

CONDITIONS GÉNÉRALES

Complémentaire santé des salariés de la CCN du Sport



À retenir

Merci de votre confiance

Contrat collectif Responsable santé

Entre

**L'entreprise désignée aux Dispositions particulières
ci-après dénommée « entreprise adhérente » ou « vous »**

Et en coassurance dans le cadre d'une offre commune

Allianz Vie

Entreprise régie par le Code des assurances
Société anonyme au capital de 681.879.255 €
1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex
340 234 962 RCS Nanterre

A2VIP

Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale
Enregistrée sous le numéro SIREN 803 795 038.
Siège social : 20 rue de la Baume - 75008 Paris



Sommaire

Tableau des garanties	2
Dispositions Générales	6
I. Objet du contrat	6
II. Nature des garanties	6
III. Intervenants au contrat	6
IV. Prescription	6
V. Recours contre tiers	8
VI. Protection de vos données personnelles	8
VII. Relations clients et médiation	9
VIII. Autorité de contrôle	10
IX. Solvabilité et situation financière de l'assureur	10
Exécution du contrat	11
I. Présentation du contrat	11
II. Adhésion au contrat	11
III. Vie du contrat	11
Affiliation au contrat	13
I. Affiliation aux garanties souscrites par l'employeur	13
II. Affiliation à titre facultatif aux garanties optionnelles	15
Ouverture, suspension, maintien et cessation des garanties	16
I. Date d'entrée en vigueur des garanties	16
II. Cessation de l'affiliation	16
III. Maintien des garanties	16
IV. Suspension du contrat de travail	17
Obligations des parties	18
I. Obligations de l'organisme assureur	18
II. Obligations de l'employeur	18
III. Obligations du salarié	18
Cotisations	19
I. Taux et montant des cotisations	19
II. Modalités de règlement des cotisations	19
III. Non-règlement des cotisations	19
IV. Régularisation des cotisations versées	20
Garanties	21
I. Détermination des garanties	21
II. Services associés	22
III. Soins effectués à l'étranger	22
IV. Modalités de calcul des prestations	22
V. Modalités de règlement des prestations	23
Annexe - Modalités d'application des garanties	24



Tableau des garanties

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

Hospitalisation (y compris maternité)

	Régime Conventionnel R1	Régime Conventionnel + option R2	Régime Conventionnel + option R3
Honoraires			
– Praticiens adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	150 % BR	190 % BR	200 % BR
– Praticiens n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	120 % BR	150 % BR	180 % BR
– Participation forfaitaire pour les actes techniques médicaux lourds	Prise en charge intégrale du forfait	Prise en charge intégrale du forfait	Prise en charge intégrale du forfait
Forfait journalier hospitalier et psychiatrique	100 % du forfait en vigueur	100 % du forfait en vigueur	100 % du forfait en vigueur
Etablissements conventionnés			
– Frais de séjour	130 % BR	150 % BR	180 % BR
– Chambre particulière (limité à 30 jours)	Non couvert	30 €/jour	40 €/jour
– Transport accepté par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Etablissements non conventionnés			
– Frais de séjour	130 % BR	150 % BR	180 % BR
– Chambre particulière limité à 30 jours	Non couvert	30 €/jour	40 €/jour
– Transport pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Frais divers			
– Lit accompagnant en cas d'hospitalisation d'enfant de moins de 16 ans	Non couvert	30 €/jour	40 €/jour

Soins courants

	Régime Conventionnel R1	Régime Conventionnel + option R2	Régime Conventionnel + option R3
Honoraires médicaux			
– Généralistes : consultations, visites			
• Médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	120 % BR	130 % BR	130 % BR
• Médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	100 % BR	100 % BR
– Spécialistes : consultations, visites			
• Médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	150 % BR	175 % BR	200 % BR
• Médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	120 % BR	130 % BR	180 % BR
– Actes de spécialités			
• Médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	150 % BR	175 % BR	200 % BR
• Médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	120 % BR	130 % BR	180 % BR
– Radiologie			
• Médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée)	150 % BR	175 % BR	200 % BR



