

# Notice d'information

Frais de santé -

Contrat collectif à adhésion obligatoire

# PRESENTATION

Le présent contrat d'assurance collective à adhésion obligatoire est régi par le code des assurances et par la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques.

La présente notice d'information a pour objet de vous aider à mieux comprendre le fonctionnement de votre contrat collectif « Frais de santé » à adhésion obligatoire. Elle vous présente les garanties souscrites par votre Employeur, leurs modalités de mise en œuvre et la prise en charge par l'Assureur.

## Objet de votre contrat

Le contrat a pour objet d'assurer le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés pendant la période de garantie en complément des prestations en nature de la Sécurité sociale.

Le contrat collectif « frais de santé » est obligatoire pour les salariés visés au résumé des garanties figurant en annexe de la présente notice d'information.

## Les intervenants au contrat

Relyens Mutual Insurance - Société d'Assurance Mutuelle – SIREN N° 779 860 881 RCS LYON - Entreprise régie par le Code des Assurances - 18 rue Edouard Rochet - 69372 LYON cedex 08.

La société est appelée dans la suite du contrat, « l'Assureur ».

## Les définitions essentielles à la compréhension de votre contrat

**Assuré** : Salarié bénéficiaire du présent contrat. Il est dénommé « Assuré » à compter de la prise d'effet des garanties, « Ancien salarié » à compter de la cessation du présent contrat.

**Souscripteur** : Personne morale souscriptrice du présent contrat, pour son compte ou pour le compte de ses filiales. Pour la compréhension du contrat, le Souscripteur sera désigné de façon indifférente par les termes « Employeur » et « Souscripteur ».

**Bénéficiaire** : Personne physique qui bénéficie des garanties du présent contrat soit :

- en tant qu'assuré ;
- en tant qu'ayant droit, du fait de ses liens avec l'Assuré (enfant ou conjoint par exemple).

**Conjoint** : La personne légalement mariée avec l'Assuré, ni divorcée ni séparée de corps à la date de l'évènement donnant lieu à prestation.

Est assimilé au conjoint :

- le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) tel que défini à l'article L. 515-1 du Code civil ;
- le concubin, tel que défini à l'article 515-8 du Code civil.

Le concubinage notoire, défini comme une vie maritale continue durant une année minimum antérieurement au décès, est justifié par la fourniture d'une déclaration sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de domicile commun.

Par exception, la condition de durée n'est pas exigée lorsqu'un enfant est né de ce concubinage.

**Enfants à charge** : Sont considérés comme Enfants à charge de l'Assuré les enfants légitimes, reconnus ou adoptés de l'Assuré ainsi que ceux de son conjoint non remarié, à condition que l'Assuré ou son conjoint ait l'enfant en résidence ou s'il s'agit d'enfants de l'Assuré, que celui-ci participe effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire.

Les enfants ainsi définis doivent satisfaire à l'une des conditions suivantes :

- être âgés de moins de 18 ans et être affiliés en tant qu'ayant droit au régime de base de la Sécurité sociale ;

**ou**

- être âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans et :
  - poursuivre leurs études dans un établissement d'enseignement, secondaire, supérieur ou professionnel public ou privé ;
  - ou être à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à Pôle Emploi.

Les conditions d'âge prévues ne sont pas exigées si l'enfant est titulaire de la carte d'invalidé prévue à l'article L.241-3 du Code de l'Action Sociale et de la famille et que son état d'invalidité est survenu avant son 21<sup>ème</sup> anniversaire.

**ou**

- être un enfant à naître au moment du décès de l'Assuré et né « viable » moins de 300 jours après son décès et dont la filiation avec celui-ci est établie.

**Ayants droit** : Sont considérés comme ayants droit les personnes correspondant aux définitions de conjoint ou d'enfants à charge telles que définies par la présente notice.

**Base de remboursement** : Tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) pour déterminer le montant de son remboursement. Le prix facturé au patient peut, dans certaines situations, être supérieur à la base de remboursement.

**Dépassement d'honoraires** : Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

**OPTAM/OPTAM-CO** : L'Option Pratique Tarifaire Maitrisée est une option facultative souscrite par les médecins libéraux de secteur 2 visant à limiter leurs dépassements d'honoraire et faire bénéficier aux assurés d'un tarif de remboursement des soins amélioré.

**Reste à charge** : Part des dépenses de santé à la charge de l'Assuré après l'intervention de l'Assurance Maladie Obligatoire et de la complémentaire frais de santé.

**Ticket Modérateur** : Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire, déduction faite des franchises ou participations financières applicables.

**Parcours de soins** : Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné et être remboursés sans diminution du montant de leur remboursement.

