

**CONDITIONS GÉNÉRALES**  
**MALADIES REDOUTÉES**  
PRÉVOYANCE SURCOMPLEMENTAIRE

Version en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet 2025

## Sommaire

<b>Lexique</b> .....	4
<b>TITRE I : DISPOSITIONS GÉNÉRALES</b> .....	6
<b>PARTIE 1 – GÉNÉRALITES</b> .....	6
Article 1 – Objet du contrat .....	6
Article 2 - Base légale .....	6
Article 3 – Autorité de contrôle de l’Institution .....	6
Article 4 – Fondement de l’adhésion .....	6
Article 5 - Réclamation et médiation .....	6
Article 6 - Communication par voie électronique .....	7
Article 7 - Protection des données personnelles .....	7
Article 8 – Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme .....	8
Article 9 – Lutte contre la fraude à l’assurance .....	8
<b>Partie 2 – ADHÉSION DE L’ENTREPRISE</b> .....	9
Article 10 – Date d’effet – Durée – Renouvellement du contrat .....	9
Article 11 – Obligations de l’Adhérente .....	9
Article 12 – Résiliation de l’adhésion au contrat .....	10
<b>Partie 3 – AFFILIATION DES PARTICIPANTS</b> .....	11
Article 13 – Cotisations – Modalités d’affiliation des participants .....	11
Article 14 – Date d’affiliation et date d’effet des garanties .....	11
Article 15 – Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail .....	11
Article 16 – Cessation de l’affiliation du participant .....	12
Article 17 – Maintien des garanties au bénéfice du participant .....	12
<b>Partie 4 – COTISATIONS</b> .....	14
Article 18 – Assiette et montant des cotisations .....	14
Article 19 – Paiement des cotisations .....	14
Article 20 – Défaut de paiement des cotisations .....	14
Article 21 – Exonération des cotisations .....	14
<b>Partie 5 – PRESTATIONS</b> .....	15
Article 22 – Conditions de la garantie .....	15
Article 23 – Reconnaissance des maladies redoutées par l’Institution .....	16
Article 24 – Montant des prestations .....	16
Article 25 – Délai de survie .....	16
Article 26 – Paiement des prestations .....	17
Article 27 – Rechute .....	17
Article 28 – Exclusions .....	17
Article 29 – Fausse déclaration .....	17
Article 30 – Prescription .....	18
Article 31 – Assistance .....	18
<b>Titre II : DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES</b> .....	19
<b>ANNEXE – Tableau de garanties</b> .....	19



# Lexique

## **Affection de longue durée exonérante**

Affection dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. L'assuré est exonéré du paiement de sa participation aux frais de santé liés à son affection.

## **Bénéficiaire**

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

## **Cotisation**

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

## **Délai de survie**

Période au cours de laquelle le décès du participant met fin à la garantie.

## **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 souscrit le contrat.

## **Garantie**

Engagement de l'Institution, en contrepartie du versement de cotisations convenues d'avance, à verser une prestation à l'occasion d'un sinistre au cours d'une période déterminée.

## **Institution**

KLESIA Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, intervient au contrat de prévoyance en qualité d'organisme assureur.

## **Maladie**

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

## **Participant**

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

## **Prestation**

Exécution de la garantie par l'Institution.

## **Risque**

Événement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté du participant ou du bénéficiaire.

## **Rémunération brute**

Sommes et avantages perçus par le participant assujettis à charges sociales dans les conditions prévues à l'article L242-1 du Code de la Sécurité sociale.

### **Rémunération nette**

Rémunération brute déduction faite de toutes les charges sociales et autres contributions salariales légalement ou conventionnellement obligatoires.

### **Sinistre**

Réalisation du risque mettant en jeu au moins une des garanties du contrat.

### **Tranches de rémunération**

Tranche A : part de la rémunération entre le premier euro et une fois le PASS.

Tranche B : part de la rémunération entre un et 2 PASS.

# TITRE I : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

## PARTIE 1 – GÉNÉRALITES

### Article 1 – Objet du contrat

Les présentes dispositions constituent les Conditions Générales du contrat de prévoyance Maladies Redoutées conclu entre KLESIA Prévoyance, Institution de Prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, située 4 rue Georges Picquart 75017 PARIS, dénommée ci-après « l'Institution » et l'entreprise adhérente désignée au certificat d'adhésion, ci-après dénommée « l'Adhérente ».

