



NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE FACULTATIF

Formules SUPPLEMENT 1, SUPPLEMENT 2 et SUPPLEMENT 3

Ensemble du personnel des entreprises relevant de la
Convention Collective Nationale des Transports Routiers et
des Activités Auxiliaires du Transport

(IDCC 16)

TRANSPORT ROUTIER DE MARCHANDISES ET ACTIVITÉS AUXILIAIRES DU TRANSPORT

IMPORTANT

DOCUMENT À COMPLÉTER ET À REMETTRE À VOTRE EMPLOYEUR

Je soussigné(e)

reconnais avoir reçu la notice d'information de la garantie Frais de santé souscrite par mon entreprise :

.....

auprès de CARCEPT Prévoyance, dans le cadre du contrat d'assurance collective surcomplémentaire facultatif (formule Supplément 1, Supplément 2 ou Supplément 3)* des entreprises du Transport routier de marchandises et activités auxiliaires du transport.

À

Le

Signature

** Entourer ou souligner la formule souscrite*

SOMMAIRE

Sommaire	5
Lexique	6
1 – INTRODUCTION	8
2 - GENERALITES	8
Article 1 – Base légale	8
Article 2 – Contrat responsable	8
Article 3 – Contrôle de l'Institution	9
Article 4 – Réclamation et médiation	9
Article 6 – Communication par voie électronique	10
Article 7 – Protection de vos données personnelles	10
Article 8 – Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme	10
Article 9 – Lutte contre la fraude à l'assurance	11
3 – BENEFICIAIRES	11
Article 10 – Salariés en activité	11
Article 11 – Extension facultative aux ayants droit	11
4 – AFFILIATION	11
Article 12 – Date d'affiliation et date d'effet de la garantie	11
Article 13 – Suspension de votre contrat de travail	14
Article 14 – Cessation de la garantie	15
Article 15 – Maintien des garanties	16
5 – VOS COTISATIONS	17
Article 16 – Paiement des cotisations	17
Article 17 – Défaut de paiement des cotisations	17
6 – VOS PRESTATIONS	18
Article 18 – Gestionnaire	18
Article 19 – Définition des prestations	18
Article 20 – Montant des prestations	22
Article 21 – Paiement des prestations	22
Article 22 – Documents nécessaires au règlement des prestations	22
Article 23 – Bon de prise en charge	23
Article 24 – Tiers payant	23
Article 25 – Fausse déclaration	23
Article 26 – Prescription	23
Article 27 – Subrogation	24
Article 28 – Contrôle médical	24
Article 29 – Evénements exclus	24
ANNEXE 1 -TABLEAUX DES PRESTATIONS	25
ANNEXE 2 - PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES	27

LEXIQUE

■ 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 maximums fixés.

■ Ayant droit

Personne bénéficiant des garanties du présent contrat du chef du Participant à condition d'avoir été préalablement affiliée.

■ Base de remboursement (BR)

Tarif déterminé par l'Assurance Maladie, pour un acte ou soin, sur lequel intervient le remboursement. Il s'agit de :

- Tarif de convention : les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'Assurance Maladie. Le tarif est déterminé par l'Assurance Maladie et les représentants de la profession ;
- Tarif de responsabilité pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux ;
- Tarif d'autorité lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné.

■ Bénéficiaire

Personne physique ou morale percevant la prestation prévue par les garanties du contrat lors de la réalisation du risque.

■ Cotisations

Contribution des salariés et/ou de l'employeur versée à l'Institution en contrepartie de son engagement.

■ Dépassement d'honoraires

Différence entre les honoraires du professionnel de santé et la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire. Cette différence n'est jamais remboursée par cette dernière.

■ Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) et OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).

■ Entreprise adhérente ou adhérente

Personne morale qui souscrit le contrat pour le compte de son personnel défini au certificat d'adhésion, qui s'engage à verser les cotisations et dont le représentant habilité signe l'adhésion.

■ Forfait journalier ou hospitalier

Participation du Participant aux frais entraînés par l'hospitalisation (hébergement et entretien) dans un établissement de santé. Cette participation n'est pas prise en charge par l'Assurance Maladie.

■ Frais réels

Dépense réellement engagée par le Participant pour un acte médical donné.

■ Franchises médicales

Sommes déduites des remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Ces franchises ne sont pas remboursées par le contrat.

■ Garantie

Engagement de l'Institution, en contrepartie du versement de cotisations convenues d'avance, à verser une prestation à l'occasion de la réalisation d'un risque garanti par le contrat.

■ Honoraire limite de facturation

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. Depuis 2019 et progressivement, des honoraires limites de facturation (HLF) sont appliqués à certaines prothèses dentaires, dont en particulier celles contenues dans le panier 100 % santé.

■ Honoraires de dispensation

Rémunération du pharmacien d'officine destinée à valoriser la dispensation d'un médicament qui comprend : l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, la préparation éventuelle des doses à administrer, les conseils aux patients. Il existe cinq honoraires de dispensation. Selon les cas, la prise en charge de ces honoraires est identique à celle des médicaments auxquels ils se réfèrent, fixée à 70 % ou 100 % par l'assurance maladie obligatoire.

■ Maladie

Toute altération de santé constatée par une autorité médicale, ouvrant droit aux prestations d'un régime de Sécurité sociale française.

■ Noémie

« Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs ». Échanges d'informations entre les caisses nationales des régimes obligatoires d'assurance maladie de la Sécurité sociale et les organismes complémentaires de protection sociale.

■ Parcours de soins coordonnés

Circuit que les patients doivent respecter s'ils veulent bénéficier du remboursement maximal de l'Assurance Maladie Obligatoire. Ce circuit doit débiter par la consultation du médecin traitant avant toute consultation de spécialiste, sauf ceux dont l'accès est direct.

■ Participant

Membre du personnel de l'Entreprise relevant de la catégorie de personnel assurée.

■ Prestation

Exécution de la garantie par l'Institution.

■ Prix limite de vente

Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

Les aides auditives et les lunettes retenues dans les paniers 100 % santé ont des prix limites de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les assurés puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

■ Ticket modérateur

Différence entre la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie et le montant du remboursement effectué par la Sécurité sociale, déduction faite des éventuelles franchises ou participations applicables. Cette part des frais médicaux est laissée à la charge des assurés ou peut être prise en charge par l'organisme complémentaire.

1 – INTRODUCTION

Votre entreprise a adhéré auprès de CARCEPT-Prévoyance, à un contrat d'assurance collective surcomplémentaire à adhésion facultative, garantissant pour l'ensemble du personnel défini au certificat d'adhésion, la prise en charge des frais de soins de santé.

Ce contrat permet aux salariés qui le souhaitent d'améliorer le régime obligatoire (de base et éventuellement surcomplémentaire) souscrit par l'employeur.

La garantie Frais de santé a pour objet de rembourser, dans les limites définies par les textes en vigueur et en complément des remboursements effectués par la Sécurité sociale au titre des prestations en nature de l'Assurance Maladie, les dépenses engagées pour les types d'actes définis par les Dispositions Spécifiques du contrat d'assurance collective et dans la présente notice.

Le présent document constitue la notice d'information afférente au contrat précité.

Il vous indique notamment :

- les modalités d'entrée en vigueur des prestations ;
- le descriptif détaillé des prestations ;
- les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque ;
- les formalités à accomplir pour obtenir le versement des prestations ;
- le rappel des mentions obligatoires en matière de nullité, de déchéance, d'exclusion ou de limitation de garantie, ainsi que les délais de prescription.

Il est établi conformément aux Dispositions Générales et Spécifiques qui ont été remises à votre employeur.

Cette notice doit obligatoirement être transmise aux membres Participants.

À noter : vous êtes également affilié à un régime de base lié à la présente garantie surcomplémentaire facultative ; une notice distincte concernant la garantie de base vous est remise séparément.

2 - GENERALITES

Article 1 – Base légale

Ce contrat collectif Frais de santé est régi par les dispositions du Code de la Sécurité sociale et est exclusivement soumis à la loi française. Le règlement des éventuels litiges liés au présent contrat sera du ressort des tribunaux français.

Article 2 – Contrat responsable

Les dispositions du contrat Frais de santé sont en conformité avec les exigences posées par les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale relatives aux contrats dits « responsables ».