Le parcours de soins coordonnés est organisé autour du médecin traitant et concerne tous les bénéficiaires d'un régime obligatoire d'assurance maladie en tant qu'assuré ou ayant-droit de l'Assuré.

Est considéré comme entrant dans le parcours de soins coordonnés, le patient qui consulte en premier lieu le médecin traitant qu'il a déclaré auprès du régime d'assurance maladie obligatoire (ou son remplaçant).

Entre également dans le parcours de soins toute consultation auprès :

- D'un autre médecin en cas d'urgence ou d'éloignement du domicile principal,
- D'un autre médecin dit « correspondant » auquel le patient est adressé par son médecin traitant,
- D'un spécialiste en accès direct autorisé par la loi n°2004-810, tels que les ophtalmologues, les gynécologues, les stomatologues et les psychiatres.

**Réseau de soins** : Le réseau de soins permet à l'Assuré de bénéficier notamment de tarifs négociés et du tiers payant auprès de professionnels de santé adhérents, engagés sur une qualité des soins.

L'Assuré bénéficie du réseau de soins Kalixia au titre du présent contrat.

## **FONCTIONNEMENT DU CONTRAT**

### **Formation et durée du contrat**

Le contrat prend effet à la date indiquée au résumé des garanties, figurant en annexe de la présente notice d'information.

Le contrat est conclu pour la période comprise entre la date d'effet et le 31 décembre de l'année civile au cours de laquelle il a été souscrit.

Le contrat est renouvelé par tacite reconduction, à chaque échéance annuelle, sauf dénonciation par votre Employeur conformément aux articles L. 113-12 et L. 113-15-2 du code des assurances.

La résiliation s'effectue par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.113-14 du code des Assurances.

L'Assureur peut également résilier le contrat collectif annuellement, par lettre recommandée au moins deux mois avant la date d'échéance, le cachet de la poste faisant foi.

## Détermination et paiement des cotisations

La cotisation est déterminée en fonction notamment des garanties souscrites et compte tenu des dispositions réglementaires et des bases de remboursement du régime obligatoire en vigueur à la date d'effet du contrat.

Les cotisations sont formulées sur la base d'un montant forfaitaire en euros ou à partir d'un taux appliqué au Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1<sup>er</sup> jour de la période considérée pour chaque échéance de cotisation ou encore sur la base d'un taux sur le salaire de l'Assuré.

Les cotisations sont recouvrées trimestriellement et à terme échu, au plus tard dans les dix (10) jours qui suivent le dernier jour du trimestre civil d'échéance.

Votre employeur est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations, y compris la part salariale précomptée sur votre salaire. A ce titre, il procède lui-même au calcul et au versement des cotisations à l'Assureur.

Vous pouvez être tenu individuellement au paiement de la part de la cotisation afférente aux garanties du contrat socle obligatoire de vos bénéficiaires. Le paiement est effectué mensuellement, à terme d'avance, par prélèvement automatique sur le compte bancaire communiqué.

En cas d'adhésion ou de résiliation en cours de mois civils, le montant des cotisations dues au titre de ce mois est proratisé.

## Non-paiement des cotisations

### ▪ A la souscription du contrat

En cas de non-paiement de la première cotisation au terme du délai de trente (30) jours continus qui suit la date d'échéance, le contrat sera considéré comme n'ayant jamais pris effet et les prestations éventuellement versées par l'Assureur devront lui être remboursées.

### ▪ En cours de contrat

A défaut de paiement par votre employeur des cotisations dans les dix (10) jours suivant l'échéance, l'Assureur lui adresse une lettre de mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception. A cet effet, l'Assureur informe votre Employeur des conséquences liées au défaut de paiement sur la poursuite des garanties.

En cas de non-paiement des cotisations, trente (30) jours après l'envoi de la mise en demeure, le cachet de la poste faisant foi, l'Assureur suspend les garanties.

La suspension de la garantie pour non-paiement de la cotisation ne dispense pas le Souscripteur de l'obligation de payer les cotisations à leur échéance.

La résiliation du contrat pourra intervenir quarante (40) jours après l'envoi de la mise en demeure, sans préjudice pour l'Assureur de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues.

En cas de paiement des cotisations arriérées, le contrat reprend pour l'avenir ses effets le lendemain à douze (12) heures.

## Révision de tarif

Les taux de cotisation et niveaux de garanties sont établis en considération des éléments déclarés par votre Employeur ainsi que de la législation et réglementation de Sécurité sociale en vigueur à la date de prise d'effet du contrat.

L'Assureur se réserve le droit de proposer un aménagement des conditions de garanties en cas :

- de modification de la législation et/ou de la réglementation précitée ;
- de modification de la nature ou de l'importance des garanties ou du risque autre que l'aggravation de l'état de santé des Assurés.