Il s'agit d'un contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire, régi par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale. Il comporte :

- d'une part, les présentes conditions générales qui définissent la garantie et précisent les obligations réciproques des parties ;
- d'autre part, le bulletin d'adhésion d'entreprise qui formalise les choix retenus par l'entreprise adhérente, la date d'effet du contrat, les catégories de personnel assurées, le montant des prestations et le taux de cotisations ;
- le certificat d'adhésion.

KLESIA Prévoyance garantit intégralement les prestations prévues au présent contrat.

Le présent contrat a pour objet d'accorder aux bénéficiaires définis à l'article 11, sous réserve des exclusions prévues à l'article 28, une garantie de prévoyance ouvrant droit au paiement d'un capital forfaitaire en cas de survenance d'une maladie redoutée reconnue dans les conditions définies au contrat.

Le contrat prévoit également des prestations d'assistance conformément à l'article 31.

**Le présent contrat complète obligatoirement un contrat de prévoyance de base souscrit préalablement ou concomitamment par l'entreprise auprès de KLESIA Prévoyance.**

### Article 2 – Base légale

Le contrat de prévoyance 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 3 – Autorité de 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 – Fondement de l'adhésion

Les garanties prévues par le présent contrat collectif obligatoire sont mises en place par l'un des actes définis à l'article L911-1 du Code de la Sécurité sociale : accord collectif de branche ou d'entreprise, accord référendaire ou décision unilatérale de l'employeur.

### Article 5 – Réclamation et médiation

Les demandes de service, de prestations, d'information ou d'avis ne sont pas des réclamations et doivent être transmises au gestionnaire du contrat :

**KLESIA Prévoyance**  
**TSA 90200**  
**69307 LYON CEDEX 07**

L'Adhérente, le Participant ou les ayants droit qui souhaitent effectuer une réclamation sont invités, en priorité, à télécharger et compléter le formulaire de réclamation disponible dans leur espace client ou sur <https://www.klesia.fr/reclamation> et à le renvoyer par courrier à l'adresse indiquée sur le site internet, selon le motif de la réclamation.

A défaut, ils peuvent également transmettre leur réclamation sur papier libre aux mêmes adresses.

L'Institution s'engage à :

- accuser réception de la réclamation dans les dix jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation, si une réponse ne peut pas être apportée dans ce délai ;
- répondre par écrit à la réclamation dans un délai maximal de deux mois à compter de son envoi.

Si la réponse ne le satisfait pas, ou en l'absence de réponse dans un délai de deux mois, le réclamant peut saisir le médiateur de la protection sociale dans le délai maximal d'un an à compter de la réclamation écrite.

Par courrier :

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

Par internet : <https://www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

La proposition de solution du médiateur ne lie pas les parties, qui sont libres de l'accepter ou pas.

Si le réclament demeure insatisfait, il conserve la possibilité de saisir le tribunal compétent, pour contester la position de l'Institution.

## **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'Adhérente ou le Participant et l'Institution 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 le Participant des documents originaux éventuellement nécessaires à l'Institution pour le paiement des prestations, ainsi qu'au respect des dispositions des articles L932-12-2 et R932-1-6 du Code de la Sécurité sociale relatives aux modalités de résiliation du contrat.

## **Article 7 - Protection des données personnelles**

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

À ce titre, KLESIA 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,
- la recherche des contrats décès non réglés,
- le respect des 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.

KLESIA 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 KLESIA Prévoyance par courrier électronique : [info.cnil@klesia.fr](mailto: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 <https://cnil.fr>.

Des informations plus détaillées sur le traitement des données sont fournies par KLESIA 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'adhérent atteste que ces versements n'ont pas une origine provenant 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 L561-1 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.



## PARTIE 2 – ADHÉSION DE L'ENTREPRISE

**Seules les entreprises ayant adhéré à un contrat de prévoyance auprès de KLESIA Prévoyance peuvent adhérer au présent contrat.**

### Article 10 – Date d'effet – Durée – Renouvellement du contrat

L'adhésion au contrat prend effet à la date fixée au certificat d'adhésion valant conditions particulières, sous réserve de l'envoi des éléments demandés par l'Institution à l'article 11.