En conséquence :

- la participation forfaitaire (actes et consultations de médecins, actes de biologie médicale) et les franchises médicales (médicaments, actes d'auxiliaires médicaux, transports) laissées à la charge de chaque patient, instaurées par l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale, ne sont pas remboursées ;
- hors parcours de soins coordonnés, aucune majoration de la participation de l'assuré (ticket modérateur) prévue à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale n'est prise en charge ;
- hors parcours de soins coordonnés, les dépassements d'honoraires de spécialistes sur les actes cliniques et techniques ne sont pris en charge qu'au-delà du montant du dépassement autorisé défini par la convention médicale en vigueur pour les actes cliniques de spécialistes de secteur 1 ;
- l'Institution respecte les obligations de prise en charge prévues à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale (planchers et plafonds de remboursements de prestations, prise en charge du ticket modérateur et des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés par

la réglementation pour les équipements des paniers 100% santé des équipements optiques, des aides auditives, et des soins prothétiques dentaires).

Article 3 – Contrôle de l'Institution

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest CS 92459 – 75436 PARIS Cedex 09.

Article 4 - Réclamation et médiation

Pour toute réclamation relative à l'exécution du présent contrat, vous devez adresser votre demande prioritairement au(x) gestionnaire(s) de votre contrat :

Pour toute demande concernant une réclamation relative à l'adhésion et aux cotisations obligatoires :

Par courrier, à l'adresse :

**CARCEPT-Prévoyance
Service Réclamation
TSA 90200
69307 LYON CEDEX 07**

Par téléphone : 09 69 36 22 22 du lundi au vendredi de 8h30 à 18h

Par formulaire de contact via le site internet : www.carcept-prev.fr

Pour toute demande concernant une réclamation relative aux cotisations facultatives de votre affiliation facultative et des extensions familiales et concernant les prestations :

Par courrier, à l'adresse :

**Centre de gestion KLESIA – CARCEPT Prévoyance
TSA 40000
78457 VELIZY CEDEX**

Par mail ou téléphone :

**carcept@igestion-gd.fr
ou
reclamations.carcept@igestion-gd.fr**

01 53 38 17 07

Si un désaccord persistait après épuisement des voies internes de réclamation, et sans préjudice du droit d'agir en justice, l'Adhérente, le Participant ou l'ayant droit peut, afin de trouver une issue amiable au différend vous opposant à l'Institution, saisir le Médiateur de la protection sociale, dans un délai d'un an à compter de la réclamation.

Le Médiateur peut également être saisi à défaut de réponse de l'Institution dans le délai de deux mois à une réclamation écrite. Pour être recevable, la saisine de l'Adhérente doit être accompagnée du justificatif de la réclamation auprès de l'Institution.

Par courrier à l'adresse suivante :

**Médiateur de la protection sociale (CTIP)
10 rue Cambacérés
75008 PARIS**

sur le site internet : <http://www.ctip.asso.fr/saisine-mediateur-de-la-protection-sociale-ctip>

Article 6 – Communication par voie électronique

Conformément aux dispositions des articles 1366 et 1367 du Code civil, les courriels et les documents électroniques échangés entre l'Entreprise/ les Participants et l'Institution et/ou le délégataire de gestion sont considérés comme étant équivalents à des documents écrits. L'ensemble des parties reconnaît la valeur probante des courriels et des documents électroniques. Cette disposition ne fait pas obstacle à la fourniture par l'assuré des documents originaux éventuellement nécessaires à l'Institution pour le paiement des prestations, ainsi qu'au respect des dispositions des articles L 932-12-2 et R 932-1-6 du Code de la Sécurité sociale relatives aux modalités de résiliation du contrat.

Article 7 - Protection de vos données personnelles

Dans le cadre de la relation contractuelle qui lie l'Adhérente à l'Institution, CARCEPT Prévoyance, entité du Groupe KLESIA, située 4 rue Georges Picquart 75017 Paris est amenée à traiter des données personnelles des assurés et des bénéficiaires du contrat, en tant que responsable de traitement.

À ce titre, CARCEPT Prévoyance s'engage à respecter la réglementation en vigueur applicable en matière de protection des données personnelles et notamment à traiter les données personnelles pour les seules finalités qui font l'objet du contrat à savoir :

- la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance,
- la gestion de la relation commerciale,
- la mise en place d'actions de prévention,
- la prospection commerciale,
- la lutte contre la fraude et les impayés,
- la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme,
- le respect de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur.

Les données personnelles des assurés et des bénéficiaires ne sont transmises à aucun autre destinataire que ceux mentionnés dans la notice d'information.

CARCEPT Prévoyance traite les données personnelles des assurés et des bénéficiaires en France ou en Europe. Néanmoins, si un transfert de données, vers des pays non reconnus par la Commission Européenne comme ayant un niveau de protection adéquat devait être envisagé, ils en seraient informés spécifiquement en précisant les garanties mises en place permettant la protection de leurs données personnelles.

Sauf précision apportée dans la notice d'information, les données personnelles des assurés et des bénéficiaires sont conservées le temps de la relation commerciale ou contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire.

Les assurés et bénéficiaires disposent de droits (droit d'accès, de rectification, d'effacement dans certains cas, d'opposition, de limitation du traitement, à la portabilité) qu'ils peuvent exercer auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) de CARCEPT Prévoyance par courrier électronique : info.cnil@klesia.fr ou par courrier postal à l'adresse KLESIA- SERVICE INFO CNIL- CS 30027- 93108 Montreuil Cedex.

Les assurés et les bénéficiaires disposent également d'une possibilité de formuler une réclamation près de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou <http://cnil.fr>

Des informations plus détaillées sur le traitement des données sont fournies par CARCEPT Prévoyance aux assurés et aux bénéficiaires dans la notice d'information.

Article 8 – Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux, pour tous les versements effectués, l'Adhérente atteste que ces versements ne proviennent pas d'opérations constitutives d'une infraction à la loi. L'Institution se réserve le droit de demander tout justificatif sur l'origine des versements conformément aux articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

Article 9 – Lutte contre la fraude à l'assurance

L'Institution peut utiliser les données personnelles du Participant à des fins de lutte contre la fraude à l'assurance. Ce traitement peut entraîner une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

3 – BENEFICIAIRES

Article 10 – Salariés en activité

Le contrat d'assurance est applicable à l'ensemble du personnel de l'entreprise. Celle-ci s'engage à affilier immédiatement tous les futurs salariés et à informer CARCEPT-Prévoyance de tout départ de la société.

Aucun délai de carence, ni aucune formalité médicale ne seront appliqués lors de votre affiliation.

Pour les éventuelles dispenses d'affiliation au régime obligatoire qui ont été accordées par votre employeur et qui sont stipulées dans l'acte juridique instituant le régime, veuillez-vous rapprocher de votre service Ressources Humaines.

Le Participant ayant déclaré une dispense d'affiliation au titre de la garantie de base obligatoire, ne peut pas adhérer aux garanties facultatives du présent contrat.

Article 11 – Extension facultative aux ayants droit

Vous pouvez choisir de couvrir les membres de votre famille, en qualité d'ayants droit, tels qu'indiqués ci-dessous :

- L(es) enfant(s) de moins de dix-huit ans considéré(s) comme ayant(s) droit par la Sécurité sociale au titre de l'assuré, de son conjoint ou assimilé.
- Cette limite d'âge est prorogée jusqu'à leur vingt-sixième anniversaire :
 - pour les enfants poursuivant des études ;
 - pour les enfants demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi ;
 - pour les enfants en contrat d'apprentissage.
- Par exception, aucune limite d'âge n'est fixée pour les enfants titulaires de la carte d'invalidité

Les cotisations afférentes à la couverture des ayants droit sont entièrement à la charge du Participant et sont prélevées mensuellement sur son compte bancaire.

4 – AFFILIATION

Article 12 – Date d'affiliation et date d'effet de la garantie

12.1. Conditions d'affiliation des Participants

Seuls les salariés relevant du régime général obligatoire, de la Mutualité sociale agricole ou du régime local Alsace-Moselle peuvent bénéficier du présent contrat.

Pour être affiliés au contrat, les salariés doivent appartenir à la catégorie de personnel définie au certificat d'adhésion.

12.2. Affiliation des Participants aux formules facultatives

Le salarié peut choisir d'améliorer son niveau de garanties en s'affiliant à l'aide d'un bulletin individuel d'affiliation (BIA) à l'une des 3 formules surcomplémentaires facultatives (supplément 1, supplément 2 ou supplément 3) du présent régime facultatif, lors de l'adhésion de l'entreprise ou ultérieurement.

