

Notice d'information

Jade Santé Garanties Frais de soins de santé

Groupe FRANCE TELEVISIONS

Ensemble du personnel

Régime collectif à adhésion obligatoire relevant des dispositions figurant au Livre 9 du Code de la Sécurité sociale relatives aux opérations collectives à adhésion obligatoire.

Institution de prévoyance

Autorisée sous le numéro 983 par arrêté ministériel du 15 novembre 1991, régie par le Code de la Sécurité sociale

74 rue Jean Bleuzen • 92177 Vanves Cedex

www.audiens.org

01/2020 - AUP 2009

Sommaire

	Pages
Préambule	3
Dispositions générales du régime frais de soins de santé	4
1 - Définitions.....	4
2 - Conditions d'affiliation du participant.....	5
3 - Bénéficiaires.....	5
4 - Affiliation facultative des bénéficiaires	5
5 - Cessation des garanties.....	6
6 - Suspension des garanties	6
7 - Etendue de la garantie	6
8 - Catégories de frais ouvrant droit à la garantie	7
9 - Frais restant à charge du participant.....	7
10 - Mise en œuvre de la garantie.....	7
11 - Accès à l'action sociale	8
12 - Etendue territoriale	8
13 - Contrôle médical	8
14 - Maintien des garanties	9
15 - Prescription	10
16 - Subrogation.....	10
17 - Contrôle	10
18 - Informatique et libertés - Protection des données à caractère personnel	10
19 - Fausses déclarations	11
20 - Réclamation / Médiation	12
Descriptif des garanties souscrites	14
Services d'assistance à domicile et vie quotidienne	22
Annexe 1 - Poursuite de la garantie aux salariés dont le contrat de travail est suspendu et non rémunéré hors congé parental d'éducation	23
Annexe 2 - Poursuite de la garantie aux salariés dont le contrat de travail est suspendu et non rémunéré pour congé parental d'éducation	24
Annexe 3 - Portabilité des garanties	25

Préambule

Vous bénéficiez auprès d'Audiens Santé Prévoyance, dénommée ci-après l'Institution, d'un régime obligatoire et collectif mis en place par votre employeur pour accorder à tout ou partie de ses salariés le bénéfice d'une couverture en frais de soins de santé.

Cette notice d'information, dont vous voudrez bien prendre connaissance, est un récapitulatif des garanties dont vous bénéficiez et de leurs conditions d'application.

Les garanties souscrites et le niveau des prestations auxquels vous avez droit sont indiqués au *descriptif des garanties* ci-après.

Les dispositions de la présente notice d'information sont applicables aux sociétés du Groupe FRANCE TELEVISIONS, citées ci-après.

SOCIETE	SIEGE SOCIAL	N° SIRET	N° ADHERENT
FRANCE TELEVISIONS	7 esplanade Henri de France 75907 Paris cedex 15	432766947 00019	432 766 947 - S / EP hors CDD 3
FRANCE.TV STUDIO	7 esplanade Henri de France 75015 Paris	335175188 00046	335 175 188 - S / EP hors CDD 3
FRANCE TELEVISIONS DISTRIBUTION	1 boulevard Victor 75015 Paris	379518368 00038	379 518 368 - S / EP hors CDD 3
FRANCE 2 CINEMA	33 avenue de l'Opéra 75002 Paris	320876410 00053	320 876 410 - S / EP hors CDD 3
FRANCE 3 CINEMA	7 esplanade Henri de France 75015 Paris	329924963 00021	329 924 963 - S / EP hors CDD 3
FRANCE TELEVISIONS SVOD	7 esplanade Henri de France 75015 Paris	830436101 00018	830 436 101 - S / EP hors CDD 3

Pour toutes précisions, veuillez contacter votre service ressources humaines.

Dispositions générales du régime frais de soins de santé

1 - Définitions

Pour l'application des dispositions de la présente notice d'information, il faut entendre par :

Souscripteur

L'employeur ayant souscrit un contrat auprès de l'Institution pour la mise en œuvre des garanties indiquées ci-après au *descriptif des garanties*, au profit de tout ou partie de ses salariés ou anciens salariés.

Concubin

La personne qui, au moment de son affiliation et des soins ou de l'événement, vit en couple avec le participant et sous le même toit depuis au moins un an, aucun des deux n'étant par ailleurs marié.

La durée de la vie commune peut être inférieure à un an si un enfant est né de cette union de fait. Les concubins peuvent être de sexe différent ou non.

Une déclaration sur l'honneur de concubinage doit notamment être fournie à l'Institution.

Conjoint

La personne liée au participant par le mariage non séparé judiciairement.

Enfants à charge

Les enfants légitimes, reconnus ou adoptés du participant, de son conjoint, pacsé ou concubin à condition que le participant, son conjoint, pacsé ou concubin en ait la garde ou, s'il s'agit d'enfants du participant, que celui-ci participe effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire.

Les enfants ainsi définis doivent être :

- considérés comme ayants droit par la Sécurité sociale au titre du participant, de son conjoint, pacsé ou concubin ;
- ou âgés de moins de 21 ans s'ils n'exercent pas d'activité rémunérée habituelle n'excédant pas 80% du SMIC par an ;
- ou âgés de moins de 28 ans, sous réserve qu'ils n'exercent pas d'activité rémunérée habituelle n'excédant pas 80% du SMIC par an, et :
 - qu'ils poursuivent leurs études ou qu'ils relèvent d'un régime obligatoire de Sécurité sociale en cas d'études à l'étranger (sous réserve de l'accomplissement des formalités adéquates et de la production des justificatifs de soins pris en charge par la Sécurité sociale française ou dans

le cadre d'un accord avec la Sécurité sociale française ;

- ou qu'ils soient à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle emploi ;
- ou qu'ils soient sous contrat d'apprentissage.
- quel que soit leur âge, infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L241-3 du code de l'action sociale et des familles.

Les pièces ci-dessous doivent notamment être fournies à l'Institution selon la situation de l'enfant :

- un extrait d'acte de naissance avec les mentions marginales à jour au moment de l'affiliation ;
- une copie de la carte d'étudiant ;
- une copie de l'attestation administrative d'attribution d'allocations personne handicapée ;
- les justificatifs de ressources ;
- une attestation de situation de recherche d'emploi ;
- une copie du jugement de divorce mentionnant le versement de la pension alimentaire ;
- un justificatif du bénéfice d'une mesure d'aide à l'emploi.

Pacsé

La personne liée au participant par un pacte civil de solidarité non rompu. Une copie de l'attestation de Pacs doit être notamment fournie à l'Institution.

Participant

Le salarié appartenant aux catégories de personnel définies ci-après à l'article 2 ou l'ancien salarié bénéficiaire le cas échéant de la portabilité des garanties, et au profit duquel l'employeur a souscrit un contrat auprès de l'Institution pour la mise en œuvre des garanties indiquées au *descriptif des garanties*.