Le contrat est conclu pour une période allant jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet. Il se renouvelle par tacite reconduction, le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année pour une durée d'un an sauf dénonciation selon la procédure fixée à l'article 12.

L'Adhérente doit choisir une des trois formules prévues au bulletin d'adhésion, comprenant une ou plusieurs des affections précitées.

Après une année entière d'adhésion, l'Adhérente peut demander un changement de formule et/ou de capitaux au 1<sup>er</sup> janvier de chaque exercice, moyennant un préavis de deux mois.

### Article 11 – Obligations de l'Adhérente

#### 11.1. Obligation d'affiliation

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, l'Adhérente doit affilier l'ensemble des salariés appartenant à la catégorie assurée désignée au certificat d'adhésion.

L'Adhérente s'engage également à y affilier obligatoirement tous les salariés appartenant à la catégorie assurée qu'elle embauchera postérieurement à la date d'effet du contrat ainsi que tous ceux qui viendront à être promus dans la catégorie de personnel assurée postérieurement à cette date.

Par dérogation, les salariés se trouvant dans l'une des situations visées par les textes réglementaires en vigueur peuvent être dispensés d'affiliation obligatoire au contrat, sous réserve que les conditions requises soient remplies.

Les salariés dispensés d'affiliation ne doivent pas être rattachés au présent contrat via la DSN, à défaut, ceux-ci seront considérés comme affiliés au contrat collectif et les cotisations seront dues.

#### 11.2. Informations à fournir à l'Institution

##### *Lors de l'adhésion*

Lors de l'adhésion au contrat, l'Adhérente doit fournir à l'Institution :

- le bulletin d'adhésion signé ;
- la liste de l'ensemble du personnel assuré par le contrat (nom et prénom, date de naissance, adresse, numéro de Sécurité sociale, salaire brut annuel, situation familiale) ;
- sous enveloppes cachetées, des questionnaires médicaux, à l'attention du Médecin conseil du service Contrôle Médical lorsque ces derniers conditionnent l'adhésion au contrat ; après étude des renseignements médicaux, KLESIA Prévoyance fait connaître à l'Adhérente les conditions d'acceptation de l'ensemble des salariés ;
- la liste des personnes en arrêt de travail et invalides.

Ces éléments sont envoyés à KLESIA Prévoyance, à l'adresse figurant sur les documents à retourner.

##### *En cours de contrat*

L'Adhérente doit utiliser la Déclaration Sociale Nominative (DSN) pour transmettre mensuellement à l'Institution toutes les informations relatives à l'effectif de la catégorie de salariés assurée, aux mouvements de personnel (embauche, suspension et fin de contrat de travail ...) ainsi que le salaire brut de chaque assuré affilié au contrat, ventilé par tranches soumises à cotisations sociales.

L'Adhérente doit informer l'Institution de toute modification d'adresse, de raison sociale ou de modification de sa situation juridique (fusion, cession, scission...), au plus tard à chaque échéance de cotisations.

L'Adhérente est seule responsable des éléments transmis dans sa DSN y compris si celle-ci est effectuée par son expert-comptable. L'Institution n'acceptera aucune dispense d'affiliation rétroactive et aucun remboursement de cotisations ne sera effectué.

### **11.3. Informations à fournir aux participants**

En vertu des dispositions de l'article L932-6 du Code de la Sécurité sociale, l'Adhérente a un devoir d'information à l'égard des Participants sur le contrat souscrit.

Conformément à ces dispositions, l'Adhérente s'engage à remettre à chaque Participant une copie de la notice d'information qui lui a été transmise par l'Institution.

Elle doit également porter à la connaissance de chacun d'eux, par écrit, les modifications des garanties souscrites.

La preuve de la remise de cette notice incombe à l'Adhérente.

## **Article 12 – Résiliation de l'adhésion au contrat**

L'adhésion au contrat peut être résiliée par l'Institution ou l'Adhérente.

### **12.1. Résiliation par l'Institution**

L'adhésion au contrat peut être résiliée par l'Institution, par lettre recommandée avec avis de réception.