Le régime choisi est valable pour une durée minimale de 12 mois.

Le Participant a la possibilité de changer de formule au 1er janvier de l'année civile suivant cette période de 12 mois d'affiliation à la formule initiale, **sous réserve d'un délai de prévenance de 2 mois** avant la date d'effet de la modification.

Par dérogation à la règle de l'annuité, dans les cas exceptionnels précisés ci-dessous, la modification pourra prendre effet au 1er jour du mois civil suivant sa demande de changement de formule, à condition qu'il l'adresse **dans les quatre mois suivant l'événement** :

- changement de situation familiale ;
- naissance ou adoption d'un enfant à charge ;
- mariage ou divorce ;
- début ou fin d'un PACS ;
- décès du Participant ou de l'un de ses ayants droit ;
- modification importante du contrat de travail du Participant (ex. : passage d'un emploi à travail temps plein à un emploi à temps partiel).

Les cotisations afférentes au régime facultatif sont entièrement à la charge du Participant.

Le Participant ayant déclaré une dispense d'affiliation au titre de la garantie de base obligatoire, ne peut pas adhérer aux garanties facultatives de ce présent contrat.

12.3 Choix de formules facultatives possibles

Le Participant peut choisir une des formules Supplément 1, 2 ou 3, comme dans le tableau ci-dessous, en complément de la formule obligatoire souscrite par l'Adhérente :

Formule souscrite par l'entreprise	Choix possibles pour le salarié
Base seule	Supplément 1, 2 ou 3
Base + Equilibre	Supplément 1 ou 2
Base + Vitalité	Supplément 1 ou 2
Base + Energie ⁺	Pas de Supplément possible

La formule Supplément 3 ne peut être choisie qu'en complément de la Base seule. Aucun supplément ne peut être souscrit en complément de la formule Energie⁺.

12.4. Extension facultative aux ayants droit

Le Participant peut choisir de couvrir les membres de sa famille, en qualité d'ayants droit, tels qu'indiqués ci-dessous :

- L(es) enfant(s) de moins de dix-huit ans considéré(s) comme ayant(s) droit par la Sécurité sociale au titre de l'assuré, de son conjoint ou assimilé.
- Cette limite d'âge est prorogée jusqu'à leur vingt-sixième anniversaire :
 - pour les enfants poursuivant des études ;
 - pour les enfants demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi ;
 - pour les enfants en contrat d'apprentissage.
- Par exception, aucune limite d'âge n'est fixée pour les enfants titulaires de la carte d'invalidité

Les cotisations afférentes à la couverture des ayants droit sont entièrement à la charge du Participant et sont prélevées mensuellement sur son compte bancaire.

Les ayants droit sont obligatoirement couverts par le même niveau de garanties que celui choisi par le Participant.

12.5. Date d'affiliation et date d'effet de la garantie

A. Participant

Sous réserve du respect des conditions et modalités ci-dessus, la qualité de Participant est acquise :

- à la date d'effet de l'adhésion au contrat précisée au certificat d'adhésion, lorsque le salarié est présent dans l'effectif de l'entreprise à cette date et fait partie de la catégorie assurée ;
- à la date d'embauche ou de changement de catégorie professionnelle lorsque celle-ci est postérieure à la date d'effet de l'adhésion au contrat ;
- affiliation ultérieure : la date d'effet sera effective le 1er jour du mois suivant la réception du bulletin d'affiliation par le centre de gestion.

Le Participant bénéficie des garanties prévues au contrat frais de santé à compter de sa date d'affiliation.

B. Ayants droit

A l'adhésion, la garantie prend effet, pour les ayants droit indiqués ci-dessus, à la même date que celle retenue pour le salarié.

En cours d'adhésion, le Participant a la possibilité d'ajouter ou de modifier les ayants droit bénéficiaires dans les conditions suivantes :

- en cas d'ajout de bénéficiaire(s), la modification prendra effet le premier jour du mois suivant la réception par CARCEPT-Prévoyance de la demande de changement,
- en cas de naissance d'un enfant où la modification prendra effet au 1er jour du mois de la naissance,
- en cas de suppression de bénéficiaire(s), la modification prendra effet au 31 décembre de l'année en cours, avec un préavis de 2 mois.

Cependant, en cas de force majeure (exemple : décès d'un ayant droit...), la modification aura lieu le lendemain suivant le jour de l'événement.

Il est précisé que tout changement des bénéficiaires des garanties ne vise que les frais engagés postérieurement à la date d'effet de ce dernier. Il est donc sans effet sur les prestations en cours de service.

C. Personnel en prolongation de garanties (Loi Evin) et personnel dont le contrat de travail est suspendu sans maintien de la rémunération

L'admission est effective au premier jour du mois suivant la date d'effet indiquée sur le bulletin d'affiliation à condition que ce document ainsi que le dossier complet soient transmis dans un délai de 15 jours calendaires à compter de cette date.

Les bénéficiaires sont admis à la garantie Frais de santé, sans délai de carence et sans formalité médicale.

12.6. Justificatifs

Pour justifier de la qualité de bénéficiaire, doivent être fournis :

- une copie de l'attestation Vitale du Participant et de chaque personne bénéficiaire ;
- pour l'époux (se) : une copie du livret de famille ;
- pour le partenaire de PACS : un extrait d'acte de naissance mentionnant le PACS ;
- pour le concubin : un décompte de Sécurité sociale ou tout autre justificatif de domicile commun ;
- pour les enfants à charge : un certificat de scolarité ou une copie du contrat de travail ou d'apprentissage ou de la carte mobilité inclusion « invalidité » ou une attestation de leur inscription à Pôle Emploi et une attestation sur l'honneur précisant que l'enfant ne bénéficie pas d'un régime Frais de santé au titre de son activité salariée ;
- et dans le cadre du maintien de la garantie au titre de l'article 4 Loi Evin, selon le cas :
 - de l'attestation de paiement des allocations chômage ;
 - des décomptes attestant que le Participant perçoit une pension de retraite ;
 - de la notification d'une rente d'incapacité, d'invalidité (ou carte d'invalidité ou carte mobilité inclusion), d'incapacité à la conduite ;
 - d'un mandat SEPA dûment signé et accompagné d'un RIB afin de régler la cotisation.

Tout changement de situation de famille, d'adresse, de compte bancaire ou de centre de Sécurité sociale doit être signalé à l'Institution.

12.7. Faculté de renonciation

Dans le cadre de votre affiliation à un Supplément facultatif, ou du maintien de la garantie à titre individuel, ou de l'extension de la garantie aux ayants droit, vous disposez d'une faculté de renonciation que vous pouvez

exercer dans un délai de 30 jours calendaires à compter du moment où vous êtes informé par la remise de la présente notice d'information.

La renonciation à ces garanties facultatives s'effectue par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée à CARCEPT-Prévoyance via le Centre de gestion KLESIA - CARCEPT-Prévoyance dans le délai indiqué rédigé comme suit :

« Je soussigné (e) (nom et prénom), né(e) le....., demeurant..... déclare renoncer expressément à la souscription des garanties facultatives et demande le remboursement intégral des sommes versées.

Fait à, le..... et signature ».

La renonciation entraîne la restitution dans un délai de 30 jours de l'intégralité des cotisations versées ainsi que le remboursement par le Participant des prestations versées par l'Institution.

12.8. Modalités de résiliation de l'affiliation du Participant

Le Participant peut résilier son affiliation par l'un des moyens suivants :

- lettre ou tout autre support durable ;
- déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Institution ;
- acte extrajudiciaire ;
- communication à distance lorsque l'organisme le propose pour l'affiliation.

Cette résiliation peut intervenir :

- au 1er janvier de chaque année, au moins 2 mois avant l'échéance annuelle ;
- après expiration d'un délai d'un an à compter de sa première affiliation, à tout moment. L'Institution ou le gestionnaire doit accuser réception par écrit de la résiliation de son affiliation en lui précisant la date d'effet de la résiliation. Celle-ci sera effective un mois après que l'Institution ou le gestionnaire en a reçu notification par le Participant.
- en cas de modification de ses droits et obligations (révision des cotisations ou réduction des garanties) dans un délai d'un mois suivant la réception de la notice. La résiliation prend effet à la date d'entrée en vigueur de la modification.