2 - Conditions d'affiliation du participant

Sont admis aux garanties **l'ensemble des salariés du Souscripteur à l'exclusion** :

- **des salariés intermittents du spectacle relevant des dispositions de l'accord interbranches du 20 décembre 2006, tel que modifié par ses différents avenants, bénéficiant d'une couverture spécifique en application de cet accord ;**
- **des journalistes professionnels rémunérés à la pige bénéficiant du régime particulier de remboursement de frais de santé instauré par l'accord du 24 septembre 2015 ;**
- **des salariés sous contrat à durée déterminée inférieur ou égal à 3 mois pouvant, le cas échéant, bénéficier par ailleurs du versement santé ;**
- **des salariés des collectivités ultramarines de Saint Pierre et Miquelon, Polynésie Française, de Nouvelle-Calédonie et de Wallis et Futuna.**

Il est précisé que **sont également admis aux garanties les mandataires sociaux** affiliés au régime de Sécurité sociale des travailleurs salariés non titulaires d'un contrat de travail au sein du Groupe France Télévisions.

Le Souscripteur s'engage à affilier tous ses salariés présents ou futurs appartenant à la catégorie de personnel définie ci-dessus n'ayant pas demandé le bénéfice d'une dispense d'affiliation.

Les salariés sont affiliés à condition que soient adressées les demandes d'affiliation remplies et signées par le Souscripteur et par chaque participant assurable.

Les garanties prennent effet à compter de la date d'embauche du salarié.

3 - Bénéficiaires

Outre le participant, peuvent également être considérés comme bénéficiaires des garanties, **sous réserve du paiement des cotisations et des conditions d'affiliation prévues à l'article 4** :

- son conjoint, ou à défaut son pacsé ou son concubin, tels que définis à l'article 1 ;
- les enfants tels que définis à l'article 1.

Toutes les pièces justificatives mentionnées notamment à l'article 1, qui se renouvellent annuellement, doivent être fournies tous les ans à l'Institution.

4 - Affiliation facultative des bénéficiaires

4.1 - Affiliation facultative des bénéficiaires

Le participant peut affilier facultativement aux garanties ses bénéficiaires s'ils répondent à la définition figurant à l'article 3 et aux conditions définies ci-après.

A la demande du participant, les bénéficiaires sont, après accord de l'Institution, affiliés le 1^{er} jour qui suit la réception des demandes d'affiliation, remplies et signées par le Souscripteur et par le participant :

- lorsque les demandes d'affiliation parviennent à l'Institution dans le mois de la prise d'effet du contrat ou dans le mois de la date d'embauche du participant ;
- sur présentation d'un certificat de radiation du bénéficiaire de moins d'un mois d'un organisme complémentaire assurant une couverture similaire.

A défaut et sauf en cas de modification de famille tel que prévu à l'article 4.2, les bénéficiaires sont affiliés le 1^{er} janvier qui suit la réception de leur demande d'affiliation.

4.2 - Modification de la situation de famille

En cas de changement de situation de famille (naissance, mariage, PACS, concubinage, divorce, séparation constatée judiciairement, décès...), le participant peut demander la modification de l'affiliation de ses bénéficiaires à la date de l'événement sous réserve de la présentation des pièces justificatives ou, si le participant le souhaite, au premier jour du mois suivant la présentation des pièces justificatives.

4.3 - Droit de renonciation

Conformément aux dispositions de l'article L. 932-15 du Code de la Sécurité sociale, le participant a la faculté de renoncer à l'affiliation facultative aux garanties de ses bénéficiaires par lettre recommandée avec demande d'avis de réception dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que leur affiliation a pris effet.

En cas de modification apportée à leurs droits et obligations, un nouveau délai de 30 jours court à compter de la remise de la notice d'information.

La renonciation entraîne la restitution par l'Institution de l'intégralité des sommes versées par le participant, sous déduction des éventuels remboursements effectués pendant cette période.

Le participant qui renonce à l'affiliation de ses bénéficiaires ne pourra les affilier ultérieurement qu'après un délai de 24 mois.

4.4 - Dénonciation de l'affiliation facultative des bénéficiaires

Le participant peut dénoncer l'affiliation facultative aux garanties de ses bénéficiaires au 31 décembre d'un exercice par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Cette dernière doit parvenir à l'Institution le 31 octobre de l'année concernée.

En outre, si l'un des bénéficiaires se voit dans l'obligation d'intégrer un régime obligatoire, les garanties cesseront, à la demande du participant et sur présentation d'une attestation d'affiliation au régime obligatoire précité, à la fin du mois suivant la demande de dénonciation.

Le participant qui dénonce à l'affiliation de ses bénéficiaires ne pourra les affilier ultérieurement qu'à après un délai de 24 mois.

5 - Cessation des garanties

Les garanties, sous réserve des dispositions de l'article 14 et des annexes 1, 2 et 3, cessent au plus tard :

- **à la date de prise d'effet de leur suspension ou de leur résiliation dans les conditions définies à l'article 14.5 ;**
- **à la date de radiation du participant des effectifs du Souscripteur ou celle à laquelle il cesse d'appartenir à la catégorie de personnel définie à l'article 2.**

En outre, pour les éventuels bénéficiaires, les garanties cessent à la date à laquelle ils ne remplissent plus les conditions prévues aux articles 1 et 4.

La cessation des garanties pour le participant entraîne en tout état de cause celle de ses éventuels bénéficiaires.

6 - Suspension des garanties

Les garanties sont suspendues dans les conditions prévues aux dispositions de l'article 14.

7 - Etendue de la garantie

L'Institution intervient dans la limite des frais restant à charge et des plafonds de prise en charge définis par la réglementation relative aux contrats responsables, après remboursement de la Sécurité sociale et d'éventuels organismes complémentaires.

Les montants de remboursement des frais de soins de santé couverts au titre de la présente notice incluent le minimum légal pour les actes définis aux articles R.871-2 et D.911-1 du Code de la Sécurité sociale et dans les conditions fixées par ceux-ci. A ce titre, pour les prestations remboursées par la Sécurité sociale et visées par lesdits articles, l'Institution prend en charge, en tout état de cause, le remboursement de l'intégralité du ticket modérateur quand le remboursement effectué par la Sécurité sociale est inférieur à 100% de la base de remboursement.

De plus, l'Institution prend en charge dans le cadre du dispositif 100 % Santé certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies règlementairement. Pour ces prestations, le participant et ses éventuels bénéficiaires seront remboursés par l'assurance maladie obligatoire et leur complémentaire santé et n'auront pas de frais restant à charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

Les prestations dues par l'Institution sont calculées acte par acte pour les frais ayant fait l'objet d'un remboursement de la Sécurité sociale, engagés au titre de l'Assurance maladie, Assurance accidents du travail et maladies professionnelles, Assurance maternité, postérieurement à l'affiliation du participant ou de ses éventuels bénéficiaires, pendant la durée de l'affiliation, tant que le contrat n'est pas résilié.

La date des actes retenue est celle mentionnée sur les décomptes de la Sécurité sociale ou sur les factures acquittées du participant.