Cette résiliation peut intervenir :

- **À l'échéance du contrat**, avec un délai de prévenance d'au moins deux mois, le cachet de la poste faisant foi ;
- **En cas de non-paiement des cotisations**, conformément à l'article L932-9 du Code de la Sécurité sociale ;
- **En cas de cessation d'activité**, de plein droit à la date de cessation de l'activité ;
- **En cas de refus par l'Adhérente de la modification du contrat par l'Institution** dans un délai d'un mois suivant la proposition de modification. La résiliation prend effet à la date d'entrée en vigueur de la modification.

### **12.2. Résiliation par l'Adhérente**

L'adhésion au contrat peut être résiliée par l'entreprise adhérente 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 la souscription.

Cette résiliation peut intervenir :

- **À l'échéance du contrat**, avec un délai de prévenance d'au moins deux mois ;
- **En cas de refus par l'entreprise adhérente de la modification du contrat par l'Institution**, dans un délai d'un mois suivant la proposition de modification.

La résiliation prend effet à la date d'entrée en vigueur de la modification.

## **PARTIE 3 – AFFILIATION DES PARTICIPANTS**

### **Article 13 – Cotisations – Modalités d’affiliation des participants**

#### **13.1. Conditions d’affiliation**

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

Pour être affiliés au contrat, les salariés doivent appartenir à la catégorie du personnel assurée désignée au certificat d’adhésion.

#### **13.2. Modalités d’affiliation**

L’ensemble du personnel relevant de la catégorie assurée doit être affilié à titre obligatoire.

L’Adhérente communique à l’Institution, sur tout support de son choix, la liste de tous les salariés concernés par le contrat.

L’Adhérente est responsable de l’affiliation au contrat de tous les salariés relevant de la catégorie assurée. Elle doit ainsi s’assurer que l’Institution a bien eu connaissance de tous les salariés ayant vocation à profiter des garanties du contrat qu’elle a souscrit.

### **Article 14 – Date d’affiliation et date d’effet des garanties**

Pour être affiliés au contrat, les salariés doivent appartenir à la catégorie du personnel définie au certificat d’adhésion et avoir un contrat de travail en vigueur à la date d’effet du présent contrat, y compris ceux dont le contrat de travail est suspendu dans les conditions prévues à l’article 15.

L’affiliation prend effet le jour indiqué au certificat d’adhésion.

Postérieurement à la date d’effet du contrat, les garanties prennent effet à la date à laquelle le nouveau bénéficiaire entre dans le groupe assuré (nomination ou prise effective de fonctions pour les nouveaux salariés), à charge pour l’entreprise adhérente de transmettre au médecin-conseil du service Contrôle Médical de l’Institution, les questionnaires médicaux, lorsque ces derniers conditionnent l’adhésion au contrat, sous enveloppe cachetée, sous réserve que son entrée soit signalée dans un délai d’un mois à KLESIA Prévoyance.

**À défaut, les garanties prennent effet à la date à laquelle l’Adhérente l’aura déclaré. La ou les maladies redoutées au sens du présent contrat dont la date de début de l’affection est antérieure à la date d’effet du contrat n’ouvre(nt) pas droit au versement du capital.**

### **Article 15 – Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail**

#### **15.1. Suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée**

Les garanties sont maintenues au profit du Participant qui bénéficie :

- D’un maintien total ou partiel de salaire ;
- Des indemnités journalières complémentaires versées au titre d’un contrat de prévoyance ou des indemnités journalières de la Sécurité sociale ;
- D’un revenu de remplacement versé par l’employeur, notamment en cas d’activité partielle ou d’activité partielle de longue durée (dont l’activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits) et de congé rémunéré par l’employeur (reclassement, mobilité ...).

Ce maintien des garanties donne lieu à paiement des cotisations.

Dans l’hypothèse où les garanties sont maintenues au profit du Participant dont le contrat de travail est suspendu suite à un arrêt de travail percevant à ce titre uniquement des indemnités journalières de la Sécurité sociale, les cotisations sont calculées sur l’ensemble des rémunérations totales brutes du salarié soumises aux cotisations de Sécurité sociale, perçues au cours des 12 derniers mois civils précédant l’arrêt de travail.

