



DISPOSITIONS GENERALES

Contrats Collectifs Santé

CONTRAT COLLECTIF SANTE

Immatriculée au RCS de Paris sous le n° 499 776730
Enregistrée à l'ORIAS sous le N°08044501
Dont le siège social est situé 36 rue de St Pétersbourg, 75008 PARIS
Entreprise régie par le Code des assurances

Entre

L'Entreprise désignée aux Dispositions Particulières
ci-après dénommée « l'Entreprise adhérente »

et

Allianz Vie
Société Anonyme d'Assurances sur la Vie
87, rue de Richelieu, 75002 Paris
ci-après dénommée «Assureur »
Entreprise régie par le Code des assurances

Les présentes Dispositions Générales sont enregistrées sous la référence 10 008 250

SOMMAIRE

I OBJET ET BASES DU CONTRAT

Article 1 : Objet et bases du Contrat

Article 2 : Effet, durée et renouvellement du Contrat

Article 3 : Obligations de l'Entreprise adhérente

Article 4 : Autres dispositions

II LES ASSURES

Article 5 : Conditions d'admission

Article 6 : Entrée en vigueur des garanties

Article 7 : Cessation ou suspension des garanties

III LES GARANTIES ET PRESTATIONS

Article 8 : Bénéficiaires des garanties

Article 9 : Garantie Frais de santé

Article 10 : Assurance frais d'obsèques

IV LES COTISATIONS

Article 11 : Taux et base de calcul

Article 12 : Paiement des cotisations

Article 13 : Non paiement des cotisations

TITRE I – OBJET ET BASES DU CONTRAT

ARTICLE 1 – OBJET ET BASES DU CONTRAT

Le contrat d'Assurance Collective est régi par le Code des assurances.

Les déclarations de l'Entreprise adhérente, ainsi que celles de ses salariés assurés, lui servent de bases.

Il a pour objet de faire bénéficier l'ensemble des membres du personnel de l'Entreprise adhérente appartenant à la catégorie de personnel définie aux Dispositions Particulières, dénommés «Assurés», de remboursements complémentaires aux prestations en nature servies par la Sécurité sociale.

Votre contrat peut comporter, en outre, une garantie dite Assurance frais d'obsèques.

Il est constitué :

- des présentes Dispositions Générales définissant les obligations réciproques et l'ensemble des garanties pouvant être souscrites,
- des Dispositions Particulières signées par l'Entreprise adhérente, précisant notamment :
 - . le numéro du contrat,
 - . la catégorie de personnel à assurer,
 - . la nature et le montant des garanties souscrites,
 - . les taux de cotisation,
 - . les éventuelles dérogations aux Dispositions Générales.

La totalité du personnel salarié ou de la catégorie de personnel définie aux Dispositions Particulières doit obligatoirement être assurée par le Contrat.

Cette obligation s'entend sous réserve des cas de dispense admis par les réglementations sociale et fiscale en vigueur, s'ils sont expressément prévus dans le cadre de l'acte instituant le régime de prévoyance complémentaire, à savoir :

- . la convention ou l'accord collectif,
- . ou l'accord référendaire ratifié à la majorité des salariés intéressés,
- . ou la décision unilatérale constatée dans un écrit que l'Entreprise adhérente aura remis à chaque intéressé.

Selon les réglementations précitées, il appartient à l'Entreprise adhérente de conserver les documents justifiant des cas de dispense pour chaque bénéficiaire concerné, afin de les produire en cas de demande des administrations sociale et fiscale.

ARTICLE 2 – EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT DU CONTRAT

Le contrat prend effet à la date indiquée sur les Dispositions Particulières pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours.

Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction chaque 1er janvier pour une durée d'un an, sauf résiliation par l'une des parties au moyen d'une lettre recommandée envoyée, au plus tard, le 31 octobre précédent.