Les frais de soins de santé couverts au titre des garanties sont mentionnés au *descriptif des garanties* ci-après. **Les montants des remboursements correspondants sont exprimés y compris les prestations de la Sécurité sociale, et dans la limite :**

- soit du ticket modérateur (TM) : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par la Sécurité sociale (avant application sur celui-ci d'une éventuelle participation forfaitaire ou franchises) ;
- soit d'un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) : tarif à partir duquel la Sécurité sociale établit son remboursement ;
- soit d'un pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) ; le plafond retenu est celui en vigueur au moment de la réalisation de la prestation ou de l'évènement considéré ;
- soit d'un pourcentage du prix limite de vente (PLV) ou des honoraires limites de facturation (HLF) : prix maximum de vente au public imposé au professionnel de santé dans le cadre du dispositif 100% santé par arrêté ou avis relatif à la tarification des produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale ;
- soit d'un montant exprimé en euros ;
- soit des frais réels engagés.

Certains frais de soins de santé non remboursés par la Sécurité sociale peuvent également être pris en charge à condition qu'ils soient expressément mentionnés au titre des frais non remboursés par la Sécurité sociale au *Descriptif des garanties*, ci-après.

8 - Catégories de frais ouvrant droit à la garantie

L'Institution prend en charge tout ou partie des frais de soins engagés par le participant et ses bénéficiaires donnant lieu au service de prestations en nature de la Sécurité sociale.

Le *descriptif des garanties* prévu ci-après :

- fixe les catégories ou les frais en faisant partie qui seront effectivement couverts ainsi que leurs modalités de prise en charge ;
- fixe également une liste d'actes qui pourraient être soumis à entente préalable par l'Institution ainsi que les modalités qui seront appliquées dans ce cas ;
- et prévoit la prise en charge de certains frais de soins de santé non remboursés par la Sécurité sociale.

9 - Frais restant à charge

En application des dispositions mentionnées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, **ne pourront donner lieu à prise en charge les dépenses suivantes :**

- **les participations forfaitaires et franchises médicales au sens de l'article L.160-13 II et III du Code de la Sécurité sociale laissées à la charge de l'assuré social par la Sécurité sociale ;**
- **la majoration du ticket modérateur notamment lorsque l'assuré social n'aura pas désigné de médecin traitant ou qu'il consultera sans prescription de son médecin traitant (situation dite « hors parcours de soins ») ;**
- **les « dépassements d'honoraires autorisés » lorsque l'assuré social aura consulté un spécialiste auquel la loi ne permet pas d'accéder directement sans passer par son médecin traitant ;**
- **tout autre dépassement d'honoraires, prestation ou majoration dont la prise en charge serait exclue par la législation en vigueur ;**
- **les dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale, sauf exception, explicitement mentionnées au *descriptif des garanties*.**

10 - Mise en œuvre de la garantie

Les demandes de prestations doivent, sous peine de déchéance, être adressées au gestionnaire dans les deux ans suivant la date des soins, la date de l'acte ou la date d'achat.

Ces demandes devront être accompagnées des pièces justificatives mentionnées à la présente notice d'information.

Le montant des prestations est versé par virement bancaire ou postal à l'ordre du participant ou par chèque bancaire.

10.1 - Avec la télétransmission

Les bénéficiaires du contrat bénéficient du service de télétransmission de leurs frais médicaux via la norme NOEMIE (Norme Ouverte d'Echange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs), et n'ont plus à retourner le décompte établi par la Sécurité sociale au gestionnaire.

Ce système n'est mis en œuvre que pour le participant, les enfants inscrits sur sa carte vitale et les autres bénéficiaires du contrat qui ont manifesté leur volonté d'adopter ce service, en adressant au gestionnaire une copie de leur attestation de droits.

10.2 - Sans la télétransmission

Lorsque le bénéficiaire ne bénéficie pas du service de télétransmission, il doit remettre au gestionnaire un dossier de demande de prestations, afin de permettre le règlement des prestations, en fournissant les pièces justificatives permettant d'apprécier ses droits et le montant du sinistre, à savoir notamment l'original du décompte de la Sécurité sociale et de tout autre organisme.

10.3 - Dispositions communes

Il convient d'adresser **une facture originale acquittée des frais réels** pour :

- les prothèses dentaires, l'orthodontie et les soins dentaires : le praticien devra mentionner sur la facture si les actes concernés seront ou non remboursés par la Sécurité sociale et préciser le détail de la codification CCAM ;
- l'optique : l'opticien doit mentionner séparément le prix des verres et celui de la monture. La facture doit être accompagnée d'une copie de l'ordonnance. Pour les lentilles non remboursées par la Sécurité sociale, la mention hors L.P.P. (Liste des Prestations et Produits) devra figurer sur l'ordonnance ;
- les cures thermales : la facture acquittée de l'établissement thermal ;
- l'hospitalisation (qui doit avoir donné lieu à une prise en charge au préalable) : le bordereau de facturation destiné à l'Assurance maladie complémentaire ;
- tous les frais non remboursés par la Sécurité sociale ou dans une garantie « actes non remboursés par la Sécurité sociale » mais bénéficiant d'une prise en charge par l'Institution. La facture devra mentionner la nature et la date de l'acte, le bénéficiaire de l'acte et comporter le cachet du professionnel de santé.

11 - Accès à l'action sociale

L'Institution, dans le cadre de son action sociale, peut offrir au participant et à ses éventuels bénéficiaires un service social, notamment en cas de difficultés passagères liées à la santé.

La politique d'Action sociale d'Audiens Santé Prévoyance est décidée annuellement par son Conseil d'Administration. Par conséquent, les

prestations proposées par l'Action sociale sont susceptibles d'évoluer.

Toute information ou demande de dossier d'aide peut être obtenue aux coordonnées suivantes :

Groupe Audiens

Accompagnement solidaire et social

74, rue Jean Bleuzen – 92177 Vanves Cedex

Tél. : 0 173 173 726

www.audiens.org

12 - Etendue territoriale

Les garanties s'exercent sur le territoire français. Elles peuvent cependant s'exercer dans le monde entier lors de déplacements privés ou professionnels à condition que les frais médicaux engagés soient pris en charge par un régime général ou local de la Sécurité sociale français et pour les enfants étudiants à l'étranger à condition que les frais médicaux engagés soient pris en charge par un régime général ou local de Sécurité sociale français ou dans le cadre d'un accord avec la Sécurité sociale française.

Les salariés en provenance de Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion ou la Métropole lorsqu'ils sont en mission ou affectés au titre d'un séjour en Nouvelle Calédonie, en Polynésie Française, à Saint Pierre et Miquelon ou à Wallis et Futuna bénéficient notamment des garanties quand ils sont maintenus au régime de la Sécurité sociale ou local en vigueur en Métropole et dans les DROM.

13 - Contrôle médical

Lors d'une demande de prestations, l'Institution se réserve le droit de procéder à un contrôle médical et de faire cesser, refuser, réduire ou réviser les conditions de versement des prestations. Le Souscripteur devra préalablement être averti de cette démarche par l'Institution. Les conclusions de ce contrôle s'imposent au participant sans qu'il puisse se prévaloir de la poursuite de l'indemnisation par la Sécurité sociale.

En cas de désaccord entre le participant et son médecin d'une part, et le médecin conseil de l'Institution d'autre part, les parties font appel à un troisième médecin pour les départager.

Faute d'accord sur le choix de ce médecin, un médecin sera désigné par le Tribunal de grande instance de la résidence du participant sur requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que ses frais de nomination sont supportés à parts égales par les deux parties.