#### **15.2. Suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée**

Les garanties sont suspendues de plein droit lors de la suspension du contrat de travail du Participant, sans maintien de la rémunération (congé sabbatique, congé pour création d’entreprise, congé parental d’éducation, congé de soutien familial, congé sans solde ...).

Toutefois, à la demande de l'entreprise adhérente, il peut être prévu le maintien aux salariés concernés du bénéfice de la garantie, en contrepartie du paiement d'une cotisation spécifique.

## **Article 16 – Cessation de l'affiliation du participant**

Sous réserve des cas de maintien des garanties prévus à l'article suivant, l'affiliation du Participant cesse de plein droit dans les cas suivants :

- Résiliation de l'adhésion au contrat, par l'une des parties selon les modalités prévues à l'article 12 ;
- Rupture du contrat de travail du Participant ;
- En cas de cessation d'activité ou disparition de l'Adhérente ;
- Passage du salarié dans une catégorie de salariés non visée au certificat d'adhésion ;
- Liquidation de la pension de retraite du Participant, sauf situation de cumul emploi-retraite dans l'entreprise ;
- Décès du Participant.

## **Article 17 – Maintien des garanties au bénéfice du Participant**

### **17.1. Portabilité des droits prévue à l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale**

#### *Conditions*

Conformément à l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale, en cas de cessation du contrat de travail, les garanties dont bénéficiaient les Participants sont maintenues, à condition que la cessation du contrat de travail ne soit pas consécutive à une faute lourde et que l'ancien salarié soit pris en charge par le régime de l'Assurance Chômage. Le maintien des garanties est également subordonné à la condition que les droits aient été ouverts chez le dernier employeur.

#### *Formalités*

Pour bénéficier de la portabilité des droits, l'ancien salarié doit retourner à l'Institution, le bulletin de demande de portabilité établi par l'Institution dûment complété et signé.

Il incombe à l'Adhérente d'informer le Participant 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 du contrat de travail.

Ce maintien est accordé à l'ancien salarié pendant la période d'indemnisation par l'Assurance Chômage pour une durée équivalente à celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, de ses derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, dans la limite de douze 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.

#### *Garanties maintenues*

Les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise. Ainsi, toute révision du contrat sera applicable aux bénéficiaires du maintien des droits.

#### *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 l'employeur et l'ancien salarié.

#### *Obligations déclaratives*

L'ancien salarié s'engage à fournir à l'Institution :

- À l'ouverture du maintien des garanties, le justificatif initial d'indemnisation par le régime d'Assurance Chômage ;
- Trimestriellement, l'attestation de paiement des allocations chômage ou le cas échéant, les décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale. En cas de sinistre, l'Institution pourra également réclamer cette attestation à chaque demande de prise en charge par le Participant.

#### *Cessation du maintien des garanties*

Le maintien des garanties cesse :

- À l'issue de la période de portabilité ;
- Au décès de l'ancien salarié ;
- 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 de l'adhésion au contrat.

### ***17.2. Maintien des garanties à titre individuel***

En application de l'article 5 de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989, en cas de résiliation du contrat de prévoyance, les Participants peuvent continuer à bénéficier des garanties à titre individuel, moyennant le paiement de cotisations spécifiques déterminées par l'Institution, à condition d'en faire la demande dans les trois mois suivant la date d'effet de résiliation de l'adhésion au contrat.

## **PARTIE 4 – COTISATIONS**

Les garanties sont assurées par l'Institution en contrepartie du paiement des cotisations prévues au certificat d'adhésion.

### **Article 18 – Assiette et montant des cotisations**

Les cotisations sont calculées par application du taux de cotisation indiqué au bulletin d'adhésion à la rémunération.

La rémunération ainsi prise en compte est le salaire brut annuel déclaré pour le calcul des cotisations de Sécurité sociale limitée aux tranches A et B tels que définis au lexique du présent contrat.

### **Article 19 – Paiement des cotisations**

L'Adhérente est seule responsable du paiement des cotisations vis-à-vis de l'Institution. De ce fait, elle procède à leur calcul et au versement à l'Institution.

Les cotisations sont calculées et transmises mensuellement via la DSN et réglées au plus tard trimestriellement à terme échu.

