



ENTREPRISE

EI M PRISSE FLORIAN
EI M PIRON STEPHANE
Agents généraux exclusifs MMA
N° ORIAS 22002868 22002897 www.orias.fr
150 AVENUE DE ST JEAN D'ANGELY
79000 NIORT
Tél 0549773939 - Fax 0549773930
agence.mma.fr/niort-av-saint-jean/
cabinetpironprisse@mma.fr

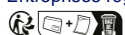
CONDITIONS PARTICULIÈRES

DU CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCE FRAIS DE SANTÉ À ADHÉSION OBLIGATOIRE

Contrat n° : 158 114 080
TFCM

À effet du : 1er Janvier 2023

Au bénéfice de : L'ENSEMBLE DES MEMBRES DU PERSONNEL





ENTREPRISE

Le présent contrat est conclu entre :

D'une part :

TFCM
SAS Société par actions simplifiée
N° SIRET 333 892 982 00013
Le Bois de La Rochelle
85420 DAMVIX

Ci-après dénommée le Souscripteur

Et

D'autre part :

MMA IARD SA
Société anonyme au capital de 537 052 368 euros
RCS Le Mans 440 048 882

MMA IARD Assurances Mutuelles
Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes
RCS Le Mans 775 652 126

Sièges sociaux :
14 Boulevard Marie et Alexandre Oyon
72030 LE MANS Cedex 9

Entreprises régies par le Code des assurances

Ci-après dénommées ensemble l'Assureur



ENTREPRISE

OBJET DU CONTRAT

Le contrat est constitué des présentes Conditions particulières et des Conditions générales référencées « CG Santé Collective Obligatoire 012023 ».

Dans les conditions prévues à l'article 1119 du Code civil, en cas de contradiction, les présentes Conditions particulières prévalent sur les Conditions générales.

Le contrat prévoit deux formules de garanties :

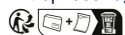
- ✓ Un régime de base obligatoire ;
Celle-ci prévoit des garanties obligatoires, applicables à l'ensemble des Assurés et à leurs éventuels Ayants droit tels que définis au lexique des Conditions générales.
- ✓ Deux options facultatives ;
Celles-ci ont pour objet d'améliorer, pour certaines garanties, les remboursements prévus au régime de base obligatoire.

1. DEROGATIONS AUX CONDITIONS GENERALES

Par dérogation aux Conditions générales, les salariés dont la suspension du contrat de travail est non indemnisée (notamment congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé parental d'éducation, congé sans solde), bénéficient du maintien des garanties pendant :

- le mois au cours duquel intervient cette suspension,
- le mois civil suivant, dès lors qu'il y aura eu paiement de la cotisation pour le mois en cours. De fait, aucune cotisation n'est due pour le mois civil suivant.

Par dérogation aux Conditions générales, le salarié dont le contrat de travail est suspendu pour effectuer une période de réserve militaire ou policière reste obligatoirement garanti, au titre du Contrat, pour l'ensemble des garanties frais de santé, moyennant le paiement des cotisations. Les modalités de financement de ce maintien sont assurées dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité. La cotisation salariale finançant les garanties est versée par le salarié auprès de son employeur, pour la part qui lui incombe. L'employeur se chargera de verser sa contribution et celle du salarié directement auprès de l'Assureur.



2. PRESTATIONS GARANTIES

Les prestations ci-après détaillées sont garanties par l'Assureur.

Ces prestations garanties sont versées selon les modalités visées aux Conditions générales.

Les prestations, exprimées en pourcentage de la Base de remboursement, intègrent les remboursements du Régime Obligatoire et ne s'ajoutent pas à ceux-ci.



Les prestations versées, cumulées à celles du Régime Obligatoire, sont limitées en tout état de cause aux frais réellement engagés par l'Assuré ou par ses Ayants droit.

RÉGIME DE BASE OBLIGATOIRE

Les prestations prévues au tableau ci-après et exprimées en pourcentage de la Base de remboursement intègrent celles éventuellement servies par le Régime Obligatoire et sont versées dans la limite des frais réellement engagés.

OPTIONS FACULTATIVES

Les prestations relatives à chaque option intègrent celles versées au titre du régime de base obligatoire.

NATURE DES FRAIS	BASE y c SS	OPTION 1 y c base	OPTION 2 y c base
SOINS COURANTS (y compris maternité)			
HONORAIRES MEDICAUX			
↳ Consultations médicales et visites médicales du généraliste (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	100% BR	150% BR	200% BR
↳ Consultations médicales et visites médicales du généraliste (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	100% BR	130% BR	180% BR
↳ Consultations médicales et visites médicales du spécialiste (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	150% BR	200% BR	250% BR
↳ Consultations médicales et visites médicales du spécialiste (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	130% BR	180% BR	200% BR
↳ Actes techniques médicaux (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	150% BR	200% BR	250% BR
↳ Actes techniques médicaux (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	130% BR	180% BR	200% BR
↳ Imagerie médicale (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	150% BR	200% BR	250% BR
↳ Imagerie médicale (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	130% BR	180% BR	200% BR
HONORAIRES PARAMEDICAUX			
↳ Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes	100% BR	100% BR	100% BR
↳ Ergothérapeutes, diététiciens prescrits médicalement, non pris en charge par le RO (toutes spécialités confondues) par année civile et par bénéficiaire	...	30€	50€
FORFAIT ACTES LOURDS	100% FR	100% FR	100% FR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	100% BR	150% BR	200% BR