En cas de refus d'un participant de répondre à un contrôle médical ou de justifier sa situation médicale ou sa situation au regard de la Sécurité sociale, le paiement des prestations sera refusé ou suspendu.

14 - Maintien des garanties

14.1 - Salariés en arrêt de travail

Toutes les garanties sont maintenues au participant dont le contrat de travail est suspendu, sous réserve :

- de bénéficier, pendant cette période, d'un maintien de salaire total ou partiel, d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur, d'indemnités journalières de Sécurité sociale, de pensions d'invalidité ou de rentes d'accident de travail ou de maladie professionnelle ;
- que son contrat de travail ne soit pas rompu ;
- et que les cotisations soient réglées par l'employeur (part salariale précomptée et patronale).

Le maintien prend fin :

- **à la date de reprise d'une activité totale de service par le participant ;**
- **à la date à laquelle le participant cesse de bénéficier d'un maintien de salaire, d'indemnités journalières complémentaires, d'indemnités journalières de la Sécurité sociale ;**
- **à la date de liquidation de la retraite Sécurité sociale pour le titulaire d'une rente d'accident de travail ou de maladie professionnelle ;**
- **à la date de liquidation de la pension vieillesse pour inaptitude au travail pour le titulaire d'une pension d'invalidité de la Sécurité sociale ;**
- **à la date d'effet de résiliation du contrat.**

Après rupture du contrat de travail du participant, celui-ci pourra poursuivre sa couverture dans les conditions définies à l'Annexe 3 ou à l'article 14.3.

14.2 - Salariés dont le contrat de travail est suspendu et non rémunéré

En cas de suspension du contrat de travail pour tout type de congé sans solde (notamment sabbatique, présence parentale, solidarité familiale et soutien familial), le participant pourra

continuer de bénéficier des garanties du régime dans les conditions prévues à l'Annexe 1.

Dans le cas d'un congé parental d'éducation non rémunéré, le participant pourra continuer de bénéficier des garanties du régime dans les conditions prévues à l'Annexe 2.

14.3 - Anciens salariés

Après rupture du contrat de travail, et le cas échéant au terme de la période de portabilité décrite à l'Annexe 3, les participants bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement pourront souscrire une garantie à titre individuel, sans conditions de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médical, **sous réserve qu'ils répondent positivement à la proposition de l'Institution dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou la cessation de la portabilité des garanties.**

Pour bénéficier de cette poursuite de garanties, le participant peut :

- soit s'affilier au **contrat collectif à adhésion facultative n° 432 766 947 - S Fac / Maintien / Ex EP hors CDD 3** sous réserve des dispositions et des conditions prévues audit contrat ;
- soit souscrire une garantie individuelle.

14.4 - Bénéficiaires d'un salarié décédé

Une garantie peut être également souscrite, à titre individuel, sans conditions de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médical et pour une durée minimale de 12 mois, par les personnes garanties du chef du participant décédé, **sous réserve qu'elles répondent positivement à la proposition de l'Institution dans les 6 mois qui suivent le décès du participant.**

Pour bénéficier de cette poursuite de garanties, ces personnes peuvent :

- soit s'affilier au **contrat collectif à adhésion facultative n° 432 766 947 - S Fac / Maintien / Ex EP hors CDD 3** sous réserve des dispositions et des conditions prévues audit contrat ;
- soit souscrire une garantie individuelle.

14.5 - En cas de résiliation du contrat

La résiliation du contrat entraînant à sa date d'effet la cessation de la garantie pour tous les participants et ses bénéficiaires. Ceux-ci peuvent souscrire, sans délai d'attente ni formalités médicales, une garantie individuelle sous réserve

qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la date de résiliation du contrat.

15 - Prescription

Conformément à l'article L.932-13 du Code de la Sécurité sociale, toutes les actions dérivant des opérations mentionnées à la présente notice sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où 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 ignoré jusque-là.

Quand l'action 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 le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Conformément à l'article L.932-13-3 du Code de la sécurité sociale, la prescription est interrompue, outre les causes ordinaires d'interruption, par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception, adressés soit par l'Institution à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit par le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à l'Institution en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'alinéa précédent sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée ;

- **la demande en justice, même en référé, et y compris dans le cas où elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque la saisine de la juridiction est annulée par l'effet d'un vice de procédure. L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande en justice ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.**

16 - Subrogation

Les prestations ayant un caractère indemnitaire pour le participant, il pourra être fait application, le cas échéant des dispositions de l'article L. 931-11 du Code de la Sécurité sociale. L'Institution est subrogée, à concurrence des sommes versées, dans les droits et actions du participant contre tout tiers responsable.

Le Souscripteur s'engage à porter à la connaissance de l'Institution, les dommages corporels subis par les participants affiliés afin de permettre l'exercice de l'action subrogatoire.

17 - Contrôle

L'Institution, régie par le code de la Sécurité sociale, est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 place de Budapest – CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

18 - Informatique et libertés – Protection des données à caractère personnel

L'Institution s'engage, conformément à la réglementation en vigueur en matière de protection des données personnelles, notamment le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) n°2016/679 du 27 avril 2016 et la loi du 6 janvier 1978 n°78-17 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, à prendre toutes les précautions nécessaires afin de préserver la sécurité et la confidentialité des données à caractère personnel, qu'elle a recueillies dans le cadre du contrat souscrit par l'adhérent.

I - Une donnée à caractère personnel est toute information se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable, directement ou indirectement, par exemple, le nom, le prénom, un identifiant, le numéro de Sécurité sociale, l'adresse postale, l'adresse mail, les garanties souscrites, les courriers, le salaire, la situation familiale, ...

Les données à caractère personnel collectées par l'Institution ou ses sous-traitants sont nécessaires à la passation, l'exécution et la

gestion du contrat résultant de l'adhésion de l'entreprise au présent Règlement.

II - Les informations recueillies peuvent également être utilisées par l'Institution afin de répondre à ses obligations légales notamment en matière de :

- lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. La personne concernée dispose alors d'un droit d'accès qui s'exerce auprès de la CNIL dans les conditions définies à l'article L.561-45 du Code Monétaire et Financier ;
- lutte contre les contrats en déshérence,
- fiscalité ou de prélèvements sociaux,
- lutte contre la fraude.

III - L'institution peut également utiliser ces données à des fins de prospection commerciale. Cette utilisation a pour base juridique la poursuite de l'intérêt légitime de l'Institution.

Ainsi :

- les données des personnes physiques représentant l'entreprise adhérente ou interlocutrices de l'Institution peuvent être utilisées à des fins de prospection commerciale par Audiens Santé Prévoyance et d'autres entités du Groupe Audiens, sauf si elles s'y opposent ;
- les données des participants et bénéficiaires peuvent être utilisées à des fins de prospection commerciale par Audiens Santé Prévoyance sauf s'ils s'y opposent,
- les données des participants et bénéficiaires sont, avec leur consentement, également susceptibles d'être utilisées à des fins de prospection commerciale par d'autres entités du Groupe Audiens.

Une fois ce consentement recueilli, celui-ci peut être retiré à tout moment.