L'Institution procède à l'ajustement des cotisations dues sur la base des informations contenues dans la DSN communiquée par l'Adhérente. Cet ajustement donne lieu, soit à un remboursement de trop perçu par l'Institution, soit à un paiement complémentaire par l'Adhérente.

### **Article 20 – Défaut de paiement des cotisations**

Conformément à l'article L932-9 du Code de la Sécurité sociale, en cas de non-paiement de l'intégralité des cotisations dans les dix jours suivant l'échéance, l'Adhérente est mise en demeure d'effectuer le règlement par l'Institution, par lettre recommandée avec avis de réception.

Les garanties seront suspendues trente jours après la date de mise en demeure si le paiement n'a pas été effectué.

L'adhésion au contrat sera résiliée quarante jours après la date de mise en demeure restée infructueuse.

Le contrat non résilié reprend effet à midi, le lendemain du jour où ont été payées à KLESIA Prévoyance les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

En tout état de cause, l'Institution poursuivra le recouvrement des cotisations dues et éventuelles majorations de retard. Les frais engagés à cet effet seront entièrement à la charge de l'Adhérente.

### **Article 21 – Exonération des cotisations**

L'Adhérente est exonérée du paiement des cotisations afférentes au Participant dont le contrat de travail est suspendu et bénéficiant d'un maintien total ou partiel de salaire, à compter de l'expiration du délai de franchise de la garantie Incapacité de travail, ou à compter du 91<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail total et continu si cette garantie n'a pas été souscrite par l'entreprise.

L'exonération est partielle si le Participant travaille à temps partiel, les cotisations étant alors proportionnelles aux rémunérations brutes annuelles effectivement perçues du fait de son activité réduite.

## PARTIE 5 – PRESTATIONS

La définition de la maladie redoutée au sens du présent contrat, s'appuie sur la définition officielle de l'Affection Longue Durée (ALD) qualifiée d'« exonérante », de l'Assurance Maladie.

### Article 22 – Conditions de la garantie

#### **22.1. Définition d'une affection de longue durée exonérante**

Une affection de longue durée exonérante est une affection dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. La liste de ces affections est fixée à l'article D160-4 du Code de la Sécurité sociale. L'assuré est alors exonéré du ticket modérateur pour tous les soins en lien avec son affection de longue durée.

#### **22.2. Définition d'une maladie redoutée au titre du présent contrat**

On entend par maladie redoutée au sens du présent contrat les six affections de longue durée suivantes choisies par l'Institution parmi la liste des ALD « exonérantes » :

- Tumeur maligne, affection du tissu lymphatique ou hématopoïétique
- Accident vasculaire cérébral invalidant
- Maladie coronaire
- Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif
- Suites de transplantation d'organe
- Sclérose en plaques

#### **22.3. Conditions d'ouverture du droit au capital**

Pour avoir droit au paiement de la prestation, le Participant doit être atteint d'une affection définie à l'article 22 du présent contrat (selon la formule choisie par l'entreprise adhérente) :

- Reconnue par l'Assurance Maladie à l'établissement du protocole de soins mis en place par le médecin traitant du Participant ;
- Et dont la date de début de l'affection, telle que visée sur le protocole de soins, est postérieure à la date d'effet du contrat.

Pour chaque maladie redoutée couverte au titre du contrat, le Participant ne peut pas demander plusieurs fois le versement du capital sauf en cas de rechute dans les conditions fixées à l'article 27.

Ainsi, lorsque la formule 1, comprenant une seule affection, est choisie par l'Adhérente, le versement du capital met fin à la garantie.

Pour les formules 2 et 3, le Participant peut demander le versement de plusieurs capitaux en cas de survenance de plusieurs maladies redoutées reconnues conformément à l'article 23 dès lors que la demande ne porte pas sur une même affection de longue durée.

Ainsi, en formule 2, le Participant peut solliciter le versement d'un capital au titre de l'affection de longue durée « accident vasculaire cérébral » et ainsi que le versement d'un capital au titre de l'affection de longue durée « tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique ».

En la formule 3, la garantie peut ainsi ouvrir droit au versement de six capitaux (un capital par affection de longue durée visée au sein de la formule 3).