Votre Employeur doit notifier sa décision d'acceptation ou de refus dans un délai d'un mois (1) à compter de la date d'envoi de la lettre par l'Assureur, le cachet de la poste faisant foi.

Si à l'issue de ce délai, votre Employeur n'a pas refusé expressément la proposition de modification, l'Assureur considère que celle-ci est acceptée.

En cas de refus de la proposition par votre Employeur, le contrat peut être résilié par l'Assureur dans le respect d'un délai de préavis de deux (2) mois avant l'échéance annuelle. La résiliation prenant effet le premier jour du mois civil qui suit.

La cotisation est, en tout état de cause, révisable annuellement au 1er janvier ou à la date d'effet de la reconduction du contrat en fonction de l'évolution de l'équilibre global du portefeuille de contrats de même nature souscrits auprès de l'Assureur ou, le cas échéant, de l'équilibre du présent contrat.

## GARANTIES DU CONTRAT

**Les garanties couvertes au titre du présent contrat figurent au résumé des garanties. A défaut de mention dans le résumé des garanties, la garantie n'est pas due par l'Assureur.**

### Frais de santé

Les garanties frais de santé ont pour objet d'assurer le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés, en complément des prestations en nature versées par l'Assurance maladie obligatoire.

Les actes non pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire ou ne figurant pas dans la nomenclature de la Sécurité sociale ne donneront lieu à aucun remboursement au titre du contrat sauf dérogations expressément indiquées dans le tableau de garanties.

Pour ouvrir le droit à prise en charge, les actes ou soins médicaux doivent avoir été effectués par des praticiens diplômés d'Etat et inscrits sur les registres nationaux.

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des Bénéficiaires après les remboursements de toute nature auxquels ils ont droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de

souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Les garanties frais de santé du présent contrat sont mentionnées au tableau de garantie figurant en annexe.

## **Contrat responsable et solidaire**

On entend par « solidaire » le contrat d'assurance dont la cotisation n'est pas fixée en fonction de l'état de santé des personnes couvertes.

Le présent contrat respecte les dispositions des articles L.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale.

Le montant des prestations prises en charge par le contrat inclut au minimum :

- La prise en charge intégrale de la participation mentionnée à l'article R.160-5 du code de la Sécurité sociale y compris les actes de prévention (à l'exclusion des prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article) ;
- La prise en charge intégrale, et sans limitation de durée, du forfait patient urgence ;
- La prise en charge intégrale, et sans limitation de durée, du forfait journalier hospitalier ;
- La prise en charge des dépenses d'acquisition des prestations correspondant au panier de soins « 100% santé » pour l'optique, les aides auditives et les prothèses dentaires, dans la limite des tarifs maximums prévus par le 100% santé.

Les garanties en optique comprennent la prise en charge d'un seul équipement d'optique tous les deux ans (équipement d'optique médicale composé de deux verres et d'une monture), sauf pour les mineurs de moins de 16 ans ou pour certaines évolutions de la vue liées à des situations médicales définies règlementairement (un équipement par an et par bénéficiaire).

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription médicale initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'Article R.165-1 du code de la Sécurité sociale. Ce délai de deux ans est fixe et ne peut être ni réduit ni allongé. Il s'apprécie à compter de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Les garanties en audiologie comprennent la prise en charge d'une aide auditive tous les quatre ans dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.

**En application des dispositions des articles L.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale, sont exclus des remboursements accordés par l'Assureur :**

- **la participation forfaitaire dont vous ou vos ayants droit vous acquittez pour chaque consultation ou acte de médecine ;**
- **les franchises médicales applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport, à votre charge ou de vos ayants droit,**
- **la majoration de la participation mise à la charge des bénéficiaires par l'Assurance Maladie obligatoire, en cas de non-respect du parcours de soins,**

- les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations des patients consultant des médecins relevant de certaines spécialités sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins,
- Tout autre dépassement d'honoraires, prestation ou majoration dont la prise en charge serait exclue par la législation en vigueur.

Sont exclues de prise en charge par l'Assureur les modulations du ticket modérateur liées à la sanction sur les remboursements de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins.

L'Assureur vous communique avant la souscription et annuellement :

- le ratio exprimé en pourcentage, entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations hors taxe afférentes à ces garanties ;
- le ratio, exprimé en pourcentage, entre le montant total des frais de gestion au titre de ces mêmes garanties et le montant des cotisations hors taxe afférentes, ainsi que la composition de ces frais de gestion.