Le contrat peut également prendre fin à l'initiative de l'Assureur :

- à tout moment lorsque le nombre d'Assurés ne représente plus la totalité de la catégorie de personnel définie aux Dispositions Particulières,
- en cas de non paiement des cotisations selon les modalités définies à l'article 13.

ARTICLE 3 – OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHERENTE

L'Entreprise adhérente s'engage :

1. A affilier à l'assurance, la totalité des salariés présents et futurs appartenant à la catégorie de personnel définie aux Dispositions Particulières, et ceci pour l'ensemble des garanties souscrites,
2. A fournir les pièces suivantes :

Lors de la demande d'adhésion :

- . un exemplaire de la proposition commerciale signée et annotée du « bon pour accord » sur laquelle figurent la catégorie de personnel à assurer, les garanties, le traitement de référence choisis, les taux de cotisation et les règles de gouvernance,
- . une liste nominative des salariés appartenant à la catégorie de personnel à assurer, en précisant ceux atteints d'incapacité de travail ou d'invalidité, par suite de maladie ou d'accident, ou ceux en mi-temps thérapeutique, ou en congé de maternité, ou encore ceux dont le contrat de travail est suspendu ; cette liste doit également être signée,
- . les documents d'affiliation des salariés appartenant à la catégorie de personnel à assurer, qu'ils soient ou non présents au travail,

Lors de nouvelles affiliations résultant d'embauches ou de changement de catégorie :

- . les Demandes Individuelles d'Affiliation des nouveaux salariés admissibles,

Dans les quinze jours qui suivent l'expiration de chaque trimestre :

- . le règlement de la cotisation,
- . s'il y a lieu, les modifications survenues dans la composition du personnel assuré, avec indication des dates d'entrée ou de sortie et le motif du départ (maladie de longue durée ou autre, départ en retraite ou préretraite, licenciement, démission, etc.), dans la situation et les charge de famille des Assurés, et dans son adresse ou sa raison sociale,

au plus tard, le 31 janvier de l'exercice suivant :

- . le bordereau de régularisation annuelle, avec l'indication des personnes assurées au cours de l'exercice écoulé, ainsi que des dates d'entrée et de sortie,
3. A remettre à chaque Assuré contre récépissé, la notice d'information établie par l'Assureur résumant les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur et d'application et les formalités à accomplir en cas de sinistre,
 4. A informer par écrit les Assurés, des modifications qu'il est prévu, le cas échéant, d'apporter à leurs droits et obligations, notamment avant toute réduction de garanties, toute modification tarifaire ou résiliation du contrat, conformément au Code des assurances.

Le non respect des obligations précitées engage la responsabilité de l'Entreprise adhérente vis-à-vis de ses salariés (pour les paragraphes 3 et 4 ci-dessus, en vertu de l'article 12 de la Loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 et de l'article L141-4 du Code des assurances).

ARTICLE 4 – AUTRES DISPOSITIONS

4.1 - Révision du Contrat

Les conditions du contrat tiennent compte des dispositions législatives et réglementaires, notamment du Code de la Sécurité sociale et du Code général des impôts en vigueur à la date d'effet de celui-ci.

Si celles-ci venaient à être modifiées en cours de Contrat, l'Assureur se réserve la possibilité de procéder à une révision du Contrat, au plus tôt à compter de la date d'effet des nouvelles dispositions.

L'Entreprise adhérente conserve néanmoins la possibilité de demander dans les trente jours suivant la notification de l'Assureur la résiliation du contrat sans délai de préavis.

La résiliation prendra alors effet le premier jour du mois civil suivant cette demande ou à compter de la date de modification proposée si elle est postérieure.

Dans ce dernier cas, les conditions de garanties et de cotisations sont maintenues jusqu'à la date de résiliation sur les bases en vigueur avant lesdites modifications.

4.2 - Territorialité

Sauf stipulation contraire mentionnée aux Dispositions Particulières, les garanties sont acquises :

- aux Assurés relevant du régime général de la Sécurité sociale exerçant leur activité en France ou dans l'un des pays de l'Espace Économique Européen,
- aux Assurés détachés pour mission hors des États composant l'Espace Économique Européen.