Les données de santé qui pourraient être recueillies dans le cadre de la gestion du contrat ne seraient, en tout état de cause, traitées qu'à des fins de gestion et d'exécution du contrat à l'exclusion de toute autre utilisation.

IV - De façon générale, seules les personnes légitimement habilitées à traiter lesdites données peuvent en être destinataires.

Ainsi, peuvent être destinataires :

- les membres du personnel de l'Institution, dans le cadre de leurs fonctions ;
- le cas échéant, des prestataires, sous-traitants, partenaires tels que les réassureurs, ou toute entité du Groupe, à

des fins de gestion et dans le strict respect des finalités énoncées ci-dessus ;

- toute personne autorisée par la loi.

V - Ces informations sont conservées pour la durée nécessaire à la passation, la gestion et l'exécution du contrat. A l'issue de la relation contractuelle, elles seront :

- conservées par Audiens Santé Prévoyance pour une durée maximale de trois ans à compter du dernier contact, à des fins de gestion commerciale y compris la prospection ;
- archivées jusqu'à expiration des différents délais de prescription applicables, pour la gestion d'éventuels contentieux.

VI - Les personnes disposent, sur les données les concernant et à condition de justifier de leur identité, de droits de rectification et d'effacement des données, d'opposition et de limitation du traitement, dans les conditions et limites prévues par la réglementation.

Ces derniers ont également le droit de :

- faire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr) ;
- donner des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données après leur décès.

Ces droits peuvent être exercés auprès du Délégué à la protection des données :

- par courriel : dpo@audiens.org ;
- par voie postale : DPO – Groupe Audiens, 74 rue Jean Bleuzen, 92170 Vanves.

Le participant et ses bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique en allant sur le site www.bloctel.gouv.fr.

19 - Fausses déclarations

Les déclarations, faites par le participant, servent de base à la garantie.

L'Institution se réserve ainsi la possibilité de vérifier les données communiquées.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du participant, la garantie accordée au participant est nulle.

Les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.

L'annulation du contrat ou de garanties s'accompagne de la restitution de l'ensemble des prestations payées à ce titre.

En cas de réticence ou de fausses déclarations non intentionnelles du participant au profit de ses bénéficiaires :

- si, lors de la constatation, le risque ne s'est pas réalisé, l'Institution peut maintenir la garantie en contrepartie d'une augmentation de cotisation. **A défaut, l'Institution peut mettre fin à l'affiliation du bénéficiaire 10 jours après la notification adressée au participant par lettre recommandée.** Les cotisations payées sont restituées pour la période où la garantie ne court plus ;
- Si, lors de la constatation, le risque s'est réalisé, **la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.**

20 - Réclamation / Médiation

20.1 - Réclamation

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement d'un Souscripteur, participant, ayant droit ou bénéficiaire, ci-après dénommé « le Demandeur », envers l'Institution.

N'est pas une réclamation une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis.

Le Demandeur peut, sans préjudice des actions en justice qu'il a la possibilité d'exercer par ailleurs, adresser sa réclamation à l'Institution dans les conditions suivantes :

1^{er} contact : Interlocuteur habituel

En cas de réclamation concernant les garanties, le Demandeur doit en premier lieu contacter son interlocuteur habituel par téléphone, par courrier ou par courriel. Cette réclamation peut également être effectuée depuis le site internet du groupe Audiens : www.audiens.org

2^e contact : Service qualité relation clients

Si une incompréhension subsiste, le Demandeur peut en second lieu faire appel au Service qualité relation clients à l'adresse suivante :

Par voie postale : Audiens Santé Prévoyance –
Recours interne - Service qualité relation clients
- 74 rue Jean Bleuzen - 92177 Vanves cedex.

Cette réclamation peut également être effectuée depuis le site internet du groupe Audiens : www.audiens.org

20.2 - Médiation

La médiation est un processus auquel peut avoir recours un Souscripteur, participant, ayant droit ou bénéficiaire, ci-après dénommé « le Demandeur » en vue de la résolution amiable du litige qui l'oppose à l'Institution **après épuisement des procédures internes de réclamation** visées à l'article 20.1 de la présente notice.

Le processus de médiation est régi par le titre Ier du livre VI du code de la consommation.

Audiens Santé Prévoyance adhère à la Charte de médiation des institutions de prévoyance et de leurs unions. A ce titre, le recours à la médiation s'exerce auprès du médiateur du CTIP qui accomplit sa mission avec diligence et compétence, en toute indépendance et impartialité, dans le cadre d'une procédure transparente, efficace et équitable.

La saisine du médiateur du CTIP s'effectue par écrit aux adresses suivantes :

Par voie postale : Médiateur du CTIP - 10, rue Cambacérès - 75008 Paris ou Par courriel : mediateur@ctip.asso.fr

Le recours est gratuit. Toutefois, les frais d'avocat ou d'expertise engagés par le Demandeur sont à sa seule charge. En cas de demande conjointe d'expertise, les frais sont partagés entre les parties.

L'avis du médiateur, écrit et motivé, intervient dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter de la date de réception du dossier complet. Ce délai peut être prolongé par le médiateur en cas de litige complexe.

Le litige ne peut pas être examiné par le médiateur lorsque :

- le Demandeur ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de l'Institution, par une réclamation écrite selon les modalités prévues à l'article 20.1 de la présente notice,
- 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 ;
- le Demandeur a introduit sa demande auprès du médiateur dans un délai supérieur à un an à compter de sa réclamation écrite auprès de l'Institution ;

- le litige n'entre pas dans son champ de compétence : les décisions rendues au titre de l'action sociale de l'Institution; le contrôle de la motivation des résiliations, les décisions d'augmentation des cotisations et les procédures de recouvrement des cotisations ne peuvent faire l'objet d'un recours auprès du médiateur.

Dans ces hypothèses, le Demandeur sera informé par le médiateur, dans un délai de trois semaines à compter de la réception de son dossier, du rejet de sa demande de médiation.

Descriptif des garanties souscrites

en vigueur au **1er janvier 2020**

Souscripteur : **FRANCE TELEVISIONS**

n°: **432 766 947 - S / EP hors CDD 3**

Catégorie de personnel : **Ensemble du personnel** tel que défini à l'article 2

Personnes couvertes : **Le participant ou le participant et ses bénéficiaires selon les cotisations versées**

Les garanties figurant dans le tableau ci-après sont accordées sous réserve des dispositions prévues dans la présente notice d'information. Les montants des remboursements sont exprimés y compris les prestations de la Sécurité sociale et dans la limite des frais réellement engagés.

Soins courants

Garanties	Remboursement maximum de l'Institution y compris les prestations de la Sécurité sociale dans la limite des frais restant à charge	
	Secteur conventionné	Secteur non conventionné
Honoraires médicaux		
<i>Pour les médecins <u>adhérents</u> aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO)</i>		
Consultation et visite généraliste (hors hospitalisation)	220 % de la base de remboursement.	
Consultation et visite spécialiste (hors hospitalisation)	350 % de la base de remboursement.	
Actes techniques (hors actes d'imagerie médicale, dentaire et hospitalisation)	370 % de la base de remboursement.	
Actes d'imagerie médicale	350 % de la base de remboursement.	
<i>Pour les médecins <u>non adhérents</u> aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO)</i>		
Consultation et visite généraliste, sage-femme (hors hospitalisation)	200 % de la base de remboursement.	
Consultation et visite spécialiste (hors hospitalisation)	200 % de la base de remboursement.	