## **Article 23 – Reconnaissance des maladies redoutées par l’Institution**

### **23.1. Procédure de reconnaissance**

La reconnaissance de la maladie redoutée est réalisée par le service médical de l’Institution.

Le Participant doit adresser, sous pli confidentiel adressé au médecin-conseil de KLESIA Prévoyance, à l’adresse indiquée sur l’imprimé de déclaration de sinistre, les éléments suivants :

- L’imprimé de déclaration de sinistre dûment rempli et signé ;
- Le rapport médical rempli par son médecin ;
- La photocopie du protocole de soins établi par son médecin et validé par l’Assurance Maladie.

L’institution se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qui lui seraient nécessaires pour l’étude du dossier notamment pour établir précisément la date de début de l’affection ou de la rechute reconnue par le médecin de l’Assurance Maladie.

Le médecin-conseil du service Contrôle Médical de l’Institution se prononce sur l’ouverture du droit au capital dans un délai de soixante jours à compter de la réception de la demande de reconnaissance de la maladie redoutée et de l’ensemble des pièces justificatives, sauf en cas de force majeure.

### **23.2. Procédure de conciliation**

Pour être recevable, toute contestation médicale doit être effectuée dans un délai de trois mois à compter de la notification de refus de KLESIA Prévoyance au Participant.

Dans le cas où le Participant ou son représentant légal et son médecin traitant sont en désaccord avec la décision de KLESIA Prévoyance, ils désignent ensemble un troisième médecin sur la liste des experts auprès des tribunaux.

À défaut d’entente sur ce choix, un médecin expert sera désigné par le Tribunal Judiciaire du domicile du Participant qui statuera à la requête de la partie la plus diligente, les parties s’interdisant d’avoir recours à la voie judiciaire tant que l’expertise n’aura pas eu lieu.

Les conclusions de ce troisième médecin s’imposent aux parties, sans préjudice des voies de recours qui pourront être exercées.

Les honoraires du 3<sup>ème</sup> médecin seront supportés par le participant si la décision prise par le médecin-conseil de l’Institution est confirmée par le médecin expert. A contrario, les frais seront supportés par l’Institution si la décision prise par le médecin-conseil de l’Institution est infirmée.

## **Article 24 – Montant des prestations**

En cas de reconnaissance d’une maladie redoutée conformément aux dispositions de l’article 22, et ne relevant pas de l’une des exclusions décrites à l’article 28, le présent contrat garantit le versement d’un capital forfaitaire dont le montant est fixé au certificat d’adhésion.

## **Article 25 – Délai de survie**

**Le versement des prestations intervient au terme d’un délai de survie de trente jours à partir de la reconnaissance par la Sécurité sociale de l’affection de longue durée définit à l’article 22, soit au plus tôt au 31<sup>ème</sup> jour si le Participant est vivant.**

**Aucun capital ne sera versé en cas de décès du Participant pendant le délai de survie.**

**Ce délai de survie s’applique aussi en cas de demande de versement d’un capital suite à une rechute telle que visée à l’article 27, qui peut également entraîner le versement de plusieurs capitaux.**



## **Article 26 – Paiement des prestations**

Le capital est versée au Participant dans un délai de trente jours après l'accord du médecin-conseil et réception du dossier complet de demande de versement de capital, composé des pièces médicales indiquées à l'article 23 et des éléments suivants :

- Une copie de la pièce d'identité en cours de validité ;
- Un relevé d'identité bancaire ;
- Le dernier avis d'imposition.

L'Institution se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qui lui seraient nécessaires pour le paiement des prestations.

Ces documents sont à transmettre à :

**KLESIA Prévoyance  
Capital Décès 3  
CS 30027  
93108 Montreuil Cedex**

## **Article 27 – Rechute**

En cas de rechute, le Participant peut demander le versement du capital au titre de l'affection de longue durée ayant déjà donné lieu au versement d'un premier capital lorsque la rechute intervient à l'issue d'une période de cinq ans suivant la rémission.

La date de rémission est constatée par la date de fin de prise en charge en ALD par l'Assurance Maladie.

En cas de nouvelle ALD, le Participant devra fournir un nouveau protocole de soins établi par l'Assurance Maladie dans les conditions fixées à l'article 22.