	Régime Conventionnel R1	Régime Conventionnel + option R2	Régime Conventionnel + option R3
• Médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée)	120 % BR	130 % BR	180 % BR
Honoraires paramédicaux			
– Auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire			
– Analyses et examens de laboratoire pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments			
– Médicaments (y compris vaccins pris en charge par la Sécurité sociale) remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Matériel médical			
– Prothèses médicales, appareillage (hors auditif) pris en charge par la Sécurité sociale	130 % BR	160 % BR	220 % BR

Aides auditives

	Régime Conventionnel R1	Régime Conventionnel + option R2	Régime Conventionnel + option R3
Prise en charge d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans			
Equipements 100% Santé⁽¹⁾			
– Equipement de classe I	100 % des frais réels dans la limite des Prix Limite de Vente.		
Equipements hors 100% Santé			
– Equipement de classe II	130 % BR dans la limite des Prix Limite de Vente fixés par la réglementation.	160 % BR dans la limite des Prix Limite de Vente fixés par la réglementation.	220 % BR dans la limite des Prix Limite de Vente fixés par la réglementation.

Optique

	Régime Conventionnel R1	Régime Conventionnel + option R2	Régime Conventionnel + option R3
<p>La garantie optique s'applique, à partir de la dernière facturation d'un équipement composé de deux verres et d'une monture :</p> <ul style="list-style-type: none"> – par période de deux ans, pour les assurés âgés de 16 ans et plus, – par période d'un an pour les assurés de moins de 16 ans, – par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. <p>La période de 2 ans applicable aux assurés de 16 ans et plus est réduite en cas d'évolution de la vue à un an pour la prise en charge d'un équipement complet.</p> <p>La période d'un an n'est pas opposable aux enfants de moins de 16 ans pour les verres en cas d'évolution objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.</p> <p>Dans tous les cas aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement.</p> <p>Pour les assurés 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, deux équipements correspondant à chacun des deux déficits mentionnés peuvent être garantis.</p>			
Equipements 100% Santé⁽¹⁾			
– Verres de classe A	100 % des frais réels dans la limite des Prix Limite de Vente (PLV) y compris les remboursements effectués par la Sécurité sociale.		
– Monture de classe A	100 % des frais réels dans la limite des Prix Limite de Vente (PLV) maximum 30 € y compris les remboursements effectués par la Sécurité sociale.		
Equipements hors 100% Santé			
Réseau partenaire : montures et verres de classe B			
– Pour un équipement : 2 verres simples + monture	150 € dont 100 € au maximum pour la monture	160 € dont 100 € au maximum pour la monture	210 € dont 100 € au maximum pour la monture

(1) Tels que définis réglementairement dans la limite : des honoraires limites de facturation (HLF) en dentaire et des prix limite de vente (PLV) en optique et pour les aides auditives. À compter du 1er janvier 2020 en optique et dentaire (sauf prothèses amovibles) et du 1er janvier 2021 en auditif et dentaire (prothèses amovibles). Les remboursements s'entendent déduction faite du remboursement du régime obligatoire.