En cas de résiliation, le salarié pourra demander une nouvelle affiliation **après expiration d'un délai de 24 mois** révolus sauf si la demande fait suite à un changement de situation familiale (naissance ou adoption d'un enfant à charge, mariage ou divorce, début ou fin d'un PACS, début ou fin d'un concubinage, décès de l'un des ayants droit du Participant), ou à une modification importante de la situation professionnelle du Participant (réduction du temps de travail.)

Article 13 – Suspension de votre contrat de travail

Maintien des garanties

Les garanties sont maintenues lorsque votre contrat de travail est suspendu et que vous vous trouvez en situation :

- d'arrêt de travail donnant lieu au bénéfice des prestations en espèce de la Sécurité sociale, tant que vous êtes inscrit aux effectifs de l'entreprise ;
- d'activité partielle ou d'activité partielle de longue durée, que votre activité soit totalement suspendue ou que vos horaires soient réduits et que vous bénéficiiez d'un revenu de remplacement versé par votre employeur ;
- de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité ...) ;
- de congé de maternité ou d'adoption ;
- de congé de paternité ;
- de congé financé par un compte épargne temps ;
- de congé de formation avec un maintien de salaire total ou partiel par votre employeur ;
- de congé sans solde d'une durée inférieure à un mois.

Suspension de l'affiliation

Lorsque la suspension de votre contrat de travail d'une durée supérieure ou égale à un mois ne donne lieu à aucun maintien de salaire (congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé parental d'éducation, congé de proche aidant, congé sans solde tel que convenu après accord entre votre employeur) les garanties sont suspendues de plein droit.

La suspension des garanties intervient à la date à laquelle vous avez effectivement cessé votre travail dans votre entreprise et s'achève dès votre reprise effective de travail au sein de la catégorie de personnel assurée.

Par exception, sur demande de votre employeur, vous pouvez bénéficier d'un maintien exceptionnel des garanties en contrepartie d'une cotisation spécifique, après accord de l'Institution.

Article 14 – Cessation de la garantie

La garantie prend fin dans les cas suivants :

■ pour vous :

- en cas résiliation de l'adhésion au contrat conclue entre CARCEPT-Prévoyance et votre employeur ;
- en cas de rupture de votre contrat de travail ;
- en cas de passage dans une catégorie de salariés non visée au certificat d'adhésion
- en cas de non-paiement des cotisations par votre employeur : dans ce cas une lettre de mise en demeure lui sera adressée, il sera alors informé des conséquences que le défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur le maintien de vos garanties et éventuellement celles de vos ayants droit ;
- à la date de liquidation de votre pension vieillesse de la Sécurité sociale, sauf situation de cumul emploi retraite au sein de votre entreprise
- à la date de votre décès.

■ pour vos ayants droit :

- dès que vous ne bénéficiez plus de la garantie ;
- dès qu'ils perdent la qualité d'ayant droit ;
- en cas de non-paiement des cotisations liées à l'affiliation facultative de vos ayants droit ; à défaut de paiement des cotisations dans un délai de 10 jours suivant l'échéance de paiement, vous recevrez une lettre de mise en demeure vous informant des conséquences que le défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie ; si dans les 40 jours suivant la notification de la lettre de mise en demeure, les cotisations ne sont toujours pas versées, l'Institution peut exclure les bénéficiaires du contrat et poursuit le recouvrement par tout moyen.

■ pour les anciens salariés bénéficiant de l'article 4 de la Loi Evin (prolongation de garanties) et pour les salariés en congé sans solde, congé parental d'éducation, congé sabbatique... ayant demandé le maintien des garanties :

- à l'issue de la procédure de suspension des garanties en cas de non-paiement de vos cotisations ;
- à votre initiative, sous réserve de respecter le délai de préavis prévu au contrat d'assurance collective.

Si votre garantie prend fin dans les cas énumérés ci-dessus, l'indemnisation de CARCEPT-Prévoyance est supprimée pour tous les soins effectués après la radiation même s'ils sont relatifs à un traitement médical en cours.

Vous devez restituer, sans délai, la carte santé ouvrant droit à la pratique du tiers payant en cours de validité et rembourser toute somme indûment versée par l'Institution.

■ ■ **En cas de rupture de votre contrat de travail donnant lieu à portabilité de vos droits (article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale)**

Conditions

Conformément aux dispositions de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, en cas de cessation de votre contrat de travail non consécutive à une faute lourde, les garanties sont maintenues dès lors que vous bénéficiez d'une prise en charge par le régime de l'Assurance Chômage. Le maintien des garanties est également subordonné à la condition que vos droits aient été ouverts chez votre dernier employeur.

Formalités

Pour bénéficier de la portabilité des droits, vous devez retourner à l'Institution ou au gestionnaire le bulletin de demande de portabilité établi par l'Institution dûment complété et signé. Il incombe à votre employeur de vous informer de ce droit.

Date d'effet et durée du maintien des garanties

Le maintien des garanties prend effet à compter de la date de cessation de votre contrat de travail.

Ce maintien vous est accordé pendant la période d'indemnisation par l'Assurance Chômage pour une durée équivalente à celle de votre dernier contrat de travail ou, le cas échéant, de vos derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, et en tout état de cause, dans la limite de 12 mois.

La suspension des allocations du régime d'Assurance Chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien qui ne sera pas prolongée d'autant.

Bénéficiaires

Vous bénéficiez de ce maintien des garanties, ainsi que vos ayants droit déjà affiliés lors de la cessation de votre contrat de travail

Aucune affiliation postérieure à la cessation de votre contrat de travail ne pourra être effectuée, à l'exception des naissances et adoptions survenues pendant la période de portabilité.

Garanties maintenues

Les garanties maintenues sont celles en vigueur chez votre dernier employeur. Ainsi, toute révision du contrat postérieure à la cessation de votre contrat de travail vous sera applicable.

Financement

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité, ce qui entraîne l'absence de cotisations au titre de périodes postérieures à la cessation du contrat de travail pour votre employeur et vous-même.

Obligations déclaratives

Les justificatifs suivants doivent être adressés à l'Institution ou au gestionnaire :

- à l'ouverture du maintien des garanties, le justificatif initial de votre indemnisation par le régime d'Assurance Chômage ;
- trimestriellement au cours de la période du maintien des garanties, l'attestation de paiement de vos allocations chômage ou, le cas échéant, les décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale. En cas de sinistre, l'Institution ou le gestionnaire pourra également réclamer ces documents à chacune de vos demandes de prise en charge.

Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse :

- à l'issue de la période de portabilité ;
- en cas de cessation du versement des allocations du régime de l'Assurance Chômage ;
- en cas de non transmission des justificatifs de prise en charge par l'Assurance Chômage ;
- en cas de résiliation du contrat d'assurance par votre ancienne entreprise ;
- à la date de votre décès.

■ ■ **Maintien individuel des garanties**

En cas de cessation de votre contrat de travail

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite Loi Evin, vous pouvez bénéficier du maintien des garanties à titre individuel pour un niveau équivalent à celui du contrat collectif sans condition de durée, sans délai de carence ni d'examens ou questionnaires médicaux dès lors que vous bénéficiez :

- des prestations en espèce de la Sécurité sociale au titre de l'incapacité de travail ou de l'invalidité ;
- d'une pension vieillesse ;
- d'un revenu de remplacement au titre de l'Assurance Chômage.

Vous devez formuler cette demande au plus tard dans les six mois suivant la cessation de votre contrat de travail ou le cas échéant, dans les six mois suivant la fin de la période de portabilité mentionnée ci-dessus.

Votre employeur doit informer l'Institution ou le gestionnaire de la cessation de votre contrat de travail afin de leur permettre de vous proposer ce maintien individuel.

La cotisation est payable d'avance par les assurés. La lettre d'acceptation de l'Institution ou du gestionnaire comportera la garantie, la date d'effet et le montant de la cotisation.

En cas de décès

A la suite de votre décès, vos ayants droit peuvent continuer à bénéficier à titre individuel d'une garantie de niveau équivalent à celui du contrat collectif, sans délai de carence et sans questionnaire médical, pour une durée minimum de douze mois à compter de votre décès, à condition d'en faire la demande dans les six mois suivant celui-ci.