4.3 - Prescription

Conformément à l'article L 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du présent Contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

La prescription peut être interrompue par :

- une citation en justice, une saisie ou un commandement,
- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception concernant le paiement de la cotisation ou d'un sinistre.

4.4 - Recours

Conformément au Code des assurances, le bénéficiaire des prestations donne subrogation à l'assureur en vue d'engager toute action récursoire à l'encontre de tout tiers responsable.

Toutefois, l'Assureur renonce à toute action récursoire à l'encontre de l'Entreprise adhérente.

4.5- Médiation et réclamation

Lorsque l'Entreprise adhérente ou l'un des Assurés souhaite obtenir des précisions, leur interlocuteur habituel est en mesure d'étudier toutes demandes et réclamations.

Si, après cet examen, un différend subsiste une réclamation pourra être envoyée à :

Allianz – Service Relations Clientèle
Tour Neptune – 20, place de Seine – 92086 La Défense Cedex.

Enfin, en cas de désaccord définitif avec l'Assureur, l'Entreprise adhérente ou les Assurés auront la faculté de faire appel au Médiateur, un professionnel de l'assurance indépendant, dont l'Assureur indiquera, sur simple demande, les coordonnées et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

TITRE II – LES ASSURES

ARTICLE 5 – CONDITIONS D'ADMISSION

Les salariés appartenant à la catégorie de personnel définie aux Dispositions Particulières doivent, au moment de leur affiliation, remplir et signer une Demande Individuelle d’Affiliation et joindre une copie de l’attestation Vitale, un Relevé d’Identité Bancaire au nom de l’Assuré ainsi que tout justificatif sur la qualité des ayants droit à inscrire.

Sauf en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, l’Assuré une fois admis, ne peut être exclu de l’Assurance contre son gré tant qu’il fait partie de la catégorie de personnel à assurer sous réserve des dispositions de l’article L 141-3 du Code des assurances.

ARTICLE 6 – ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES

Lorsque le contrat a pris effet, les garanties sont effectives pour chaque membre du personnel qui prend la qualité d’Assuré aux dates suivantes :

- personnel présent à l’effectif lors de la prise d’effet du contrat : dès cette dernière date,
- personnel entrant dans la catégorie de personnel définie aux Dispositions Particulières : dès la date d’entrée dans la catégorie de personnel à assurer.

ARTICLE 7 – CESSATION OU SUSPENSION DES GARANTIES

1. Pour les salariés :

Garanties prennent fin :

- dès que l’Assuré cesse d’appartenir à la catégorie de personnel assuré,
- à la date de l’attribution de sa pension vieillesse ou d’une pension pour inaptitude au travail de la Sécurité sociale,
- pour les membres de la famille de l’Assuré bénéficiaires tels que définis à l’article 8, à partir du moment où ils ne remplissent plus les conditions prévues audit article et en tout état de cause à la même date que l’Assuré,
- en cas de résiliation du contrat.

En cas de suspension du contrat de travail pour une autre cause que les congés payés annuels, une maladie, un accident, une maternité ou une paternité, les garanties pendant la même période et avec les mêmes effets que la cessation.

Toutefois, l’Assureur peut, à la demande de l’Entreprise adhérente, établir un avenant pour maintenir aux salariés concernés le bénéfice des garanties dans les mêmes conditions que pour les autres salariés, notamment en ce qui concerne le paiement des cotisations.

La cessation des garanties (ou la suspension) entraîne simultanément, tant pour l’Assuré que pour les membres de sa famille s’ils étaient garantis, la suppression du droit aux prestations pour tous les actes et soins intervenus à compter de la date de cessation même s’ils ont débuté ou ont été prescrits avant cette date.