	Régime Conventionnel R1	Régime Conventionnel + option R2	Régime Conventionnel + option R3
– Pour un équipement : 1 verre simple + 1 verre complexe + monture	230 € dont 100 € au maximum pour la monture	240 € dont 100 € au maximum pour la monture	320 € dont 100 € au maximum pour la monture
– Pour un équipement : 2 verres complexes + monture	285 € dont 100 € au maximum pour la monture	330 € dont 100 € au maximum pour la monture	420 € dont 100 € au maximum pour la monture
Hors Réseau : montures et verres de classe B			
– Pour un équipement : 2 verres simples + monture	120 € dont 100 € au maximum pour la monture	120 € dont 100 € au maximum pour la monture	140 € dont 100 € au maximum pour la monture
– Pour un équipement : 1 verre simple + 1 verre complexe + monture	170 € dont 100 € au maximum pour la monture	170 € dont 100 € au maximum pour la monture	180 € dont 100 € au maximum pour la monture
– Pour un équipement : 2 verres complexes + monture	220 € dont 100 € au maximum pour la monture	220 € dont 100 € au maximum pour la monture	250 € dont 100 € au maximum pour la monture
Equipements mixtes classes A et B			
	Prise en charge des verres	Prise en charge de la monture	
– 2 Verres de classe A + monture de classe B	100 % des frais réels dans la limite des Prix Limite de Vente	Dans la limite prévue à la garantie « classe B » ci-dessus	
– 2 Verres de classe B + monture de classe A	Dans la limite prévue à la garantie « classe B » ci-dessus	100 % des frais réels dans la limite des Prix Limite de Vente	
Autres			
– Lentilles prises en charge ou non par la Sécurité sociale (y compris jetables)	70 € par an avec un remboursement complémentaire de 100 % BR pour les lentilles prises en charge.	150 € par an avec un remboursement complémentaire de 100 % BR pour les lentilles prises en charge.	200 € par an avec un remboursement complémentaire de 100 % BR pour les lentilles prises en charge.

Dentaire

	Régime Conventionnel R1	Régime Conventionnel + option R2	Régime Conventionnel + option R3
Soins et prothèses 100% Santé⁽¹⁾			
– Equipement 100% Santé	Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF)		
Soins			
– Soins dentaires	100 % BR	100 % BR	100 % BR
– Inlays – Onlays	160 % BR	200 % BR	200 % BR
Prothèses dentaires			
– Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale	175 % BR	200 % BR	270 % BR
Traitements d'orthodontie			
– Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	160 % BR	200 % BR	270 % BR

Actes non pris en charge par la Sécurité sociale

	Régime Conventionnel R1	Régime Conventionnel + option R2	Régime Conventionnel + option R3
– Ostéopathes reconnus professionnellement et habilités à effectuer de tels actes	25 € par séance limité à 1 séance par an et par bénéficiaire	25 € par séance limité à 2 séances par an et par bénéficiaire	25 € par séance limité à 3 séances par an et par bénéficiaire
– Ergothérapeutes et psychomotricien (pour les enfants de salariés bénéficiaires du régime)	50 € / séance limité à 3 séances par an	50 € / séance limité à 3 séances par an	50 € / séance limité à 3 séances par an

(1) Tels que définis réglementairement dans la limite : des honoraires limites de facturation (HLF) en dentaire et des prix limite de vente (PLV) en optique et pour les aides auditives. À compter du 1er janvier 2020 en optique et dentaire (sauf prothèses amovibles) et du 1er janvier 2021 en auditif et dentaire (prothèses amovibles). Les remboursements s'entendent déduction faite du remboursement du régime obligatoire.



Définitions

« 100% Santé »

Dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

Pour ces soins identifiés (on parle de paniers « 100% Santé » ou « à prise en charge renforcée ») qui sont définis réglementairement, opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100% Santé ».

Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée

Désigne les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L162-5 du Code de la Sécurité sociale.

Sont visés l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) et l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).

PLV

Prix Limite de Vente des montures et verres de classe A sont fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'art L165-1 du Code de la Sécurité sociale.

Honoraires limites de facturation

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné.

À compter de 2019 et progressivement, des honoraires limites de facturation seront appliqués à certaines prothèses dentaires dont en particulier celles contenues dans le panier « à prise en charge renforcé ».

BR (Base de remboursement)

Base de calcul du remboursement effectué par les organismes d'assurance maladie.

Verres simples

verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries,

verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,

verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

Verres de correction complexe

verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries,

verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,

verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,

verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries,

verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries,

verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,

verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Verres de correction très complexe

verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries,

verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,

verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,

verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.



Dispositions Générales

I. 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 Sécurité sociale ;
- du Code des assurances.

II. Nature des garanties

Le présent contrat collectif et obligatoire a pour objet de garantir aux salariés, dans les conditions prévues par 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 la Convention Collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005, des options pourront être souscrites par l'employeur à titre obligatoire (pour ses salariés) ou par le salarié à titre facultatif.