Afin de permettre à l'Institution ou au gestionnaire de proposer à vos ayants droit le maintien des garanties, l'entreprise doit informer l'Institution ou le gestionnaire de votre décès dès qu'elle en a connaissance.

La cotisation est payable d'avance par les personnes garanties. La lettre d'acceptation de l'Institution ou du gestionnaire comportera la garantie, la date d'effet et le montant de la cotisation.

5 – VOS COTISATIONS

Article 16 – Paiement des cotisations

Le Participant est seul responsable du paiement des cotisations finançant la garantie à adhésion facultative à laquelle il aura choisi de s'affilier.

Les cotisations des ayants droit à titre facultatif sont exclusivement à la charge du salarié et prélevées mensuellement sur son compte bancaire.

Cette disposition s'applique également aux cotisations afférentes aux prolongations de garanties (Loi Evin) ou à celles du personnel dont le contrat de travail est suspendu sans maintien de la rémunération.

Le paiement est effectué mensuellement à terme à échoir par prélèvement automatique sur le compte du Participant. Sur demande expresse du Participant, ces cotisations peuvent être payées mensuellement, par chèque.

Article 17 – Défaut de paiement des cotisations

Le Participant a la charge exclusive du paiement des cotisations finançant la garantie surcomplémentaire facultative du présent contrat auquel il a choisi de s'affilier ainsi que de celles des ayants droit. Au cas où la cotisation liée à ces affiliations facultatives n'est pas réglée dans les dix jours suivant son échéance, les bénéficiaires concernés par ces cotisations pourront être exclus du contrat.

A défaut de paiement de l'intégralité des cotisations, l'Institution et/ou le gestionnaire adresseront une mise en demeure en recommandée avec accusé de réception au Participant. La garantie sera suspendue trente

jours après la mise en demeure, puis l'affiliation résiliée dix jours après ce délai de trente jours, selon les modalités de l'article L.932-22 du Code de la Sécurité sociale.

Après résiliation, tout paiement de cotisation, qu'il soit total ou partiel, ne constituera qu'une régularisation du compte et ne pourra, sauf demande expresse acceptée par courrier de l'Institution, constituer une remise en vigueur.

Les dispositions ci-dessus s'appliquent également aux cotisations afférentes au personnel en prolongation de garanties (Loi Evin) ou à celles du personnel dont le contrat de travail est suspendu sans maintien de la rémunération.

6 – VOS PRESTATIONS

Article 18 – Gestionnaire

Vos demandes relatives à vos remboursements et à toutes modifications de votre situation, sont à envoyer à

**Centre de gestion KLESIA
CARCEPT-Prévoyance
TSA 40000
78457 VELIZY CEDEX**

Par téléphone : 01 53 38 17 07 (du lundi au vendredi de 8h30 à 18h)

Article 19 – Définition des prestations

L'Institution couvre les risques pour les seules garanties souscrites par votre employeur, dont le détail figure sur le récapitulatif des garanties annexées à la présente notice.

L'Institution complète les prestations en nature versées par la Sécurité sociale, et le cas échéant, par un autre organisme assureur, au titre des frais engagés par vous-même et par vos ayants droit régulièrement affiliés.

Dans certains cas, les frais non remboursés par la Sécurité sociale française peuvent donner lieu à remboursement dans les conditions prévues dans le récapitulatif des garanties figurant en annexe.

Hospitalisation

Les garanties s'appliquent aux hospitalisations ayant pour but un traitement médical ou chirurgical.

Le forfait hospitalier est pris en charge, à l'exception de celui facturé par les établissements sociaux et médico-sociaux, sans limitation de durée.

Maternité

En cas de naissance ou d'adoption d'un enfant de moins de 12 ans, le contrat prévoit le versement d'une allocation forfaitaire.

Optique

Il existe deux classes de verres et de montures : classe A (équipement 100 % santé tel que défini réglementairement, avec un reste à charge nul) et classe B (équipement avec des prix libres). Avant toute délivrance, l'opticien doit établir un devis mentionnant au moins un équipement sans reste à charge (composé d'une monture classe A et de deux verres classe A).

Équipement 100 % santé tel que défini réglementairement (classe A)

La garantie prévoit le remboursement intégral du ticket modérateur et des frais exposés au-delà du tarif de responsabilité, dans la limite des prix limites de vente. Avec le remboursement de la Sécurité sociale, elle permet la prise en charge intégrale de l'équipement, sans reste à charge pour l'assuré.

Cette prise en charge concerne :

- les verres et la monture
- la prestation d'appairage (pour les verres aux indices de réfraction différents)
- le supplément applicable pour les verres avec filtres.

Équipement optique prix libres (classe B)

La garantie prévoit le remboursement d'un équipement complet (verres et monture), sous forme d'un forfait qui respecte les planchers et plafonds de remboursement prévus par la réglementation selon le type de verres et qui inclut le remboursement de la Sécurité sociale.

Équipement mixte classes A et B

Si le contrat prévoit un forfait global (monture et verres) :

- le ticket modérateur et les frais exposés au-delà du tarif de responsabilité des éléments de l'équipement de classe A sont pris en charge intégralement dans la limite des prix limites de vente ;
- les éléments de l'équipement de classe B sont pris en charge selon la garantie prévue pour l'équipement de classe B, sous déduction de la prise en charge des éléments de la classe A.

Si le contrat prévoit des montants spécifiques pour la monture ou les verres :

- le montant prévu pour chacune des composantes s'applique.

Prise en charge dérogatoire de deux équipements

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin avec une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et pour ceux ayant une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique, la garantie peut prendre en charge deux équipements de correction différente uniquement si l'ophtalmologiste mentionne ces cas particuliers sur l'ordonnance.

Prestation d'adaptation

Cette garantie prévoit le remboursement d'une prestation qui correspond à l'adaptation de la prescription médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien d'une ordonnance pour des verres de classe A ou B.

Périodicité de prise en charge

Les garanties (classes A et B) sont applicables aux frais engendrés pour l'acquisition d'un équipement optique comportant une monture et deux verres, par période :

- de deux ans, pour les plus de 16 ans,
- d'un an, pour les moins de 16 ans,
- de 6 mois pour les enfants de moins de 6 ans uniquement dans le cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Cette périodicité s'apprécie à la date de facturation de l'équipement. Elle ne s'applique pas aux cas de renouvellement anticipé prévus par la réglementation.

Ces dispositions s'appliquent depuis le 1er janvier 2020, en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées au titre des périodes susmentionnées.

Conditions de renouvellement anticipé

Un renouvellement anticipé de l'équipement est possible dans les cas de dégradation des performances oculaires strictement définis par la Liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie (LPP), justifiés par une nouvelle prescription médicale (ou par une adaptation de la prescription initiale par l'opticien, uniquement pour les plus de 16 ans) :

- pour les plus de 16 ans, au terme d'une période minimale d'un an
- pour les moins de 16 ans, sans délai, uniquement pour les verres.

Un renouvellement anticipé des verres est possible en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies à la LPP (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique ou une pathologie générale) sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique mentionnant ces cas particuliers, sans délai.

Grille optique

GRILLE OPTIQUE	
A	Deux verres unifocaux (verres simples)
	- Equipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ;
	- Equipement à 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 ;
B	- Equipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries
	Equipement comportant un verre A (verre simple) et un verre C (verre complexe)

C	<u>Verre unifocal (verre complexe)</u> - Equipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; - Equipement à 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 ; - Equipement à 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 ; - Equipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries
	<u>ou verre multifocal ou progressif (verre complexe)</u> - Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; - Equipement à 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 ; - Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries
	D Equipement comportant un verre A (verre simple) et un verre F (verre très complexe)
	E Equipement comportant un verre C (verre complexe) et un verre F (verre très complexe)
F	<u>Deux verres multifocaux ou progressifs (verres très complexes)</u> - Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ; - Equipement à 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 ; - Equipement à 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 ; - Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Dentaire

Les prothèses dentaires sont réparties dans 3 paniers de soins : un panier à reste à charge nul (soins et prothèses 100 % santé tels que définis réglementairement), un panier à reste à charge maîtrisé via des honoraires plafonnés qui entrent en vigueur progressivement jusqu'en 2023 et un panier à honoraires libres.