## Services associés

En complément des garanties frais de santé, vous bénéficiez de garanties et services associés :

- Garantie assistance ;
- Téléconsultation ;
- Réseau de soins.

Ces services sont mentionnés dans le résumé des garanties en annexe de la présente notice d'information.

## Justificatifs

Pour la prise en charge, par l'Assureur, des prestations qui ne sont pas couvertes par les accords de tiers payant, vous devez transmettre les documents suivants :

- **Frais d'hospitalisation**
  - ✓ La facture acquittée (bordereau AMC en clinique) mentionnant les dépassements d'honoraires éventuels et indiquant si le praticien est adhérent aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée.
- **Maternité**
  - ✓ La facture acquittée justificative d'hospitalisation accompagnée de l'extrait d'acte de naissance de l'enfant.
- **Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale**
  - ✓ La facture détaillée acquittée de l'établissement thermal accompagnée des frais d'hébergement et de transport.

- **Pharmacie**

- ✓ Le reçu délivré par votre pharmacien si vous êtes détenteur d'une attestation tiers payant SP SANTÉ et que vous ne l'avez pas utilisée.

- **Dentaire – Orthodontie**

- ✓ La facture acquittée établie par le dentiste ;
- ✓ La copie des feuilles de soins bucco-dentaires, détaillant :
  - le prix des soins ;
  - le prix des prothèses ;
  - le numéro des dents traitées ;
  - la codification des actes.

Une radiographie, avant et/ou après traitement, peut vous être demandée pour l'instruction de votre dossier.

- **Optique**

Lunettes :

- ✓ La facture acquittée détaillant le prix de chaque verre et de la monture ainsi que la copie de la prescription médicale.

Lentilles :

- ✓ La facture acquittée accompagnée de la copie de la prescription médicale comportant la marque des lentilles.

Cette prescription sera conservée entre 1 an et 2 ans à compter de sa date d'émission selon mention du prescripteur. Il est donc inutile d'en renvoyer une copie durant cette période.

Si vous ne demandez pas de prise en charge (paiement direct à l'opticien), envoyez dès que possible la facture acquittée et la copie de la prescription médicale (et le décompte Sécurité sociale si participation de l'organisme, si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission).

- **Médecine douce :**

- ✓ La facture acquittée établie par le professionnel de santé.

## **Soins à l'étranger**

Les frais de soins de santé engagés en dehors de France seront pris en charge par l'Assureur sur la base des garanties prévues au présent contrat, sous réserve de la prise en charge préalable par l'Assurance Maladie Obligatoire à laquelle les bénéficiaires sont affiliés.

Les soins engagés à l'étranger, n'ayant pas fait l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie obligatoire française, ne sont pas pris en charge par l'Assureur.

## **Tiers payant**

L'Assureur vous remet une carte de tiers payant portant mention de vos éventuels ayants droit et des dépenses concernées.

Les cartes sont délivrées annuellement et renouvelées automatiquement.

En application de l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale, vous et vos ayants droit bénéficiez du tiers payant sur les prestations prévues au titre du cahier des charges des contrats responsables, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité.

En cas de résiliation du présent contrat, la carte de tiers payant devra être retournée à l'Assureur par l'intermédiaire de votre employeur.

## DISPOSITIONS COMMUNES

### Admission à l'assurance

#### ▪ Pour l'Assuré

Pour être admis à l'assurance vous devez cumulativement :

- appartenir à la catégorie professionnelle visée au résumé des garanties figurant en annexe de la présente notice d'information ;
- être affilié à la Sécurité sociale ;
- être sous contrat de travail au Souscripteur du présent contrat.

Les expatriés ne sont pas couverts au titre du présent contrat.

Lorsque vous cessez de remplir les conditions d'admission visées ci-dessus, votre Employeur doit le signaler à l'Assureur dans un délai de quinze (15) jours suivant l'évènement.

#### ▪ Pour les ayants droit

En cas de perte de la qualité d'ayant droit au sens de la présente notice, vous devez le signaler à l'Assureur dans un délai de quinze (15) jours suivant l'évènement.

### Prise d'effet des garanties

#### ▪ Pour l'Assuré

Les garanties prennent effet, sous réserve de satisfaire aux formalités d'affiliation :

- à la date de mise en place du contrat liant votre employeur à l'Assureur, si vous faites partie des effectifs de l'entreprise à cette date et que vous appartenez à la catégorie du personnel assurée ;
- à la date d'embauche, lorsque vous intégrez l'effectif de l'entreprise postérieurement à la date d'effet du contrat et/ou appartenez à la catégorie de personnel assurée, sous réserve que votre employeur le déclare dans les trois mois suivant votre prise de fonction.