2. Pour anciens salariés et les membres de la famille d'Assuré décédé

Toute personne qui cesse de bénéficier pour l'une des raisons indiquées ci-après peut conserver une couverture Santé en adhérant au contrat mis en œuvre à cet effet par l'Assureur, à la seule condition d'en faire la demande dans les six mois qui suivent :

- . la rupture de son contrat de travail pour l'ancien salarié tel que défini ci-après,
- . la date du décès du salarié en ce qui concerne les membres de sa famille.

Ce contrat dispose de l'ensemble des formules de garanties de la gamme Allianz réservée aux salariés des entreprises assurés par les contrats collectifs Santé d'Allianz Vie.

Peuvent demander leur adhésion au contrat, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

- l'ancien salarié qui, en raison de la rupture de son contrat de travail (ou à l'issue de la période de maintien dans le présent contrat si celui-ci le prévoit), a cessé de bénéficier de la garantie Frais de Santé du présent contrat et qui perçoit :
 - soit une rente d'incapacité ou d'invalidité,
 - soit une pension de retraite ou d'inaptitude au travail,
 - soit un revenu de remplacement s'il est privé d'emploi,
- les membres bénéficiaires de la famille de l'ancien salarié qui cessent également de bénéficier des garanties en raison :
 - soit du départ du salarié si celui-ci se trouve dans les cas visés ci-dessus,
 - soit du décès du salarié.

TITRE III – LES GARANTIES ET PRESTATIONS

ARTICLE 8 – BENEFICIAIRES DES GARANTIES

Outre le salarié appartenant à la catégorie de personnel définie aux Dispositions Particulières, peuvent bénéficier du contrat :

➤ le conjoint :

On entend par conjoint, le conjoint de l'Assuré marié ou à défaut le partenaire lié par un Pacte civil de Solidarité « PACS » à l'Assuré, ou à défaut le concubin de l'Assuré.

On entend par concubin, la personne vivant maritalement avec l'Assuré sous réserve que les deux conditions cumulatives suivantes soient remplies :

- . qu'ils soient tous deux libres de tout lien matrimonial,
 - . que l'Assuré nous ait déclaré son concubinage lors de son affiliation, ou dans les six mois suivant l'organisation de la vie commune si celle-ci est postérieure à sa date d'affiliation, avec production d'un certificat de vie commune délivré par la mairie ou de tout justificatif de domicile commun de nature contractuelle ou émanant d'un organisme administratif,
- les enfants ayant droit aux prestations d'un régime de la Sécurité sociale du fait de l'immatriculation de l'Assuré ou de son conjoint, visés à l'article L 313-3 du Code de la Sécurité sociale, ou lorsqu'ils n'ont plus ce droit du fait de leur âge :
- . et jusqu'à la fin du trimestre civil de leur 28e anniversaire :
 - s'ils sont affiliés à la Sécurité sociale des Étudiants,
 - s'ils suivent une formation sous contrat en alternance,
 - s'ils sont inscrits à l'ANPE et à la recherche d'un premier emploi depuis moins d'un an, étant précisé que nous considérons que le contrat en alternance n'est pas un premier emploi.
 - . sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L 241-3 du Code de l'action sociale et des familles attribuée alors que l'enfant était encore à charge, au sens fiscal, de l'Assuré ou de son conjoint,
 - . les ascendants à charge de l'Assuré ou de son conjoint, au sens de la Sécurité sociale.

Il est précisé que ne sont pas bénéficiaires des garanties au sens du présent article, les membres de la famille de l'Assuré pour lesquels celui-ci n'a pas souhaité l'affiliation au contrat, en application des cas de dispense admis par les réglementations sociale et fiscale en vigueur (selon les mêmes modalités que celles prévues pour l'Assuré à l'article 1).

Les prestations sont dues au titre des actes, soins et séjours en hospitalisation intervenus au cours de la période durant laquelle le bénéficiaire appartient à la catégorie définie ci-dessus.