La date de la rechute correspond à la date de début de la nouvelle affection de longue durée telle que mentionnée sur le protocole de soins établi par l'Assurance Maladie.

## **Article 28 – Exclusions**

**Ne donnent pas lieu à garantie et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Institution les conséquences :**

- De maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire du Participant, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide ;
- Directement ou indirectement du risque atomique ou de radiations ionisantes ;
- De l'alcoolisme chronique ;
- De l'usage de stupéfiants, tranquillisants ou de produits toxiques non ordonnées médicalement ;
- De l'exercice d'une profession entraînant l'exposition à l'amiante ;
- De toute épidémie ou autre crise sanitaire non encore survenue à ce jour faisant l'objet à l'avenir d'une loi ou d'un décret d'état d'urgence sanitaire.

## **Article 29 – Fausse déclaration**

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, la garantie accordée au Participant est nulle conformément à l'article L932-7 du Code de la Sécurité sociale. Les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.

### **Article 30 – Prescription**

Conformément aux dispositions de l'article L932-13 du Code de la Sécurité sociale, toutes les actions dérivant du contrat de prévoyance sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission ou fausse déclaration, qu'à compter du jour où l'Institution 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 ignorée jusque-là.

Lorsque l'action de l'entreprise adhérente, du Participant, du bénéficiaire 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'adhérent, le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Le délai de prescription est interrompu dans les cas suivants :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- La demande en justice, même en référé ;
- L'acte d'exécution forcée ;
- Désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- Envoi d'une lettre recommandée ou d'envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé à l'Adhérente par l'Institution en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation soit à l'Institution par le Participant ou son ayant droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

### **Article 31 – Assistance**

Le présent contrat ouvre droit aux garanties d'assistance, assurées par IMA Assistance, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris – CS 40 000 – 79 033 Niort, sous réserve de respecter les dispositions prévues par la notice d'assistance remise à l'Adhérente.

## TITRE II : DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES

### ANNEXE – TABLEAU DE GARANTIES

Formule 1	Formule 2	Formule 3
<b>1 ALD couverte <sup>(1)</sup></b>	<b>2 ALD couvertes <sup>(1)</sup></b>	<b>6 ALD couvertes <sup>(1)</sup></b>
<b>Capital : 5 000 € ou 10 000 €</b>	<b>Capital : 5 000 € ou 10 000 €</b>	<b>Capital : 5 000 € ou 10 000 €</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumeur maligne, affection du tissu lymphatique ou hématopoïétique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumeur maligne, affection du tissu lymphatique ou hématopoïétique</li> <li>• Accident vasculaire cérébral invalidant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumeur maligne, affection du tissu lymphatique ou hématopoïétique</li> <li>• Accident vasculaire cérébral invalidant</li> <li>• Maladie coronaire</li> <li>• Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif</li> <li>• Suites de transplantation d'organe</li> <li>• Sclérose en plaque</li> </ul>

(1) La garantie Maladies Redoutées s'appuie sur la définition officielle de l'Affection Longue Durée (ALD) qualifiée d'« exonérante », de l'Assurance Maladie. La liste des « affections de longue durée » ou « ALD » figure à l'article D160-4 du Code de la Sécurité sociale remplaçant l'article D322-1 du Code de la Sécurité sociale (décret n°2015-1882 du 30 décembre 2015).



KLESIA Pro vous propose des services et produits d'assurance santé et prévoyance. Nos solutions sont réalisées avec les représentants de votre secteur d'activité, et ce, sans but lucratif. Vous et vos salariés bénéficiez ainsi d'un accompagnement adapté à votre situation, pour vous permettre de vous concentrer sur l'essentiel : VOTRE ACTIVITÉ.

**KLESIA Pro s'engage à vous assurer un avenir serein et contribue à la qualité de vie pour tous.**



**Retrouvez toutes les informations vous concernant dans votre espace personnel  
[klesia.fr](https://klesia.fr)**

**Et rejoignez-nous sur**



**KLESIA Prévoyance**

Institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale,  
Située 4 rue Georges Picquart – 75017 Paris

REF. : MRP-337.800-25



PAPIER