Au-delà de ce délai, les garanties ne prennent effet qu'à compter de la date de réception par l'Assureur de la déclaration de votre Employeur.

#### ▪ Pour les ayants droit

L'admission à l'assurance de vos Ayants droit prend effet à la date de votre affiliation, si la demande a lieu en même temps.

Lorsque la demande est postérieure à votre affiliation et qu'elle fait suite à évènement (mariage, conclusion d'un pacte civil de solidarité, concubinage, naissance ou l'adoption d'un

enfant), l'admission à l'assurance prend effet, pour l'ayant droit concerné, le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la réception du dossier dûment complété.

Par exception, sous réserve de réception par l'Assureur des justificatifs dans un délai de deux (2) mois suivant l'évènement, l'admission à l'assurance et la prise d'effet de la garantie interviennent :

- pour les nouveau-nés, au jour de la naissance, sous réserve de fournir l'extrait d'acte de naissance ou une copie du livret de famille ;
- pour les enfants adoptés, au jour de leur adoption, sous réserve de fournir le jugement de l'adoption.

Vous devez transmettre à l'Assureur les justificatifs suivants en fonction de la situation de votre ayant-droit :

- Pour votre conjoint :
  - copie du livret de famille ;
  - copie du certificat de mariage,  
ou copie du Pacte Civil de Solidarité,  
ou attestation sur l'honneur de vie commune signée par les deux concubins accompagnés d'un justificatif de domicile commun.
- Pour vos enfants à charge :
  - copie de votre dernier avis d'imposition ;
  - et le cas échéant :
    - certificat de scolarité ;
    - copie de la carte d'invalidité ;
    - attestation d'inscription à Pôle emploi ;
    - copie du dernier bulletin de salaire.

## **Suspension des garanties**

Les garanties du présent contrat sont suspendues :

- en de non-paiement de la cotisation ;
- en cas de suspension de votre contrat de travail ne donnant lieu à aucun maintien de rémunération. Elles reprennent effet dès la reprise de votre travail au sein de l'effectif assuré sous réserve que l'Assureur en soit informé dans les quinze (15) jours.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due. Les frais engagés pendant la période de suspensions des garanties ne donnent pas lieu à indemnisation.

## **Cessation des garanties**

### **▪ Pour l'Assuré**

Les garanties du présent contrat cessent en cas de réalisation de l'une des conditions suivantes :

- rupture/ cessation de votre contrat de travail ;
- sortie de la catégorie professionnelle mentionnée au résumé des garanties figurant en annexe de la présente notice d'information ;
- liquidation de votre pension de retraite de Sécurité sociale ;
- résiliation ou non-renouvellement du présent contrat ;
- décès.

La cessation des garanties intervient à la date de survenance du premier des évènements cités ci-dessus.

#### ▪ **Pour les Ayants droit**

Les garanties du présent contrat cessent simultanément aux vôtres.

Par ailleurs, les garanties cessent lorsque les ayants droit ne répondent plus aux définitions de « conjoint » et « enfants à charge » au sens de la présente notice d'information.

A cet effet, l'Assureur vous adresse annuellement une demande d'information par mail portant sur la situation administrative des ayants droit couverts au titre du présent contrat.

Lorsque les ayants droit sont ouverts à titre facultatif, les garanties cessent pour les ayants droit :

- Au 31 décembre de l'année au cours de laquelle la radiation est demandée par lettre, tout support durable ou moyen prévu par l'article L. 113-14 du code des assurances, sous réserve que la demande parvienne à l'Assureur deux mois avant l'échéance du contrat ;
- Un mois après réception par l'Assureur de la notification de radiation, demandée par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 113-14 du code des assurances, sous réserve que la demande de radiation soit formulée après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet de l'adhésion au contrat.

## **Maintien des prestations**

### **En cas de suspension de votre contrat de travail indemnisé**

Les garanties définies à la présente notice d'information sont maintenues, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante, lorsque la période de suspension du contrat de travail donne lieu à :

- un maintien total ou partiel de salaire versé par votre Employeur ;
- un versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur (qu'elles soient versées par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers) ;
- un revenu de remplacement versé par l'employeur.

Votre employeur verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail, sauf dispositions conventionnelles plus favorables.

Parallèlement, vous devez obligatoirement continuer à acquitter votre propre part de la cotisation.

## ▪ **Maintien des garanties à titre individuel**

### **Au profit de l'Assuré**

En cas de cessation de votre contrat de travail, vous pouvez bénéficier d'une couverture individuelle frais de santé comprenant les mêmes garanties que celles indiquées à la présente notice d'information.