En cas de décès de l'Assuré, les garanties sont maintenues gratuitement aux autres bénéficiaires pendant la durée d'un mois.

Les intéressés pourront cependant demander, dans les six mois, au plus tard, suivant la date du décès de l'Assuré, le maintien d'une couverture Santé aux conditions précisées à l'article 7.2.

ARTICLE 9 – GARANTIE FRAIS DE SANTE

9.1 - Nature des prestations

L'Assureur rembourse à l'Assuré les frais engagés par les bénéficiaires sur la base des montants des prestations et des limitations prévues aux Dispositions Particulières.

Les prestations sont complémentaires aux prestations en nature des assurances Maladie et Maternité de la Sécurité sociale et leur attribution est subordonnée à la prise en charge et à la déclaration à cet Organisme des frais engagés par le bénéficiaire, sauf indication contraire figurant aux Dispositions Particulières.

Au titre de l'hospitalisation, ne sont pris en charge que les frais exposés en clinique ou en hôpital ainsi que les frais occasionnés :

- par tout séjour pris en charge par la Sécurité sociale, si ce séjour fait suite à une hospitalisation de plus de trente jours ou à une intervention chirurgicale exonérée du ticket modérateur,
- par une hospitalisation à domicile.

Toutefois la prise en charge est limitée à trente jours par année civile et par bénéficiaire :

- pour tout séjour dans une maison d'enfants à caractère sanitaire,
- en cas de traitement des maladies nerveuses ou mentales dans un établissement privé.

En cas de frais engagés à l'étranger, le montant du remboursement des frais liés à une hospitalisation est effectué selon les conditions prévues aux Dispositions Particulières dans la limite de 400 % de la base du remboursement de la sécurité sociale.

En tout état de cause, aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais exposés dans le cadre du parcours de soins pour lesquels des obligations minimales de couverture sont fixées à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

9.2 - Déclaration des frais de santé

En général, les décomptes des bénéficiaires sont communiqués à l'Assureur par télétransmission. Si cela n'était pas le cas, les originaux des décomptes de la Sécurité sociale sont demandés pour justifier des droits à remboursement.

Pour les remboursements de frais engagés sur les postes dentaires, optique, hospitalisation, appareillage, maternité ou cure thermale, l'Assuré devra également produire l'original de la facture des frais engagés.

En l'absence de justification des frais réels exposés et servant de base au calcul des remboursements, ceux-ci seront limités à la base de remboursement retenue par la Sécurité sociale en secteur conventionné.

9.3 - Montant des prestations

Le montant des prestations est déterminé pour chacun des postes de frais selon les modalités prévues par les Dispositions Particulières, compte tenu des versements de la Sécurité sociale et de tout autre organisme.

Pour le calcul des frais exposés hors de France, il sera pris en compte, si nécessaire, le taux de change moyen dans le trimestre civil qui précède la date des soins.

Les garanties Frais de Santé répondent au dispositif du contrat responsable prévu par l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale et son décret d'application, afin que votre contrat puisse bénéficier des avantages fiscaux et sociaux. Ainsi :

- les obligations minimales de prise en charge des consultations et prescriptions du médecin traitant sont respectées,
- toutes les prestations de prévention listées à l'arrêté du 8 juin 2006, pris pour l'application de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale sont prises en charge,

- **les dépassements d'honoraires autorisés et la majoration du ticket modérateur en cas de non respect du parcours de soins ne sont pas pris en charge**
- **la participation forfaitaire et les franchises respectivement prévues aux paragraphes II et III de l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale, dont les montants sont fixés par décret ne sont pas prises en charge.**

9.4 - Limitation aux frais réels

Conformément à l'Article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et au décret n° 90-769 du 30 août 1990, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Assuré après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du Contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Pour l'application des dispositions ci-dessus, les remboursements seront limités au montant des frais restant à charge de l'Assuré pour chacun des actes ou postes de frais.

