à l'étranger viennent en complément des remboursements de l'Organisme d'Assurance maladie français et sont versées en euros.

Lorsque ces soins ne correspondent pas à des actes remboursés par les Organismes d'Assurance maladie français mais sont toutefois expressément garantis par le contrat, le remboursement se fait à partir d'une facture détaillée, précisant a minima le montant et la nature des frais engagés.

Les prestations servies par l'Organisme assureur le sont dans la limite des garanties souscrites.

Article 29 – Modalités de calcul des prestations

Article 29.1 - Calcul des prestations en secteur non conventionné

Pour le calcul des prestations du secteur non conventionné, l'Organisme assureur calcule le montant des prestations par référence au tarif d'autorité appliqué par les Organismes d'Assurance maladie.

Le calcul de ces prestations telles qu'elles sont prévues par le tableau des garanties se fera donc sur la base du tarif d'autorité pour ces garanties.

Article 29.2 - Modalités spécifiques en cas de garanties de même nature contractées auprès d'un autre Organisme assureur

Le Salarié bénéficiant par ailleurs d'une couverture Frais de Santé à titre individuel a la possibilité de faire intervenir l'organisme assureur de son choix en premier niveau de remboursement complémentaire.

Il en va de même dans le cas où son éventuel ayant droit bénéficierait par ailleurs d'une couverture Frais de Santé à titre individuel ou au sein de son entreprise.

La contribution de chacun d'eux est déterminée en application des montants de remboursement établis dans le contrat, dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription.

Pour le deuxième niveau, il devra produire les justificatifs de remboursement de l'organisme assureur intervenant en premier niveau de remboursement complémentaire.



Article 29.3 - Principe indemnitaire

Conformément à l'article L. 224-8 du Code de la Mutualité, l'article L. 931-11 du Code de la Sécurité sociale et l'article L. 121-12 du Code des assurances, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais à la charge du Salarié ou, le cas échéant, de son ayant droit, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Article 30 – Modalités de règlement des prestations

Article 30.1 - Formalités de règlement des prestations

Les prestations sont traitées :

- soit par échange NOEMIE (télétransmission entre les Organismes d'Assurance maladie et l'Organisme assureur), sauf opposition écrite lors de l'affiliation de la part du Salarié, ou le cas échéant, de son ayant droit ;
- soit sur présentation à l'Organisme assureur, de l'original du décompte établi par les Organismes d'Assurance maladie, ou de l'original de la facture ou note d'honoraires acquittée, si la prestation n'est pas prise en charge par les Organismes d'Assurance maladie ou si le Salarié ou le cas échéant, son ayant droit, a refusé la télétransmission.
Les pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge du Salarié ou, le cas échéant, de son ayant droit couvert à titre facultatif.

Lors de l'affiliation, le Salarié ou, le cas échéant, son ayant droit couvert fournit les documents nécessaires au versement des prestations demandés par l'Organisme assureur sur le Bulletin Individuel d'Affiliation.

Ces pièces sont conservées par l'Organisme assureur qui est en droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire.

En application des articles L. 221-11 du Code de la mutualité, L. 932-13 du Code de la Sécurité sociale et L. 114-1 du Code des assurances, le Salarié ou, le cas échéant, son ayant droit, produisent leurs demandes de prestations dans un délai maximum de deux années.

Ce délai commence à courir à compter :

- soit de la date du décompte envoyé par les Organismes d'Assurance maladie ;
- soit de la date de la facture acquittée, si la prestation n'est pas prise en charge par les Organismes d'Assurance maladie.

En cas d'intervention d'un autre organisme assureur, comme le prévoit l'article 29.3 du présent Contrat, le Salarié ou, le cas échéant, son ayant droit devra envoyer à l'Organisme assureur le décompte original des prestations versées par ledit organisme assureur afin d'obtenir le versement des prestations prévues par le présent Contrat.