Avant tout traitement, le chirurgien-dentiste doit remettre à l'assuré un devis écrit mentionnant une description détaillée du traitement et des matériaux utilisés, le montant des honoraires relatifs au traitement proposé que le traitement soit remboursable ou non et le montant de la base de remboursement de l'Assurance Maladie.

Soins et prothèses du panier 100 % santé

La garantie prévoit le remboursement intégral du ticket modérateur et des dépassements d'honoraires des actes prothétiques, dans la limite des honoraires limites de facturation.

Avec le remboursement de la Sécurité sociale, elle permet la prise en charge intégrale des soins et prothèses, sans reste à charge pour l'assuré.

Actes prothétiques du panier à honoraires maîtrisés

La garantie est exprimée dans la limite des honoraires limites de facturation prévus par la réglementation.

Actes prothétiques du panier à honoraires libres

Les prothèses qui n'entrent pas dans le panier 100 % santé ou dans le panier à honoraires maîtrisés sont remboursées à hauteur de la garantie prévue au certificat d'adhésion.

Les honoraires limites de facturation des actes du panier 100 % santé et du panier à honoraires maîtrisés entrent en vigueur progressivement. Dans l'attente de leur mise en œuvre, la prise en charge des actes se fait à hauteur de la garantie des actes prothétiques du panier à honoraires libres.

SYNTHESE DES PANIERS DE SOINS DENTAIRES		
PANIER 100% SANTE	PANIER HONORAIRES MAITRISES	PANIER HONORAIRES LIBRES
Couronne métallique	Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur 2 ^{ème} prémolaire et molaire	Couronne céramo-céramique
Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur incisive, canine et 1 ^{ère} prémolaire	Couronne céramique-monolithique (zircone) sur molaire	Couronne céramo-métallique sur molaire
Couronne céramique-monolithique (zircone) hors molaire	Couronne céramo-métallique sur 2 ^{ème} prémolaire	Couronne implanto-portée

Couronne céramo-métallique incisive, canine et 1 ^{ère} prémolaire		
Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie	Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie Inlay-onlay métallique	Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie Inlay-onlay céramique
Bridge céramo-métallique sur incisive Bridge métallique pour toute dent	Bridge céramo-métallique sur une dent autre qu'une incisive Bridge avec un ou plusieurs éléments métallique(s) et d'autre(s) céramo-métallique(s)	Bridge céramo-céramique
Prothèse amovible à plaque base résine	Prothèse amovible sur châssis métallique	Prothèse amovible supra-implantaire
Réparations	Réparations	Adjonctions
		Implants

Orthodontie remboursée et non remboursée

Le remboursement est limité à six semestres plus deux ans de contention.

Aides auditives

Les aides auditives sont classées en deux groupes, classe I et classe II, selon leurs caractéristiques techniques (en fonction de la présence et du nombre d'options). Les aides auditives de la classe I correspondent à l'équipement 100 % santé et sont sans reste à charge pour l'assuré à compter de 2021 ; celles de la classe II sont à prix libres.

Avant toute délivrance, l'audioprothésiste doit établir un devis mentionnant au moins un équipement sans reste à charge (classe I). Ce devis doit faire apparaître de façon distincte le prix de l'appareil électronique correcteur de surdité proposé ainsi que la nature et le prix des prestations d'adaptation indissociables de l'appareil, nécessaires à son adaptation initiale et à son suivi périodique.

Équipement 100 % santé (classe I)

La garantie prévoit le remboursement intégral du ticket modérateur et des frais exposés au-delà du tarif de responsabilité, dans la limite des prix limites de vente. Avec le remboursement de la Sécurité sociale, elle permet la prise en charge intégrale de l'équipement, sans reste à charge pour l'assuré.

Aides auditives à prix libres (classe II)

La garantie respecte le plafond de prise en charge prévue par la réglementation (1700 euros par appareil y compris le remboursement de la Sécurité sociale).

Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles et des accessoires.

Piles et accessoires

Les piles et autres accessoires prescrits sont pris en charge à hauteur de la garantie prévue au certificat d'adhésion, ou à hauteur du ticket modérateur en l'absence de précision, sur présentation des justificatifs de dépenses.

Périodicité de prise en charge

Les garanties (classes I et II) sont applicables aux frais engendrés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans. Cette périodicité s'apprécie à la date de facturation de l'équipement.

Ces dispositions s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2021 et tiennent compte des quatre années antérieures.

Frais engagés à l'étranger

Les frais engagés à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge par la Sécurité sociale française, dans les limites des dispositions au tableau des prestations.

Les actes hors nomenclature, non remboursés par la Sécurité sociale française, réalisés à l'étranger, ne sont jamais remboursés.

Article 20 – Montant des prestations

Le montant des prestations pour chaque acte est défini dans le certificat d'adhésion.

Les prestations versées par l'Institution viennent en complément des prises en charge de la Sécurité sociale et le cas échéant, de celles d'un autre organisme assureur, dans la limite des frais réels engagés.

Article 21 – Paiement des prestations

Le paiement des prestations intervient généralement dans les 8 jours ouvrés qui suivent la réception de l'ensemble des pièces requises pour l'ouverture des droits. Ce paiement est effectué par virement sur le compte bancaire du Participant. Toutefois, ce délai peut être plus long si des renseignements complémentaires sont nécessaires au traitement du dossier.

Tout assuré régulièrement inscrit au régime de la Sécurité sociale peut bénéficier du système de télétransmission NOEMIE (Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs) pour simplifier les démarches administratives et accélérer le remboursement.

Article 22 - Documents nécessaires au règlement des prestations

Les documents justificatifs à fournir pour le paiement des prestations sont ceux prévus dans le tableau ci-dessous. Le Participant doit également transmettre, le cas échéant, les décomptes établis par tout autre organisme d'assurance complémentaire santé. Toutefois, l'Institution peut demander d'autres pièces justificatives destinées à compléter le dossier.

Nature des frais	Pièces justificatives
Médecine courante Consultation généraliste Consultation ou acte de spécialiste Analyses et examens de laboratoire Auxiliaire médical	<ul style="list-style-type: none">• Décomptes originaux délivrés par l'Assurance Maladie ;• Les factures originales acquittées mentionnant les frais engagés au titre des dépassements d'honoraires
Hospitalisation	<ul style="list-style-type: none">• Originaux des factures acquittées établies par l'établissement hospitalier, mentionnant les frais engagés, la participation de la Sécurité sociale ainsi que, le cas échéant, la codification de l'acte opératoire• Le reçu du ticket modérateur indiquant la nature des soins.
Prothèses dentaires	<ul style="list-style-type: none">• Original de la facture détaillée acquittée précisant la codification des travaux effectués.• Décompte original de la Sécurité sociale.
Orthodontie	<ul style="list-style-type: none">• Facture détaillée précisant le semestre de traitement concerné ainsi que les dates de début et fin de semestre.• Notification éventuelle de refus de prise en charge par la Sécurité sociale
Parodontologie	<ul style="list-style-type: none">• Facture originale détaillée et acquittée mentionnant la nature des actes pratiqués.
Optique	<ul style="list-style-type: none">• Facture détaillée de l'opticien mentionnant les frais réellement engagés pour les verres et les montures (facturés distinctement), et prescription médicale datant de moins de :<ul style="list-style-type: none">- 1 an pour les patients âgés de moins de 16 ans- 5 ans pour les patients âgés de 16 à 42 ans- 3 ans pour les patients âgés de plus de 42 ans.• Facture détaillée de l'opticien mentionnant les frais réellement engagés pour les lentilles de contact correctrices, et prescription médicale datant de moins de :<ul style="list-style-type: none">- 1 an, pour les patients âgés de moins de 16 ans- 3 ans, pour les patients âgés de 16 ans et plus.