9.5 – Délai de transmission des demandes de remboursements

Les décomptes de la Sécurité sociale et les justificatifs de frais engagés ouvrant droit à remboursement doivent être présentés dans les deux ans à compter de la date des soins.

A défaut, l'Assuré se verra opposer le délai de prescription prévu au paragraphe 4.3 du présent contrat.

ARTICLE 10 – ASSURANCE FRAIS D'OBSEQUES

Outre la garantie Frais de santé, les Dispositions Particulières de votre contrat peuvent prévoir une garantie Assurance frais d'obsèques:

En cas de décès de l'Assuré ou, selon la catégorie de bénéficiaires prévue aux Dispositions Particulières, d'un membre de sa famille, l'Assureur verse une allocation dont le montant est fixé aux Dispositions Particulières.

Cette allocation est versée dans tous les cas, dans la limite des frais exposés, à la personne physique ou morale qui a assumé les frais d'obsèques, sur remise des pièces justificatives.

TITRE IV – LES COTISATIONS

ARTICLE 11 - TAUX ET BASE DE CALCUL

Le ou les taux de cotisation et leur base de calcul sont mentionnés aux Dispositions Particulières.

Il est précisé que pour les Assurés qui exercent leur activité à temps partiel, la cotisation est due dans son intégralité.

11.1 – Indexation

Les cotisations pourront conformément à la clause de révision tarifaire prévue dans les Dispositions Particulières être indexées en fonction de l'évolution annuelle de la consommation de soins et biens médicaux à la charge des ménages et des organismes d'assurances complémentaires.

11.2 - Révision en cas de modification des dispositions législatives et réglementaires de la Sécurité sociale

Les cotisations pourront être révisées conformément aux dispositions de l'article 4.2.

11.3 - Révision en fonction des résultats techniques

Les taux pourront être revus en fonction de la clause de révision tarifaire prévue dans les Dispositions Particulières du contrat.

Ils pourront également être revus lors de chaque renouvellement annuel en fonction des résultats techniques de la catégorie de contrats de même nature.

Dans ce cas, l'Entreprise adhérente en sera informée avant le 31 octobre précédent.

En cas de désaccord, elle pourra demander la résiliation de son contrat par lettre recommandée à compter de notre notification de la révision. La résiliation prendra alors effet au 31 décembre suivant la date de réception de la lettre recommandée.

Dans le cas contraire, le montant des cotisations sera calculé automatiquement selon les nouvelles bases qui lui auront été notifiées.

ARTICLE 12 – PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables trimestriellement et dues le dernier jour du trimestre civil auquel elles se rapportent.

L'Entreprise adhérente est seule responsable de leur versement.

À cet effet, elle complète, selon les indications qu'ils comportent, les bordereaux trimestriels et les bordereaux de régularisation annuels qui sont adressés.

ARTICLE 13 – NON PAIEMENT DES COTISATIONS

À défaut du paiement intégral des cotisations dans le mois qui suit leur échéance, l'Assureur adresse une lettre recommandée constituant la mise en demeure prévue à l'article L 113-3 du Code des assurances, les garanties sont suspendues TRENTE jours après cet envoi.

Si, passé ce délai, l'Entreprise adhérente n'a pas procédé au paiement demandé, le contrat pourra être résilié, sans autre formalité, dans les DIX jours suivants.

SQUADRA

36 rue de Saint-Pétersbourg 75008 Paris

S.A.S. au capital de 53 293€ RCS Paris B 499 776 730 - Orias 08044501 www.orias.fr

Garanties Financière et Responsabilité Civile Professionnelle conformes aux articles L.530-1 et L.530-2 du Code des assurances

Allianz Vie : S.A. au capital de 643.054.425 euros. 340 234 962 R.C.S. Paris. Entreprise régie par le Code des assurances.

Siège social : 87, rue de Richelieu – 75002 Paris. Autorité chargée du contrôle d'Allianz Vie :
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) 61, rue Taitbout – 75009 Paris.