Vous pouvez bénéficier de cette couverture individuelle si vous êtes bénéficiaires :

- d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ;
- d'une pension de retraite ;
- ou si vous êtes privés d'emploi, d'un revenu de remplacement.

La demande doit être effectuée dans un délai de six (6) mois à compter de :

- la rupture de votre contrat de travail ;
- ou à l'expiration de la période durant laquelle vous bénéficiez à titre temporaire du maintien des garanties au titre de la portabilité.

L'Assureur est tenu d'adresser sa proposition de maintien de la couverture au plus tard dans le délai de deux (2) mois à compter de la date de la cessation de votre contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties au titre de la portabilité.

### **Au profit des ayants droit**

Vos ayants droit, au sens de la présente notice d'information, peuvent bénéficier du maintien de la couverture pendant une période minimale de douze (12) mois, à compter de votre décès.

Le Souscripteur en informe l'Assureur qui adresse la proposition de maintien de la couverture à vos ayants droit dans le délai de deux (2) mois à compter de votre décès.

### **Tarifs**

Conformément au décret n°90-769 du 30 août 1990, le coût de la couverture individuelle mentionnée ci-dessus est plafonné, à compter de la date d'effet du contrat ou de l'adhésion, selon les modalités suivantes :

- la première année : les tarifs ne peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
- la deuxième année : les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
- la troisième année : les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
- à partir de la quatrième année : l'Assureur est libre de fixer le montant de la cotisation selon les termes du contrat individuel.

En tout état de cause, le financement de la couverture mentionnée ci-dessus est intégralement à votre charge ou à celle de vos ayants droit.

## Exclusions

En complément des exclusions prévues au paragraphe « Contrat solidaire et responsable », ne donnent également pas lieu à remboursement :

- Les frais engagés avant la date d'effet de la garantie ou après la cessation de celle-ci ;
- Le forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux ;
- Les frais occasionnés par la guerre civile ou étrangère ou la désintégration du noyau atomique ;
- Les frais occasionnés par les émeutes, mouvements populaires, rixes (sauf en cas de légitime défense) ;
- Les frais occasionnés par des actes de terrorisme ou de sabotage, lorsque le Bénéficiaire y prend une part active ;
- Les frais engagés au titre de la législation sur les pensions militaires.
- Sont exclus de la prise en charge au titre du présent contrat, les cures, traitements et opérations de chirurgiens esthétiques.

Aucun dépassement honoraire ne sera pris en charge au titre du présent contrat s'il est pratiqué par un professionnel non autorisé.

## Recours contre les tiers responsables

En cas de tiers responsable du sinistre, l'Assureur est subrogé dans vos droits et actions ou ceux de vos ayants droit, jusqu'à concurrence de la prestation payée par lui.

## Prescription

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

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

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

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription, notamment :

- Citation en justice (même en référé) ;
- Acte d'exécution forcée à l'encontre de celui que l'on veut empêcher de prescrire ;
- Reconnaissance du droit de celui contre lequel la prescription devrait jouer, ainsi que dans les cas ci-après :
- Désignation d'expert à la suite d'un sinistre ;

- **Envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception :**
  - **par l'assureur à l'assuré en cas de non-paiement de cotisation,**
  - **par l'assuré à l'assureur en cas de non-règlement de l'indemnité.**

## Réclamations

Toute personne ayant eu une interaction avec Relyens peut adresser toute demande d'information concernant le fonctionnement du / des contrat(s) à son interlocuteur habituel auprès de la Société. Si la réponse apportée ne le satisfait pas, il dispose d'une voie de recours amiable auprès du Service Réclamation Clients de la Société en adressant sa réclamation

- par le formulaire de réclamation via le portail plansanté / espace assuré : [www.plansante.com](http://www.plansante.com)
- ou par courrier à l'adresse suivante : Centre de gestion Relyens Mutual Insurance – Service Santé –28039 Chartres CEDEX

Une réclamation peut également émaner de toute personne, y compris en l'absence de relation contractualisée avec la Société : clients (particuliers ou professionnels), anciens clients, bénéficiaires, personnes ayant sollicité de la Société la fourniture d'un produit ou service ou qui ont été sollicitées par la Société, y compris leurs mandataires et leurs ayants droit.

Le Service Réclamation Clients de la Société accuse réception de la réclamation dans les 48 heures ouvrées à compter de sa réception et la traite dans les 15 jours ouvrés maximum suivant sa réception.