Article 30.2 - Délais de paiement des prestations

A réception de la demande de remboursement, les prestations garanties sont servies dans le respect des critères qualité fixés par l'Organisme assureur au titre des règles de gestion :

- soit par échange NOEMIE ;
- soit hors échange NOEMIE à réception des décomptes et des pièces nécessaires à la constitution du dossier et des éventuels renseignements complémentaires demandés par l'Organisme assureur.

Les prestations sont versées :

- soit directement au Salarié ou, le cas échéant, à son ayant droit par virement sur son compte bancaire ;
- soit aux professionnels de santé si le Salarié ou, le cas échéant, son ayant droit a fait usage du Tiers payant.

Article 30.3 - Frais supplémentaires

Lorsque le mode de versement des prestations choisi par le Salarié, ou le cas échéant, son ayant droit, impose à l'Organisme assureur le paiement de frais ou de taxes, ceux-ci sont déduits du montant des prestations.



Annexes

Annexe 1

1 - Modalités d'application des garanties

Fonctionnement du forfait optique « verres et monture »

Le forfait optique « verres et monture » est une enveloppe forfaitaire exprimée en euros. Il inclut le remboursement du ticket modérateur, celui-ci ne peut donc faire l'objet d'un remboursement en cas d'utilisation du forfait dans sa totalité.

La prise en charge du forfait optique « verres et monture » est limitée à un équipement composé de 2 verres et une monture, par période de deux ans.

Par exception :

- Pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue, le bénéfice du forfait optique est réduit à un an pour les frais exposés dans l'acquisition d'un équipement.
La justification d'une évolution de la vue se fonde soit sur la prescription médicale précisant le changement de la correction, soit dans le cadre d'un renouvellement des lunettes avec une nouvelle correction ; celle-ci sera comparée à la correction du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme complémentaire.
- Pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin et, ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, le forfait optique « verres et montures » peut couvrir une prise en charge de deux équipements (verres + montures) sur une période de 2 ans corrigeant chacun des deux déficits mentionnés ci-dessus.

Cette période de 24 mois (réduite à 12 mois pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue) s'apprécie à la date d'acquisition de l'équipement. Il s'agit d'une période fixe qui ne peut être ni réduite ni allongée.

Le reliquat du forfait optique « verres et monture », non utilisé ne peut faire l'objet d'un report sur la période suivante.

L'affiliation à une garantie optionnelle ou un changement de formule optionnelle ne permet pas de déroger à ces règles.

Ainsi, en cas de changement de formule :

- Si le Salarié ou, le cas échéant, son ayant droit n'a pas entamé son forfait optique « verres et monture » avant ce changement de formule, il bénéficiera du montant du forfait nouvellement souscrit, à compter de la date d'effet de sa nouvelle formule.
- En tout état de cause, une période de 2 ans déclenchée par un précédent achat n'est ni réduite ni annulée par la souscription d'une nouvelle option et continue à courir sur la nouvelle option jusqu'à l'arrivée à son terme.

Les montants des forfaits « verres et monture » sont précisés au tableau des garanties présenté ci-après.



2 - Tableaux de garanties

Prestations sous déduction de celles versées par la Sécurité sociale dans la limite des frais réels en dehors des forfaits en €.