III. 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.

Les organismes assureurs : ALLIANZ et A2VIP - co-assureurs dans le cadre d'une offre commune.

IV. 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 L932-13 et L932-13-3 du Code de la Sécurité sociale et les articles L114-1 à L114-3 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 L114-1 à L114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L114-1 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 L114-2 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 L114-3 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 L114-2 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.

V. 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 L931-11 du Code de la Sécurité sociale et l'article L121-12 du Code des assurances.

VI. Protection de vos données personnelles

1. Qui est responsable de vos données ?

Allianz Vie, pour les risques décès, incapacité de travail et invalidité :

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

2. Pourquoi recueillons-nous vos données personnelles ?

Vous êtes assuré, bénéficiaire, ayant-droit, adhérent ? Quelle que soit votre situation, nous recueillons et traitons vos données personnelles dans le cadre de l'exécution du contrat d'assurances collectives souscrit par votre employeur. Pourquoi ? Tout simplement parce qu'elles nous sont nécessaires pour respecter nos obligations légales et réglementaires, gérer votre affiliation et mieux vous connaître.

Gérer le contrat et respecter nos obligations légales et réglementaires

Vos données personnelles nous sont indispensables pour vous identifier comme pour conclure et exécuter le contrat collectif qui vous couvre.

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, la lutte anti-terrorisme et la fraude à l'assurance.

Vous trouverez ci-dessous les bases juridiques correspondant aux finalités de traitement :

Finalités des traitements	Base légale
Passation, gestion et exécution du contrat d'assurance (y compris indemnisation en cas de sinistres).	Exécution du contrat
Protection sociale, pour les seules données d'état de santé traitées dans le cadre des garanties de prévoyance (décès, arrêt de travail, incapacité et invalidité)	Exécution du contrat
Exécution des obligations légales réglementaires et administratives en vigueur	Obligations réglementaires
Lutte anti-blanchiment et lutte contre le financement du terrorisme	Obligations réglementaires
Lutte anti-fraude	Exécution du contrat
Opérations relatives à la gestion commerciale et à la prospection commerciale	Intérêt légitime du responsable de traitement

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. **Avec votre accord exprès**, 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.

Profilage

Nous pouvons être amenés à mettre en place des actions de profilage (scoring), dans le cadre de l'exécution du contrat pour notamment lutter contre la fraude à l'assurance ou vous proposer des garanties plus adaptées. Pour cela, nous pouvons traiter certaines de vos données personnelles liées notamment à vos habitudes de vie, à votre comportement ou à votre localisation.



3. Qui peut consulter ou utiliser vos données personnelles ?

Prioritairement les entreprises du groupe Allianz, l'entreprise adhérente et son intermédiaire en assurance (agent, courtier, mandataire d'assurance), mais aussi les différents organismes publics et partenaires directement impliqués dans la conclusion, la gestion, l'exécution de votre contrat ou dans un objectif commercial : délégués de gestion, prestataires, réassureurs, coassureurs, organismes d'assurance.

Ces destinataires se situent parfois en dehors de l'Union européenne. En ce cas, nous mettons en œuvre 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 ».

4. Combien de temps sont conservées vos données personnelles ?

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

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 au traitement de vos données personnelles, lorsque celui-ci n'est pas contradictoire avec l'intérêt légitime du responsable de traitement ;
- le droit d'accès à vos données personnelles et aux traitements de ces données par le responsable de traitement ;
- le droit de rectification de vos données personnelles quand vous le souhaitez, notamment en cas d'erreurs ou de changements ;
- le droit à l'effacement de vos données personnelles, lorsque leur conservation n'est plus nécessaire à la poursuite des finalités et que les délais de prescription réglementaires sont échus ;
- le droit à une utilisation restreinte, lorsque les données ne sont pas nécessaires pour certains traitements ou en cas de litiges avec le responsable de traitement ;
- 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 décider de l'utilisation de vos données personnelles après votre décès. 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 traitées 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 www.allianz.fr ou le site de l'entité juridique mentionnée au chapitre présent, paragraphe VI.1.