## Médiation

Dans un délai de 2 mois après l'envoi de la première réclamation au Service Réclamations Clients de la Société, le Réclamant peut saisir la médiation de l'assurance :

- Par courrier à l'adresse suivante :

**La Médiation de l'assurance**  
**TSA 50110**  
**75441 Paris Cedex 09**

- Par mail :

**le.mediateur@mediation-assurance.org**

- Sur le site internet :

**www.mediation- assurance.org.**

Le Médiateur de l'Assurance est compétent dans le cadre d'un litige opposant un consommateur, assuré ou bénéficiaire, d'un litige relatif à la souscription, l'interprétation ou l'application d'un contrat d'assurance à une entreprise ou intermédiaire d'assurance, membre de la Médiation de l'Assurance, et portant sur l'exécution d'un contrat.

En application de l'article L. 612-2 du code de la Consommation, un litige ne peut être examiné par le médiateur de l'Assurance lorsque :

- l'Assuré ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de l'Assureur par une réclamation écrite ;
- la demande est manifestement infondée ou abusive ;
- le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre Médiateur ou par un tribunal ;
- l'Assuré a introduit sa demande auprès du médiateur dans un délai supérieur à un an à compter de sa réclamation écrite auprès de l'Assureur ;
- le litige n'entre pas dans le champ de compétence du médiateur de la consommation.

La saisine du Médiateur suspend la prescription, en application des dispositions de l'article 2238 du Code civil.

Le Médiateur rend une proposition de solution dans un délai maximum de 90 jours à compter de la date de recevabilité de la saisine. Ce délai peut être prorogé en cas de litiges complexes.

## **Protection des données à caractère personnel**

L'Assureur, en sa qualité de responsable du traitement au sens du Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement (UE) N°2016/679 du 27 avril 2016), met en œuvre des traitements de données à caractère personnel concernant le représentant légal du Souscripteur, l'Assuré et ses ayants-droits.

Les données collectées ont pour finalités :

- la passation, la gestion et l'exécution du contrat ;
- l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ;
- l'élaboration des statistiques et études actuarielles ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ;
- la réalisation d'actions de recherche et de développement.

Les données peuvent être également utilisées dans le cadre des dispositifs de lutte contre la fraude et de lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme mis en place par l'Assureur ainsi que dans le cadre de la gestion des risques de l'Assureur.

Ces traitements ont pour fondement :

- l'intérêt légitime du responsable de traitement pour les finalités de lutte contre la fraude en assurance, de recherche et de développement ainsi que la gestion des risques. L'intérêt légitime du responsable de traitement est constitué par le développement de nouvelles offres ou services et la maîtrise de la sinistralité ;
- une obligation légale pour les finalités de gestion des réclamations, de lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme et de recherche des bénéficiaires dans le cadre des contrats d'assurance vie en déshérence ;
- Le présent contrat pour les autres finalités citées. Sur ce fondement, le refus de fournir ces données entraîne l'impossibilité de conclure, gérer et exécuter celui-ci.

Ces données sont communiquées aux personnels de l'Assureur ainsi que, le cas échéant, aux partenaires, aux cabinets d'audit externe et sous-traitants contractuellement liés, aux prestataires, aux intermédiaires d'assurances, aux co-assureurs et réassureurs, aux organismes professionnels, aux organismes d'assurance ou aux organismes sociaux, aux institutions et organismes publics concernés ainsi qu'aux personnes intéressées au présent contrat.

Par ailleurs, sous réserve du consentement préalable de la personne concernée, ces données peuvent être communiquées aux autres entités du Groupe Relyens.

Les catégories de données à caractère personnel collectées sont les données nécessaires à la passation, la gestion et l'exécution du contrat dont la gestion et le versement des indemnités ou prestations.

A ce titre, et dans la mesure où elles sont strictement nécessaires à cette fin, sont collectées :

les données d'identification ;

les données relatives à la situation professionnelle ;

les informations relatives à l'évaluation du montant des prestations, c'est à dire :

- les données relatives à la situation familiale, économique, patrimonial et financière de la personne concernée ;
- les données relatives à la vie personnelle et aux habitudes de vie ;
- les données relatives à la santé.

La collecte de ces données est limitée et proportionnée au regard de la finalité poursuivie et, le cas échéant, est soumise au consentement préalable de la personne concernée.

Dans le cadre de la lutte contre la fraude, les données relatives aux contrats d'assurance et aux sinistres déclarés font l'objet d'une mutualisation entre organismes d'assurance auprès de l'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance (A.L.F.A).

En cas de fraude avérée ou présumée, vos données sont communiquées au personnel habilité d'A.L.F.A ainsi qu'aux autres organismes directement concernés par la fraude (assureurs, autorités judiciaires, officiers ministériels ...).