	<p>En cas de renouvellement des verres correcteurs par l'opticien et sauf opposition du médecin prescripteur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prescription médicale initiale - Prescription médicale initiale mentionnant la correction réalisée par l'opticien lors du renouvellement.
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, diététique (Seules les séances auprès de professionnels diplômés dans la spécialité peuvent être remboursées)	<ul style="list-style-type: none"> • Facture détaillée et acquittée mentionnant l'acte et les frais engagés et faisant apparaître la qualification nécessaire du praticien.
Sevrage tabagique prescrit	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription médicale • Facture acquittée mentionnant l'acte et les frais engagés
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale et médicaments prescrits	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription médicale • Facture originale détaillée et acquittée
Participation aux frais de maternité ou d'adoption	<ul style="list-style-type: none"> • Extrait d'acte de naissance de l'enfant né viable ou copie lisible du livret de famille • Copie lisible du jugement définitif d'adoption
Actes non pris en charge par la Sécurité sociale ou refusés par la Sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Le cas échéant, photocopie des notifications de refus de prise en charge par l'Assurance Maladie • Facture originale détaillée et acquittée

Article 23 – Bon de prise en charge

En cas d'hospitalisation en établissement conventionné, l'Institution peut délivrer une prise en charge hospitalière. Dans ce cas, l'Institution règle directement à l'établissement hospitalier le complément de frais restant à la charge du Participant, à l'exclusion des frais accessoires, des soins externes, des cures thermales, des frais de transport et de maternité, et, le cas échéant, de tout dépassement d'honoraires.

Article 24 – Tiers payant

En application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, le Participant peut bénéficier du tiers payant pour l'ensemble des prestations, au moins à hauteur du ticket modérateur et à hauteur des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés par la réglementation, pour les équipements optiques, les aides auditives et les soins prothétiques dentaires compris dans les paniers 100% santé.

Article 25 – Fausse déclaration

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, la garantie accordée au participant est nulle conformément à l'article L.932-7 du Code de la Sécurité sociale. Les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.

Ces dispositions ne s'appliquent pas lorsque l'adhésion à l'Institution résulte d'une obligation prévue par une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel.

Article 26 – Prescription

Toutes les actions dérivant du contrat sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- qu'à compter du jour où l'Institution en a eu connaissance en cas de réticence, omission ou fausse déclaration ;
- que du jour où les intéressés ont eu connaissance du risque, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Lorsque l'action de l'Adhérente, du participant ou de l'ayant droit contre l'Institution 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 l'Adhérente, le participant, ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Le délai de prescription est interrompu dans les cas suivants :

- reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- demande en justice, même en référé ;
- acte d'exécution forcée ;
- désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée soit à l'entreprise par l'Institution en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit à l'Institution par le participant, le bénéficiaire ou les ayants droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Article 27 – Subrogation

L'Institution est subrogée au participant ou à ses ayants droit victime d'un accident dans leur action contre le tiers responsable pour le sinistre pris en charge, dans la limite des prestations versées.

Article 28 – Contrôle médical

L'Institution se réserve le droit de faire examiner le participant par un médecin qu'elle mandate à cet effet afin de pouvoir constater la nécessité et la réalité des soins. En conséquence, l'Institution peut procéder, indépendamment de la prise en charge du participant par la Sécurité sociale obligatoire ou de tout autre organisme, à la suspension voire la suppression des prestations dès l'initiation du contrôle médical.

Si le participant conteste les conclusions du médecin mandaté par l'Institution relatives à son état de santé, il peut se faire assister de son médecin traitant lors d'un entretien amiable avec le médecin conseil.

À défaut d'accord entre les deux médecins sur la nécessité ou la réalité des soins, les parties désignent d'un commun accord un médecin tiers, dans un délai d'un mois.

En cas de désaccord sur la désignation de ce médecin tiers, la partie la plus diligente dépose une requête auprès du Président du Tribunal Judiciaire du ressort de l'Institution.

L'avis de ce médecin tiers s'impose aux parties.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin et les honoraires du médecin tiers sont répartis à parts égales entre les parties.

Article 29 – Evénements exclus

Sauf dispositions spécifiques prévues au tableau des prestations (en Annexe 1), ne donnent pas lieu à garantie et n'entraînent aucun paiement par l'Institution :

- les actes hors nomenclature ;
- les frais non remboursés par la Sécurité sociale ;
- les frais dont l'interdiction de prise en charge est prévue dans le cadre du respect du cahier des charges des contrats responsables ;
- les frais entrant dans le cadre de l'action sanitaire et sociale ;
- le forfait journalier dans les établissements médico-sociaux.

ANNEXE 1 -TABLEAUX DES PRESTATIONS

Les prestations ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du Participant ou des bénéficiaires, après les remboursements de toute nature auxquels ils ont droit auprès de leur organisme assureur.

Il est précisé que le tableau suivant concerne tant les salariés du régime général de la Sécurité sociale que ceux relevant du régime local Alsace Moselle.

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS		
	SUPPLEMENT 1	SUPPLEMENT 2	SUPPLEMENT 3*
	En complément du contrat obligatoire souscrit par l'entreprise		
SOINS COURANTS			
HONORAIRES MEDICAUX			
Consultations et visites de médecins généralistes :			
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	+ 50% de la BR	+ 150% de la BR	+ 150% de la BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	+ 20% de la BR	+ 20% de la BR	+ 70% de la BR
Consultations et visites de médecins spécialistes :			
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	+ 150% de la BR	+ 150% de la BR	+ 300% de la BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	+ 20% de la BR	+ 20% de la BR	+ 70% de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, obstétrique et actes techniques médicaux exemple : extraction d'un grain de beauté :			
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	+ 150% de la BR	+ 150% de la BR	+ 300% de la BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	+ 20% de la BR	+ 20% de la BR	+ 70% de la BR
ACTES D'IMAGERIE (radiologie, échographie ...)			
Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	+ 150% de la BR	+ 150% de la BR	+ 350% de la BR
Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	+ 20% de la BR	+ 30% de la BR	+ 100% de la BR
HOSPITALISATION			
HONORAIRES			
Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	+ 150% de la BR	+ 150% de la BR	+ 250% de la BR
Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	+ 20% de la BR	+ 20% de la BR	+ 70% de la BR
Frais de séjour	+ 145% de la BR	+ 145% de la BR	+ 275% de la BR
AUTRES PRESTATIONS			
Chambre particulière par jour (y compris maternité)	+ 50 €	+ 10 €	+ 75 €
Frais d'accompagnant par jour (moins de 16 ans)	/	+ 15 €	+ 65 €
OPTIQUE	Limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions contractuelles		
EQUIPEMENT OPTIQUE - PRIX LIBRES (CLASSE B)			
Grille optique			
A - Equipement composé de deux verres « simples »	+ 30 €	+ 30 €	+ 90 €
B - Equipement composé d'un verre « simple » (A) et d'un verre « complexe » (C)	+ 65 €	+ 65 €	+ 175 €
C - Equipement composé de deux verres « complexes »	+ 100 €	+ 100 €	+ 260 €
D - Equipement composé d'un verre « simple » (A) et d'un verre « très complexe » (F)	+ 60 €	+ 60 €	+ 165 €
E - Equipement composé d'un verre « complexe » (C) et d'un verre « très complexe » (F)	+ 95 €	+ 95 €	+ 250 €

F - Equipement composé de deux verres « très complexes »	+ 90 €	+ 90 €	+ 240 €
LENTILLES			
Lentilles correctrices			
Lentilles remboursées par la SS (y compris jetables) / 2 ans / bénéficiaire	+ 155 €	+ 70 €	+ 185 €
Lentilles non remboursées par la SS (y compris jetables) / 2 ans / bénéficiaire	+ 70 €	+ 20 €	+ 100 €
CHIRURGIE REFRACTIVE			
Chirurgie réfractive non remboursée par la Sécurité sociale / œil / bénéficiaire	+ 260 €	+ 100 €	+ 310 €
DENTAIRE			
PROTHESES			
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires maîtrisés	+ 30% de la BR	+ 100% de la BR	+ 160% de la BR
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires libres	+ 30% de la BR	+ 100% de la BR	+ 160% de la BR
AUTRES ACTES DENTAIRE NON REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE			
Parodontologie / bénéficiaire / an	+ 100 €	+ 100 €	+ 200 €
ORTHODONTIE			
Orthodontie remboursée par la SS / semestre / bénéficiaire	/	+ 100% de la BR	+ 150% de la BR
Orthodontie non remboursée par la SS / semestre / bénéficiaire	+150 €	+ 50 €	+ 200 €
PREVENTION ET MEDECINES DOUCES			
FORFAIT GLOBAL MEDECINE DOUCE			
Forfait médecines douces non remboursées par la Sécurité sociale : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, diététique / par an et par bénéficiaire	+ 30 €	+ 30 €	+ 90 €
Forfait global vaccins (prescrits et non remboursés) / an / bénéficiaire	/	+ 20 €	+ 20 €
SEVRAGE TABAGIQUE PRESCRIT			
Sevrage tabagique (prescrit) / an / bénéficiaire	+ 30 €	+ 10 €	+ 35 €
DIVERS			
NAISSANCE - ADOPTION			
Forfait maternité - adoption / par enfant	/	/	+ 150 €
SERVICES	Assistance, Réseau de soins, Téléconsultation, 2nd avis médical		