Actes techniques (hors actes d'imagerie médicale, dentaire et hospitalisation)	200 % de la base de remboursement.
Actes d'imagerie médicale	200 % de la base de remboursement.
Honoraires paramédicaux	
Actes pratiqués par des auxiliaires médicaux (Infirmiers, Masseurs-kinésithérapeutes, Pédicures-podologues, Orthophonistes, Orthoptistes)	260 % de la base de remboursement.
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de laboratoire	190 % de la base de remboursement.
Matériel médical	
Produits (appareillage, prothèses, pansements et autres) et prestations ⁽¹⁾ (hors aides auditives, prothèses dentaires et fauteuil roulant)	200 % de la base de remboursement.
Fauteuil roulant	200 % de la base de remboursement, auquel s'ajoute le cas échéant un supplément de 57,68 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale.
Médicaments	
Médicaments (y compris vaccins)	100 % de la base de remboursement.
Transport	
Transport (hors hospitalisation et cure thermale)	100 % de la base de remboursement.
Frais non remboursés par la Sécurité sociale <i>(sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)</i>	
Ostéopathes, Chiropracteurs, immatriculés aux répertoires ADELI ou RPPS, Acupuncteurs, Etiopathes	40 € par séance dans la limite de 5 par année civile et par bénéficiaire pour l'ensemble de ces actes.
Psychologues, Psychothérapeutes, immatriculés aux répertoires ADELI ou RPPS	25 € par séance dans la limite de 5 par année civile et par bénéficiaire pour l'ensemble de ces actes.
Ostéodensitométrie	1,65 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale par année civile et par bénéficiaire

⁽¹⁾ inscrits sur la liste prévue à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale.

Dentaire

Garanties	Remboursement maximum de l'Institution y compris les prestations de la Sécurité sociale dans la limite des frais restant à charge	
	Secteur conventionné	Secteur non conventionné
Soins		
Soins dentaires conservateurs ou de prévention (hors inlays-onlays)	100 % de la base de remboursement.	
Inlays-onlays	250 % de la base de remboursement.	
Actes techniques	200 % de la base de remboursement.	
Prothèses 100 % santé ⁽²⁾		
Prothèses dentaires 100 % santé	100 % des honoraires limites de facturation.	
Prothèses hors 100 % santé ⁽²⁾		
Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés	500 % de la base de remboursement dans la limite des honoraires limites de facturation.	
Prothèses dentaires à tarifs libres	500 % de la base de remboursement.	
Orthodontie		
Orthodontie	370 % de la base de remboursement.	
Frais non remboursés par la Sécurité sociale <i>(sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)</i>		
Prothèses dentaires	600 € par prothèse	
Implantologie dentaire (chirurgie et connectique implantaire)	600 € par implant avec un maximum de 2000 € par année civile et par bénéficiaire	
Orthodontie adulte et enfant		
. Traitement actif	715,95 € par semestre de traitement, limité à 6 semestres par bénéficiaire	
. Séance de surveillance	39,78 € par séance, limité à 2 séances par semestre de traitement	
. Contention	596,63 € pour la 1^{ère} année de contention	
	397,75 € pour la 2^{ème} année de contention	
Parodontologie	200 € par année civile et par bénéficiaire.	

⁽²⁾ tels que définis réglementairement à l'article R.871-2, 5° du code de la Sécurité sociale.

Optique⁽³⁾

Garanties	Remboursement maximum de l'Institution y compris les prestations de la Sécurité sociale dans la limite des frais restant à charge
<p style="text-align: center;">Équipement</p> <p>Un équipement est constitué de deux composantes : une monture et deux verres.</p> <p>Conformément à l'annexe 3 de l'instruction du 29 mai 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, si le bénéficiaire opte pour un équipement mixte (constitué de composantes appartenant à des classes différentes), l'Institution remboursera à hauteur de la garantie prévue pour chacune des composantes.</p>	
<p style="text-align: center;">Délais de renouvellement</p> <p>Conformément à l'annexe 4 de l'instruction du 29 mai 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, l'Institution rembourse un équipement – ou deux équipements (un vision de loin et un vision de près) pour les bénéficiaires atteints de presbytie ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux – tous les :</p> <ul style="list-style-type: none">- 24 mois pour les bénéficiaires de 16 ans et plus, ramené à 12 mois en cas d'évolution de la vue ;- 12 mois pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, sauf pour les verres en cas d'évolution de la vue ;- 6 mois pour les bénéficiaires jusqu'à 6 ans, en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. <p>Ces délais de renouvellement courent à compter de la date d'acquisition de l'équipement. En cas d'une acquisition par composante suivi d'un renouvellement :</p> <ul style="list-style-type: none">- par équipement, ces délais s'apprécient à partir de la date d'acquisition de la dernière composante ;- par composante, ils s'apprécient à partir de la date d'acquisition de chaque composante. <p>Il est à noter que lesdits délais ne s'appliquent pas en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières.</p>	
<p>Équipements 100 % santé ⁽⁴⁾</p>	
Classe A : équipement, prestations d'appairage et suppléments filtre	100 % du prix limite de vente.

Equipements hors 100 % santé ⁽⁴⁾	
Classe B : monture	100 €.
Classe B : verre simple	160 €
Classe B : verre complexe	300 €
Classe B : verre très complexe	320 €
Suppléments	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale	100 % de la base de remboursement.
Autres suppléments	100 % de la base de remboursement.
Lentilles correctrices	
Lentilles correctrices remboursées ou non par la Sécurité sociale	100 % de la base de remboursement, auquel s'ajoute le cas échéant un supplément de 12 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale par année civile et par bénéficiaire.

(3) conformément aux dispositions prévues à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale.

(4) tels que définis réglementairement à l'article R.871-2, 3° du code de la Sécurité sociale.

Hospitalisation

(y compris frais d'accouchement)

Garanties	Remboursement maximum de l'Institution y compris le cas échéant les prestations de la Sécurité sociale dans la limite des frais restant à charge	
	Secteur conventionné	Secteur non conventionné
Honoraires		
<i>Pour les médecins <u>adhérents</u> aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO)</i>		
Consultation	600 % de la base de remboursement.	
Actes techniques	600 % de la base de remboursement.	

*Pour les médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées
(OPTAM ou OPTAM-CO)*

Consultation	200 % de la base de remboursement.		
Actes techniques	200 % de la base de remboursement.		
Frais de séjour			
Frais de séjour	<table border="1"> <tr> <td align="center">600 % de la base de remboursement.</td> <td align="center">80 % des frais réels dans la limite de 600 % de la base de remboursement avec un minimum de 100 % de la base de remboursement.</td> </tr> </table>	600 % de la base de remboursement.	80 % des frais réels dans la limite de 600 % de la base de remboursement avec un minimum de 100 % de la base de remboursement.
600 % de la base de remboursement.	80 % des frais réels dans la limite de 600 % de la base de remboursement avec un minimum de 100 % de la base de remboursement.		
Frais de séjour d'un enfant handicapé en IMP/IME - Centres de vacances (temporaire ou permanent)	100 % de la base de remboursement.		
Forfait journalier hospitalier			
Forfait journalier hospitalier non remboursé par la Sécurité sociale (établissements médico-sociaux exclus)	100 % des frais réels.		
Transport			
Transport	100 % de la base de remboursement.		
Autres frais non remboursés par la sécurité sociale <i>(sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)</i>			
Chambre particulière avec ou sans nuité	3 % du plafond de la Sécurité sociale par journée d'hospitalisation.		
Lit accompagnant en cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire ou du participant	2 % du plafond de la Sécurité sociale par journée d'hospitalisation.		