Pour ce traitement, l'A.L.F.A est considéré comme responsable de traitement. Dès lors, pour l'exercice de vos droits, il convient de contacter :

#### **A.L.F.A**

**1 rue Jules Lefebvre - 75431 Paris Cedex 09.**

Aucun transfert de données hors de l'Union Européenne n'est réalisé, sauf situation particulière le justifiant. Dans cette hypothèse, la sécurité et la protection de ces données sont Assurées par des garanties adéquates, notamment par des clauses contractuelles types établies par la Commission Européenne.

Les données à caractère personnel collectées sont conservées pendant les délais légaux de prescription fixés selon la nature du contrat et pour les données collectées dans le cadre de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur :

- Pendant une durée de cinq (5) ans à compter de leur collecte ;
- Pendant une durée maximale de dix (10) ans à compter du décès de l'Assuré, en cas de décès durant la période de validité du contrat.

En application de la législation en vigueur, le représentant légal du Souscripteur, l'Assuré et ses Bénéficiaires disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement des données, du droit de définir des directives relatives au sort des données après leur décès ainsi que du droit de saisir l'Autorité de contrôle en charge de la protection des données personnelles (en France, il s'agit de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés – 3, Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS Cedex 07).

Sous certaines conditions, les personnes susvisées disposent également du droit de s'opposer au traitement et du droit à la portabilité de leurs données.

Le Souscripteur est tenu d'informer l'Assuré et ses Bénéficiaires des droits énoncés ci-dessus notamment par la remise de la notice d'information.

Pour exercer ces droits, les personnes concernées sont invitées à contacter le Délégué à la protection des données (DPO) par courrier électronique à :

**privacy.santesocial@relyens.eu**

ou par courrier postal, en justifiant de leur identité, adressé à :

**Relyens Mutual Insurance  
Délégué à la protection des données  
18 rue Edouard Rochet  
69372 LYON Cedex 08**

## **Lutte contre le blanchiment des capitaux - Financement du terrorisme**

Conformément aux obligations relatives à la Lutte Contre le Blanchiment d'argent et le Financement du Terrorisme (LCB-FT), l'Assuré s'engage à fournir toute information et toute pièce justificative nécessaire au respect des obligations prévues aux articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

Les informations recueillies permettent notamment la vérification :

- De l'identité des bénéficiaires des prestations (Assuré, ayants droit, et bénéficiaires désignés) et des souscripteurs ;
- En cas de suspicions objectives et justifiées, de l'origine des fonds versés au titre du paiement des cotisations ;
- En cas de suspicions objectives et justifiées sur la destination des fonds reçus au titre du versement des prestations.

La vérification de l'identité portera également sur les personnes physiques représentants légaux assurant la direction de la personne morale, mentionnées à l'article L561-2 du Code monétaire et financier.

En tout état de cause, les demandes d'information et de pièces justificatives peuvent être formulées au moment de la souscription, durant toute la durée de la relation contractuelle et postérieurement, lorsque des prestations doivent être réglées après à la date de cessation du contrat.

Les documents transmis par l'Assuré peuvent faire l'objet d'un traitement ou de contrôles, mis en place par l'Assureur dans le cadre des dispositifs de Lutte Contre le Blanchiment d'argent et le Financement du Terrorisme et de Lutte Contre la Fraude.

En cas de refus de fournir les informations et les documents justificatifs nécessaires au versement des prestations, l'Assureur se réserve le droit de mettre en suspens le règlement desdites prestations jusqu'à ce que les éléments lui soient transmis, et qu'ils soient vérifiés.

## **Autorité de contrôle**

Conformément aux dispositions de l'article L. 112-4 du Code des Assurances, l'autorité chargée du contrôle de l'entreprise d'assurance est l'Autorité de Contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située au 4 Place de Budapest-75436 PARIS

Relyens, Groupe mutualiste européen en Assurance et Management des risques, agit au quotidien auprès des acteurs de la Santé et des Territoires pour sécuriser leur activité et garantir la continuité et la qualité de leur mission d'intérêt général, au bénéfice des patients et des citoyens.

Depuis presque 100 ans, nous créons et tissons le lien qui nous unit avec nos parties prenantes pour avancer, ensemble, dans un monde où la confiance se nourrit, se partage, se transmet et se mutualise.

**Maîtriser les risques,  
mutualiser la confiance.®**

**Relyens Mutual Insurance**

18 rue Edouard Rochet - 69372 LYON Cedex 08 - FRANCE  
Tél : +33 (0)4 72 75 50 25 – [www.relyens.eu](http://www.relyens.eu)

Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes

Entreprise régie par le code des assurances - 779 860 881 RCS LYON

Organisme de formation professionnelle déclaré sous le n° 82690051369 auprès du Préfet de région

N°TVA Intracommunautaire FR 79779860881