* La formule Supplément 3 ne peut être choisie qu'en complément de la Base seule

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique) / **SS** : Sécurité sociale / **BR** : Base de remboursement de la Sécurité sociale / **Optique et paniers de soins 100 % Santé avec prise en charge intégrale** : Les remboursements incluent la prise en charge de la SS / **Honoraires limites de facturation** : Dans l'attente de leur mise en œuvre, la prise en charge des actes se fait à hauteur de la garantie des actes prothétiques du panier à honoraires libres / **Périodes de renouvellement pour l'optique** : Ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date de facturation de l'équipement

ANNEXE 2 - PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

BASE LEGALE DU TRAITEMENT	FINALITES	DUREES DE CONSERVATION	DESTINATAIRES
Exécution d'un contrat d'assurance	<p>-l'étude de vos besoins spécifiques nécessaire à la passation des contrats d'assurance afin de vous proposer des contrats adaptés ;</p> <p>-la tarification, l'émission des documents pré contractuels, contractuels et comptables, l'encaissement des primes ou cotisations et leur répartition éventuelle entre les coassureurs et les réassureurs, le commissionnement, la surveillance des risques, et les autres opérations techniques nécessaires à la gestion des contrats d'assurance ;</p> <p>-la gestion des prestations et la gestion des sinistres pour l'exécution des contrats d'assurance ;</p> <p>-l'élaboration de statistiques et études actuarielles ;</p> <p>-l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ;</p> <p>-la gestion des demandes liées à l'exercice de vos droits.</p>	<p>Contrats d'assurance santé</p> <p>5 ans à compter de la fin du contrat</p>	<ul style="list-style-type: none"> • les personnels chargés de la passation, la gestion et l'exécution des contrats, • les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les partenaires, • les prestataires, • les sous-traitants, ou les entités du Groupe KLESIA dans le cadre de l'exercice de leurs missions, • les organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, • les coassureurs et réassureurs ainsi que les organismes professionnels et les fonds de garanties, • les personnes intervenant au contrat tels que les avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs et professionnels de santé, médecins-conseils et le personnel habilité, • les organismes sociaux lorsque les régimes sociaux interviennent dans le règlement des sinistres ou lorsque les organismes d'assurances offrent des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux. • les souscripteurs, les assurés, vous-même et les bénéficiaires des contrats et s'il y a lieu, leurs ayants droit et représentants, • s'il y a lieu les bénéficiaires d'une cession ou d'une subrogation des droits relatifs au contrat, • s'il y a lieu le responsable, les victimes et leurs mandataires ; les témoins, les tiers intéressés à l'exécution du contrat. • s'il y a lieu les juridictions concernées, les arbitres, les médiateurs, • les ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir, • les services chargés du contrôle tels que les commissaires aux comptes et les auditeurs ainsi que les services chargés du contrôle interne.
Obligation légale, réglementaire et administrative	Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	<p>Sous réserve de dispositions plus contraignantes (par exemple droit de communication de l'administration fiscale) :</p> <p>5 ans à compter de la clôture du compte ou de la cessation de la relation pour les données et documents relatifs à l'identité des clients.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • les personnes en relation avec la clientèle et les gestionnaires de contrat et de sinistre pour les clients dont ils ont la charge. • les personnes habilitées à prendre la décision de nouer ou de maintenir une relation d'affaires avec une Personne Politiquement Exposée. • les personnels habilités du (ou des) service(s) chargé(s) de la lutte contre le blanchiment • la cellule de renseignement financier Tracfin du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, la Direction générale du Trésor, • les autorités de contrôle compétentes • les autorités de contrôle compétentes d'autres états habilitées
Intérêt légitime du responsable de traitement	-la mise en place d'actions de prévention	Le temps strictement nécessaire à la réalisation des actions	<ul style="list-style-type: none"> • les personnels habilités du Groupe KLESIA • les sous-traitants, ou les entités du Groupe KLESIA dans le cadre de l'exercice de leurs missions
	-la gestion de notre relation commerciale	<p>Pour les clients :</p> <p>3 ans à compter de la fin de la relation commerciale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • les personnes chargées du service marketing, du service commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques • les services chargés du contrôle ; • les sous-traitants et les partenaires

		<p>Pour les prospects (en l'absence de relation contractuelle) :</p> <p>3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect</p>	<ul style="list-style-type: none"> • les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les médiateurs.
	<p>-la lutte contre la fraude à l'assurance et, le cas échéant, l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe KLESIA</p>	<p>6 mois à compter de l'émission de l'alerte</p> <p>OU</p> <p>5 ans à compter de la clôture du dossier Fraude</p> <p>OU</p> <p>2 ans à compter du terme de la procédure judiciaire</p> <p>Concernant l'inscription sur liste de personnes présentant un risque fraude :</p> <p>5 ans à compter de l'inscription</p>	<ul style="list-style-type: none"> • les personnels en relation avec la clientèle et les gestionnaires de contrats et de sinistres ; • les autres entités du Groupe KLESIA dès lors qu'elles sont concernées par la fraude ou interviennent dans la gestion des dossiers ou de maîtrise du risque de fraude ; • les personnels habilités en charge de la lutte contre la fraude, de la lutte anti-blanchiment et du contrôle interne ; • les inspecteurs, enquêteurs, experts, et auditeurs ; • le personnel habilité de la direction générale, la direction juridique ou du service du contentieux pour la gestion des contentieux ; • le personnel habilité des sous-traitants. • les autres organismes d'assurance ou intermédiaires intervenant dans le cadre de dossier présentant une fraude, • les organismes sociaux lorsque les régimes sociaux interviennent dans le règlement des sinistres ou lorsque les organismes d'assurances offrent des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux ; • les organismes professionnels intervenant dans le cadre de dossiers présentant une fraude ; • les auxiliaires de justice et officiers ministériels ; • l'autorité judiciaire, médiateur, arbitre saisis d'un litige ; • les organismes tiers autorisés par une disposition légale à obtenir la communication de données à caractère personnel relatives à des précontentieux, contentieux ou condamnations ; • l'autorité judiciaire, médiateur, arbitre saisis d'un litige ; - les organismes tiers autorisés par une disposition légale à obtenir la communication de données à caractère personnel relatives à des précontentieux, contentieux ou condamnations ; • s'il y a lieu les victimes de fraudes ou leurs représentants.
	<p>-la prospection commerciale pour les produits et services du Groupe KLESIA analogues ou complémentaires à ceux que vous avez souscrits</p>	<p><u>Pour les clients :</u></p> <p>3 ans à compter de la fin de la relation commerciale</p> <p><u>Pour les prospects (en l'absence de relation contractuelle) :</u></p> <p>3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect</p>	<ul style="list-style-type: none"> • les personnes habilitées des services marketing et commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques • les services chargés du contrôle - les sous-traitants, les partenaires, les sociétés extérieures • les entités du Groupe KLESIA • les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les arbitres, les médiateurs
Consentement	-la prospection commerciale	<p>Suppression à tout moment en cas de retrait de votre consentement</p> <p>En l'absence du retrait du consentement :</p> <p><u>- Pour les clients :</u></p> <p>3 ans à compter de la fin de la relation commerciale</p> <p><u>- Pour les prospects :</u></p> <p>3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect</p>	<ul style="list-style-type: none"> - les personnes habilitées des services marketing et commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques - les services chargés du contrôle - les sous-traitants, les partenaires, les sociétés extérieures - les entités du Groupe KLESIA - les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les médiateurs

Retrouvez toutes les informations
vous concernant
dans votre espace personnel.



Et rejoignez-nous sur



Carcept Prev accompagne la branche du Transport dans les domaines de la retraite complémentaire, de l'assurance santé et prévoyance, de l'action sociale et du bien-être. Vous et vos salariés bénéficiez ainsi d'un accompagnement complet et adapté à votre métier pour vous permettre de vous concentrer sur l'essentiel : VOTRE ACTIVITÉ.

Carcept Prev s'engage à vous assurer un avenir serein et contribue à la qualité de vie pour tous.

TMS-332. -007/22