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.

VII. Relations clients et médiation

Votre réclamation doit nous être adressée par écrit (courrier postal ou courriel) à moins que la réclamation que vous avez formulée par oral ou via une messagerie instantanée n'ait été résolue entièrement et immédiatement.

En cas de difficultés, nous vous invitons à consulter d'abord votre interlocuteur commercial habituel.

Si sa réponse ne vous satisfait pas, il vous suffit,

- d'effectuer votre réclamation directement sur le site www.allianz.fr,
- ou d'adresser un courrier à Allianz relations Clients - Case Courrier S1803 - 1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex.

Nous accuserons réception de votre réclamation écrite dans les 10 jours ouvrables à compter de son envoi et nous vous apporterons une réponse écrite dans un délai maximal de 2 mois.

Sauf si votre contrat couvre un grand risque au sens de l'article L111-6 du Code des assurances, vous pouvez en tout état de cause saisir le Médiateur indépendant de l'assurance à l'issue d'un délai de deux mois à compter de l'envoi de votre première réclamation écrite :

- par courrier : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09,
- par voie électronique : www.mediation-assurance.org.

Votre demande auprès du Médiateur de l'assurance doit, le cas échéant, être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de votre première réclamation écrite auprès de nos services.

Vous avez toujours la possibilité d'intenter toute action en justice.



VIII. 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 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 9.

IX. Solvabilité et situation financière de l'assureur

Les entreprises d'assurance publient annuellement un rapport sur leur solvabilité et leur situation financière (article L355-5 du Code des assurances). En cas d'événement majeur affectant significativement la pertinence des informations contenues dans ce rapport, les entreprises d'assurance publient les informations relatives à la nature et aux effets de cet événement. Le rapport sur la solvabilité et la situation financière de l'assureur est accessible sur le site internet www.allianz.fr.



Exécution du contrat

I. 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 au chapitre « Affiliation au contrat », paragraphe I.2.

II. Adhésion au contrat

Peuvent adhérer auprès des organismes assureurs les entreprises et associations relevant de la Convention Collective Nationale du Sport.

L'adhésion au présent contrat est formalisée au moyen des Conditions particulières, du certificat d'adhésion ou du bulletin d'adhésion.

III. Vie du contrat

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.

2. Durée du contrat

Votre 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 par lettre recommandée, lettre simple, e-mail ou tout autre support durable : vous pouvez résilier votre contrat à tout moment sans frais ni pénalités à l'expiration d'un délai de 1 an à compter de la première souscription. La résiliation prend effet 1 mois après que l'assureur en ait reçu notification.

L'assureur peut résilier votre contrat au plus tard le 31 octobre de chaque année.

3. Modification et résiliation des garanties optionnelles

a. 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.

b. 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.



4. 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 L2261-14 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 les articles L932-12 et R932-1-6 du Code de la Sécurité sociale et l'article L113-12 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.



Affiliation au contrat

I. Affiliation aux garanties souscrites par l'employeur

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.

a. 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 à la Convention Collective Nationale du Sport.

Exception : cas de dispense d'affiliation prévus dans la Convention Collective Nationale du Sport

L'obligation d'affiliation des salariés au présent contrat s'entend sous réserve des cas de dispenses prévus dans la Convention Collective Nationale du Sport, 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 issu 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 novembre 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.

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.

a. 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⁽¹⁾.
- 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 L241-3 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).

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

b. 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.

c. 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.

(1) 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.



II. Affiliation à titre facultatif aux garanties optionnelles

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.

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.

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 au chapitre présent, paragraphe II. 4 des présentes Conditions générales.

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.



Ouverture, suspension, maintien et cessation des garanties

I. 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 au chapitre « Affiliation au contrat », paragraphes I et II des présentes Conditions générales.

II. 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 au chapitre présent, paragraphe III ;
- à la date du décès du salarié ;
- pour les ayants droit, dès lors qu'ils ne répondent plus à la définition fixée au chapitre « Affiliation au contrat », paragraphe I.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.