	Régime Conventionnel R1	Régime Conventionnel + option R2	Régime Conventionnel + option R3
Hospitalisation - Médicale et chirurgicale			
Frais de séjour	130 % BR	150 % BR	180 % BR
Honoraires, actes de chirurgie et d'anesthésie (médecin adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée)	150 % BR	190 % BR	200 % BR
Honoraires, actes de chirurgie et d'anesthésie (médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée)	120 % BR	150 % BR	180 % BR
Forfait journalier hospitalier et psychiatrique	100 % FR sans limitation de durée	100 % FR sans limitation de durée	100 % FR sans limitation de durée
Participation forfaitaire actes lourds	Prise en charge intégrale du forfait	Prise en charge intégrale du forfait	Prise en charge intégrale du forfait
Chambre particulière (limité à 30 jours)	Non couvert	30 €/jour	40 €/jour
Lit d'accompagnement	Non couvert	30 €/jour	40 €/jour
Transport pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Soins médicaux courants			
Visites, consultations de généralistes (médecin adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée)	120 % BR	130 % BR	130 % BR
Visites, consultations de généralistes (médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Visites, consultations de spécialistes (médecin adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée)	150 % BR	175 % BR	200 % BR
Visites, consultations de spécialistes (médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée)	120 % BR	130 % BR	180 % BR
Analyses	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes d'imagerie, actes d'échographie, électroradiographie, ostéodensitométrie (médecin adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée)	150 % BR	175 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie, actes d'échographie, électroradiographie, ostéodensitométrie (médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée)	120 % BR	130 % BR	180 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux (médecin adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée)	150 % BR	175 % BR	200 % BR
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux (médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée)	120 % BR	130 % BR	180 % BR
Pharmacie			
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) « majeur ou important »	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) « modéré »			
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) « faible »			
Optique	1 équipement (verres + monture) tous les 2 ans sauf mineurs et/ou en cas de l'évolution de la vue dans la limite d'un équipement par an Prise en charge limitée à 150 € pour la monture le cas échéant		
Réseau partenaire :			
Équipement avec 2 verres simples ⁽¹⁾	150 €	160 €	210 €
Équipement avec 2 verres complexes ⁽²⁾	285 €	330 €	420 €
Équipement avec 1 verre simple ⁽¹⁾ et 1 verre complexe ⁽²⁾	230 €	240 €	320 €
Hors Réseau :			
Équipement avec 2 verres simples ⁽¹⁾	120 €	120 €	140 €
Équipement avec 2 verres complexes ⁽²⁾	220 €	220 €	250 €
Équipement avec 1 verre simple ⁽¹⁾ et 1 verre complexe ⁽²⁾	170 €	170 €	180 €



	Régime Conventionnel R1	Régime Conventionnel + option R2	Régime Conventionnel + option R3
Optique (suite)	1 équipement (verres + monture) tous les 2 ans sauf mineurs et/ou en cas de l'évolution de la vue dans la limite d'un équipement par an Prise en charge limitée à 150 € pour la monture le cas échéant		
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale	Ticket modérateur + 70 €/an	Ticket modérateur +150 €/an	Ticket modérateur +200 €/an
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale			
Lentilles jetables			
Dentaire			
Soins dentaires	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Inlays/Onlays	160 % BR	200 % BR	200 % BR
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale	175 % BR	200 % BR	270 % BR
Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale	Non couvert	Non couvert	Non couvert
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	160 % BR	200 % BR	270 % BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	Non couvert	Non couvert	Non couvert
Autre			
Prothèses auditives (Prise en charge par la Sécurité sociale)	130 % BR	160 % BR	220 % BR
Orthopédie et autres prothèses (Prise en charge par la Sécurité sociale)			
Ostéopathie	25 € / acte limité à 1 séance par an et par bénéficiaire	25 €/acte limité à 2 séances par an et par bénéficiaire	25 €/acte limité à 3 séances par an et par bénéficiaire

(1) « Verre simple » : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.

(2) « Verre complexe » : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verre multifocal ou progressif ou verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries ou à verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries.

BR (Base de remboursement) : base de calcul du remboursement effectué par les organismes d'Assurance Maladie.



Pour de plus amples renseignements, votre interlocuteur Allianz est à votre disposition.



Allianz Vie

Société anonyme au capital de 643.054.425 €
340 234 962 RCS Nanterre

Allianz IARD

Société anonyme au capital de 991.967.200 €
542 110 291 RCS Nanterre
Entreprises régies par le Code des assurances
1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex

www.allianz.fr



A2VIP

Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale,
enregistrée sous le numéro SIREN 803 795 038.
Siège social : Tour de Lyon, 185 rue de Bercy – 75012 Paris
Adresse postale : 38 rue François Peissel - BP 119
69646 Caluire et cuire Cedex.