Aides auditives⁽⁵⁾

Garanties	Remboursement maximum de l'Institution y compris le cas échéant les prestations de la Sécurité sociale dans la limite des frais restant à charge
Délais de renouvellement de l'équipement	
Conformément à l'instruction du 4 juin 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, l'Institution rembourse une aide auditive par oreille tous les 48 mois à compter de la date d'acquisition de celui-ci, sauf en cas de renouvellement anticipé pris en charge par la Sécurité sociale. Ce délai court séparément pour chacune des aides.	
Equipements (jusqu'au 31 décembre 2020)	
Aide auditive classe I ou II	1000 € par aide auditive.
Equipements 100 % santé (à compter du 1^{er} janvier 2021)⁽⁶⁾	
Aide auditive classe I	100 % du prix limite de vente.
Equipements hors 100 % santé (à compter du 1^{er} janvier 2021)⁽⁶⁾	
Aide auditive classe II	1000 € par aide auditive.
Consommables, piles et accessoires	
Consommables, piles et accessoires des aides auditives classes I et II	100 % de la base de remboursement.

⁽⁵⁾ conformément aux dispositions prévues à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale.

⁽⁶⁾ tels que définis réglementairement notamment à l'article R.871-2, 4^o du code de la Sécurité sociale.

Cure médicale

Garanties	Remboursement maximum de l'Institution y compris les prestations de la Sécurité sociale dans la limite des frais restant à charge
Cure thermale	
Cure thermale (traitement thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	13,73 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale par cure.

Forfait actes lourds

Garanties	Remboursement maximum de l'Institution dans la limite des frais restant à charge
Forfait actes lourds non remboursé par la sécurité sociale et défini au I de l'article R 160-16 du code de la Sécurité sociale.	100 % des frais réels.

Services d'assistance à domicile et vie quotidienne

En complément de votre régime frais de soins de santé, Audiens Assistance vous propose en cas d'hospitalisation ou de maladie soudaine une assistance à domicile 24 heures / 24, 7 jours / 7. Pour toute demande d'assistance :
Tél. : 05 49 76 66 03

en indiquant la référence suivante :

Audiens 1000

Le descriptif complet des services d'Assistance à domicile et vie quotidienne est adressé par courrier sur demande ou est téléchargeable sur le site internet www.audiens.org. (Rubrique « documents à télécharger »).

Annexe 1 - Poursuite de la garantie aux salariés dont le contrat de travail est suspendu et non rémunéré hors congé parental d'éducation

Les garanties prévues à la présente notice d'information peuvent être maintenues **aux participants dont la suspension du contrat de travail n'ouvre pas droit à une indemnisation** prenant la forme d'un maintien total ou partiel de leur rémunération par le Souscripteur, d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par ce dernier, ou d'un versement par la Sécurité sociale d'indemnités journalières, d'une rente d'incapacité ou d'une pension d'invalidité.

Ce maintien est accordé, **sous réserve du paiement par le participant de l'intégralité des cotisations**, dans les mêmes conditions que celles prévues pour les participants en activité, complétées par les dispositions suivantes :

1 - Types de congés concernés

Les congés non indemnisés concernés par le présent maintien sont **les congés sans solde notamment le congé sabbatique, le congé de présence parentale, le congé de solidarité familiale et le congé de soutien familial, à l'exception du congé parental d'éducation prévu à l'Annexe 2.**

2 - Effet

La demande de maintien doit être adressée à l'Institution par l'intermédiaire du Souscripteur dans le mois qui suit la date de suspension du contrat de travail du participant. Le dépassement de ce délai, sauf en cas de force majeure, entraîne forclusion définitive.

Le maintien des garanties prend effet le lendemain de la demande et au plus tôt le lendemain de la date de suspension du contrat de travail.

3 - Durée et cessation

Les garanties sont maintenues **pendant une durée maximum de 12 mois** à compter de la date de suspension du contrat de travail.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse automatiquement :

- **à l'issue de ladite période de 12 mois de maintien ;**
- **à l'issue de la durée du congé suspensif et non indemnisé du participant ;**
- **à la date de reprise d'activité professionnelle même partielle ;**
- **en cas de non-paiement des cotisations ;**
- **à la date d'effet de la résiliation du contrat ou de la présente annexe ;**
- **à la date de radiation du participant des effectifs du Souscripteur ou celle à laquelle il cesse d'appartenir à la catégorie de personnel assurée.**

4 - Cotisations

Les cotisations sont **égales à celles fixées pour les participants en activité.**

Le participant est seul responsable du paiement des cotisations. Les cotisations sont payables d'avance, par prélèvement automatique mensuel.

En cas de résiliation, qu'elle qu'en soit la cause, le participant est débiteur de l'ensemble des cotisations dues avant la date d'effet de la résiliation.

A défaut de paiement, une lettre de rappel est adressée au participant au plus tôt dans les 10 jours suivant la date limite de paiement. Une mise en demeure de paiement par lettre recommandée lui est adressée, à la fin du mois civil qui suit l'envoi des appels de cotisations.

La garantie est suspendue dans un délai de 40 jours après réception de cette lettre ; **le participant et ses éventuels bénéficiaires sont exclus du régime dans les 10 jours suivant l'expiration de ce délai.**

Annexe 2 - Poursuite de la garantie aux salariés dont le contrat de travail est suspendu et non rémunéré pour congé parental d'éducation

Les garanties prévues à la présente notice d'information peuvent être maintenues **aux participants dont le contrat de travail est suspendu pour congé parental d'éducation et n'ouvre pas droit à une indemnisation** prenant la forme d'un maintien total ou partiel de leur rémunération par le Souscripteur ou d'un versement par la Sécurité sociale d'indemnités journalières, d'une rente d'incapacité ou d'une pension d'invalidité.

Ce maintien est accordé, **sous réserve du paiement de l'intégralité des cotisations**, dans les mêmes conditions que celles prévues pour les participants en activité, complétées par les dispositions suivantes :

1 - Types de congés concernés

Le congé non indemnisé concerné par le présent maintien est **uniquement le congé parental d'éducation**.

2 - Effet

La demande de maintien doit être adressée à l'Institution par l'intermédiaire du Souscripteur dans le mois qui suit la date de suspension du contrat de travail du participant. Le dépassement de ce délai, sauf en cas de force majeure, entraîne forclusion définitive.

Le maintien des garanties prend effet le lendemain de la demande et au plus tôt le lendemain de la date de suspension du contrat de travail.