III. Maintien des garanties

1. Maintien des garanties pour les anciens salariés indemnisés par France Travail

En application de l'article L911-8 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 L911-8 du Code de la Sécurité sociale,
- en cas et à la date de résiliation du présent contrat par l'employeur.



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'examens 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 au chapitre présent, paragraphe III.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 ».

IV. Suspension du contrat de travail

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 cas de suspension du contrat de travail donnant lieu au maintien total ou partiel de salaire, au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur ou au versement d'un revenu de remplacement par l'employeur au titre notamment d'une mise en activité partielle ou activité partielle longue durée ou encore en cas de congés rémunérés (par exemple : le congé de reclassement ou de mobilité...), les garanties sont maintenues, sous réserve du paiement des cotisations tel que prévu au contrat.

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.

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.

À 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.



Obligations des parties

I. Obligations de l'organisme assureur

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.

2. Communication des résultats

Au titre de chaque exercice civil et de l'ensemble des contrats de même nature auquel votre contrat appartient, nous établissons des comptes de résultats communs en fonction des ressources et des charges qui leur sont imputables.

II. Obligations de l'employeur

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.

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.

III. 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.



Cotisations

I. 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 cotisations sont indexées automatiquement à effet de chaque 1^{er} janvier, 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.

Cet accroissement des taux de cotisations, calculé chaque année à cet effet, tient compte de l'augmentation induite par la variation de la valeur du plafond de la Sécurité sociale lorsque votre cotisation est exprimée en pourcentage de ce plafond.

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 au chapitre « Exécution du contrat », paragraphe III.4 des présentes Conditions générales.

II. Modalités de règlement des cotisations

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.

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^e enfant).

Cette cotisation est directement prélevée sur le compte bancaire du salarié, ou selon les modalités spécifiques prévues sur le bulletin individuel d'affiliation.

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.

III. Non-règlement des cotisations

1. Possibilité pour l'organisme assureur de résilier le contrat

a. Au titre des garanties souscrites à titre obligatoire par l'employeur

L'article L932-9 du Code de la Sécurité sociale et l'article L141-3 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 L932-9 du Code de la Sécurité sociale et l'article L113-3 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 L221-8 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.

b. 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 L932-22 du Code de la Sécurité sociale et L113-3 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 L932-22 du Code de la Sécurité sociale et L113-3 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.

2. Majorations de retard

À 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.

IV. Régularisation des cotisations versées

À 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.



Garanties

I. Détermination des garanties

Les niveaux de garanties sur lesquels porte l'engagement des organismes assureurs sont conformes à la Convention Collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005.

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 L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale ;
- des dispositions relatives au « panier de soins minimum » définies aux articles L911-7 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, 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.

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 L871-1, R871-1 et R871-2 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.

Exclusions

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 L162-5-3 du Code de la Sécurité sociale (non désignation d'un médecin traitant ou consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins) et L1111-15 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 L162-5 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 L322-2 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 L322-2 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 L871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application ne sera pas remboursée au titre du présent contrat.



2. Dispositions relatives au « panier de soins minimum »

L'accord du 06 novembre 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 novembre 2015 à la Convention Collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005 respecte les minimas de garanties définis par ce décret.

II. 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.

III. 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 à minima le montant et la nature des frais engagés.

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

IV. Modalités de calcul des prestations

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.

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.

3. Principe indemnitaire

Conformément à l'article L931-11 du Code de la Sécurité sociale et l'article L121-12 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.



V. Modalités de règlement des prestations

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 L932-13 du Code de la Sécurité sociale et L114-1 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 le chapitre présent, paragraphe V.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.

2. Délais de paiement des prestations

À 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.

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.



Annexe - 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.



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



Allianz Vie

Entreprise régie par le Code des assurances
Société anonyme au capital de 681.879.255 €
1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex
340 234 962 RCS Nanterre

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 : 20 rue de la Baume - 75008 Paris
Adresse postale : 51 boulevard Marius Vivier-Merle
69003 Lyon