3 - Durée et cessation

Les garanties sont maintenues à compter de la date de suspension du contrat de travail **pendant une durée maximum de 36 mois ou jusqu'au 6^{ème} anniversaire de l'enfant si ce dernier est en situation de handicap tel que défini à l'article 1** de la présente notice d'information.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse automatiquement :

- à l'issue de la période de 36 mois de maintien ou au 6^{ème} anniversaire de l'enfant lorsque ce dernier est handicapé ;
- à l'issue de la durée du congé suspensif et non indemnisé du participant ;
- à la date de reprise d'activité professionnelle même partielle ;
- en cas de non-paiement des cotisations ;
- à la date d'effet de la résiliation du contrat ou de la présente annexe ;
- à la date de radiation du participant des effectifs du Souscripteur ou celle à laquelle il cesse d'appartenir à la catégorie de personnel assurée.

4 - Cotisations

Les cotisations sont **égales à celles fixées pour les participants en activité**.

Au cours de 6 premiers mois du maintien, la cotisation est appelée intégralement à l'employeur, le salarié et l'entreprise cotisant dans les mêmes proportions que pour les actifs.

Au-delà des 6 mois, la cotisation est appelée intégralement et exclusivement au participant. Dans ce cas, le participant est seul responsable du paiement des cotisations. Les cotisations sont payables d'avance, par prélèvement automatique mensuel.

En cas de résiliation, qu'elle qu'en soit la cause, le participant est débiteur de l'ensemble des cotisations dues avant la date d'effet de la résiliation.

A défaut de paiement, une lettre de rappel est adressée au participant au plus tôt dans les 10 jours suivant la date limite de paiement. Une mise en demeure de paiement par lettre recommandée lui est adressée, à la fin du mois civil qui suit l'envoi des appels de cotisations.

La garantie est suspendue dans un délai de 40 jours après réception de cette lettre ; **le participant et ses éventuels bénéficiaires sont exclus du régime dans les 10 jours suivant l'expiration de ce délai.**

Annexe 3 - Portabilité des garanties

En application des dispositions créées par la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi et figurant à l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale, les garanties prévues à la présente notice d'information sont maintenues dans les mêmes conditions que celles en vigueur pour les participants en activité visés à ladite notice d'information, complétées par les dispositions suivantes :

1 - Objet

Le bénéfice du maintien s'applique **aux participants dont la cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvre droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage.**

Ce maintien est **dénommé ci-après « portabilité des garanties »**.

Il est précisé que **les dispositions de la présente annexe ne s'appliquent pas à un licenciement collectif pour motif économique, notamment dans le cadre d'un Plan de sauvegarde de l'emploi, sauf modalités spécifiques prévues à cet effet.**

2 - Affiliation et durée de la portabilité des garanties

2.1 - Bénéficiaires

Bénéficie de la portabilité des garanties, selon les modalités prévues à l'article 2.2, l'ancien salarié :

- dont le contrat de travail a cessé, au sens du droit du travail, hormis pour faute lourde;
- dès lors que cette cessation ouvre droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage ;
- et à condition que ses droits à remboursement au titre des garanties prévues à la présente notice d'information aient été ouverts à la date de cessation de son contrat de travail.

L'ancien salarié ainsi bénéficiaire de la portabilité des garanties est **dénommé ci-après le participant.**

Les bénéficiaires éventuels garantis du chef du participant sont également couverts sous réserve que leurs droits à remboursement au titre des garanties prévues à la présente notice d'information aient été ouverts à la date de cessation du contrat de travail du participant.

2.2 - Modalités d'affiliation

La demande de portabilité des garanties, remplie et signée par le Souscripteur, doit être transmise à l'Institution dans le mois suivant la cessation du contrat de travail du participant. Cette demande doit notamment préciser les noms des bénéficiaires éventuels garantis du chef du participant, la durée de son(s) dernier(s) contrat(s) de travail ainsi que la période de portabilité des garanties qui lui est applicable.

2.3 - Date d'effet et durée

Sous réserve des dispositions de l'article 2.2, la portabilité des garanties prend effet à la date de cessation du contrat de travail du participant.

La durée de portabilité des garanties est égale, à compter de sa prise d'effet et tant que le participant a droit à une indemnisation chômage, à la durée de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, de ses derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le Souscripteur. Cette durée est appréciée en mois et arrondie, le cas échéant, au nombre supérieur. En tout état de cause et sous réserve des dispositions prévues aux articles 3 et 5, **cette durée ne pourra être supérieure à 12 mois.**

Il est précisé que **les suspensions des indemnisations chômage du participant pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'ont pas pour effet de prolonger d'autant la durée de portabilité des garanties.**

La prise d'effet et la durée du dispositif de portabilité sont subordonnées à la réception par l'Institution des justificatifs de droit à l'assurance chômage que le participant doit lui adresser à l'ouverture et au cours de la période de portabilité des garanties.

3 - Cessation de la portabilité des garanties

La portabilité des garanties cesse :

- à la date d'effet de la résiliation telle que prévue à l'article 5 ci-après ;
- à la date à laquelle le participant n'a plus de droits à indemnisation au titre de l'assurance chômage ;
- au terme de la durée définie à l'article 2.3 ci-avant ;
- à la date d'effet de la suppression des dispositions de la présente annexe.

4 - Poursuite de garanties

4.1 - Anciens bénéficiaires de la portabilité des garanties

Dans les mêmes conditions que pour les participants en activité, et suite à un des cas de cessation de la portabilité des garanties prévus à l'article 3, peuvent souscrire une couverture « Frais de soins de santé », à titre individuel, sans conditions de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médical, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la cessation de la portabilité des garanties, et dans la mesure où ils répondent positivement à la proposition qui leur sera présentée par l'Institution, les participants anciens salariés bénéficiaires :

- d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ;
- d'indemnités journalières versées par la Sécurité sociale ;
- d'une pension de retraite ;
- d'un revenu de remplacement s'ils sont toujours privés d'emploi.

Pour bénéficier de cette poursuite de garanties, le participant peut :

- soit d'affilier au Maintien de garanties prévu au **contrat collectif à adhésion facultative n° 432 766 947 - S Fac / Maintien / Ex EP hors CDD 3**, sous réserve des dispositions et des conditions prévues audit contrat ;
- soit souscrire une garantie individuelle.

4.2 - En cas de décès du participant

Dans les mêmes conditions qu'en cas de décès des participants en activité, peuvent souscrire une couverture « Frais de soins de santé », à titre individuel, sans conditions de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médical et pour une durée minimale de 12 mois, les personnes garanties du chef du participant bénéficiaire de la portabilité des garanties, sous réserve qu'elles en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent le décès du participant et dans la mesure où elles répondent positivement à la proposition présentée par l'Institution.

Pour bénéficier de cette poursuite de garanties, ces personnes peuvent :

- soit d'affilier au Maintien de garanties prévu au **contrat collectif à adhésion facultative n° 432 766 947 - S Fac / Maintien / Ex EP hors CDD 3**, sous réserve des dispositions et des conditions prévues audit contrat ;
- soit souscrire une garantie individuelle.

5 - Résiliation

En cas de résiliation des garanties, et dans les mêmes conditions que pour les participants en activité, la portabilité des garanties cesse à la date d'effet de ladite résiliation.