MATERIEL MEDICAL:			
↳ Prothèses orthopédiques	200% BR	300% BR	400% BR
↳ Fournitures et appareillages médicaux non dentaires	200% BR	300% BR	400% BR
<i>En tout état de cause, le matériel médical pris en charge par le RO est remboursé par l'Assureur au moins à hauteur de 100 % du ticket modérateur.</i>			
MEDICAMENTS :			
↳ prescrits médicalement, pris en charge par le RO	100% BR	100% BR	100% BR
↳ prescrits médicalement, non pris en charge par le RO, par année civile et par bénéficiaire	...	30€ par an	50€ par an
↳ vaccins antigrippe prescrits médicalement, non pris en charge par le RO, par année civile et par bénéficiaire	...	100% FR	100% FR
↳ pilule contraceptive prescrite médicalement, non prise en charge par le RO par année civile et par bénéficiaire	...	30€ par an	50€ par an
MEDECINE DOUCE :			
Ostéopathie, chiropraxie, acupuncture, psychomotricité, étiopathie, substituts nicotiniques, par année civile et par bénéficiaire	25€ par séance (dans la limite de 4 séances toutes spécialités confondues)	40€ par séance (dans la limite de 4 séances toutes spécialités confondues)	55€ par séance (dans la limite de 4 séances toutes spécialités confondues)
Séances de psychologue prises en charge par le RO, dans la limite de 8 séances par bénéficiaire de 3 ans et plus et par année civile ⁽¹⁾	100% BR	100% BR	100% BR
AIDES AUDITIVES			
Tous les 4 ans ⁽²⁾			
EQUIPEMENTS 100 % SANTE tels que définis réglementairement ⁽³⁾	100% FR	100% FR	100% FR
EQUIPEMENT A PRISE EN CHARGE LIBRE (dans la limite de 1700 € par oreille, RO inclus)	200% BR	250% BR	300% BR
ACCESSOIRES ET PILES PRIS EN CHARGE PAR LE RO	100% BR	100% BR	100% BR
<i>Le remboursement de l'équipement pris en charge par le RO ne pourra excéder 1700 € par oreille (RO inclus).</i>			
<i>En tout état de cause, les aides auditives prises en charge par le RO sont remboursées par l'Assureur au moins à hauteur de 100 % du ticket modérateur.</i>			
OPTIQUE			
Dans la limite d'un équipement (1 monture + 2 verres) TOUS LES DEUX ANS à partir de la date d'acquisition dudit équipement sauf renouvellement anticipé prévu par la réglementation (1 an pour les moins de 16 ans ...)			
EQUIPEMENTS 100 % SANTE (Classe A) tels que définis réglementairement ⁽⁴⁾	100% FR	100% FR	100% FR
<i>En tout état de cause, quel que soit le niveau de correction du défaut visuel, le remboursement de la monture prise en charge par le RO ne pourra excéder 30 € (RO inclus).</i>			
EQUIPEMENT A PRISE EN CHARGE LIBRE (1 monture + 2 verres de classe B) pris en charge par le RO ⁽⁵⁾:			
↳ 1 monture + 2 verres simples	250€	350€	400€
↳ 1 monture + 2 verres complexes	350€	450€	550€
↳ 1 monture + 2 verres hypercomplexes	450€	550€	650€
↳ 1 monture + 1 verre simple et 1 verre complexe	300€	400€	500€
↳ 1 monture + 1 verre simple et 1 verre hypercomplexe	350€	450€	550€
↳ 1 monture + 1 verre complexe et 1 verre hypercomplexe	400€	500€	600€
<i>En tout état de cause, quel que soit le niveau de correction du défaut visuel, le remboursement de la monture prise en charge par le RO ne pourra excéder 100 € (RO inclus).</i>			
<i>En vue de la prise en charge, les verres et les montures de classes A et B peuvent être associés lors de la délivrance de l'équipement. ⁽⁶⁾</i>			
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A ou B	100% BR	100% BR	100% BR
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme /système antipetits / verres iséconiques)	100% BR	100% BR	100% BR

Lentilles correctrices, par année civile et par bénéficiaire :			
↳ Prises en charge par le RO	200€	250€	300€
↳ Non prises en charge par le RO y compris les lentilles correctrices jetables	200€	250€	300€
<i>En tout état de cause, les lentilles correctrices prises en charge par le RO sont remboursées par l'Assureur au moins à hauteur de 100 % du ticket modérateur.</i>			
Chirurgie réfractive (par œil)	...	250€	500€
DENTAIRE			
Au-delà de cette limitation, les prothèses dentaires prises en charge par le RO seront remboursées à hauteur de 125 % BR.			
SOINS ET PROTHESES 100 % SANTE tels que définis réglementairement ⁽⁷⁾	100% FR	100% FR	100% FR
SOINS ⁽⁸⁾ :			
↳ Actes dentaires pris en charge par le RO	125% BR	175% BR	225% BR
↳ parodontologie prise en charge par le RO	225% BR	275% BR	325% BR
↳ Inlays/Onlays pris en charge par le RO	...	100€	200€
↳ Parodontologie non prise en charge par le RO, par année civile et par bénéficiaire			
PROTHESES ⁽⁸⁾ :			
↳ Prises en charge par le RO (dont couronne sur implant)	225% BR	275% BR	325% BR
↳ Non prises en charge par le RO par prothèse	...	200€	400€
ORTHODONTIE :			
↳ Prise en charge par le RO	225% BR	275% BR	325% BR
↳ Non prise en charge par le RO par semestre (maximum 2 semestres)	...	200€	400€
IMPLANTOLOGIE non prise en charge par le RO (hors couronne sur implant), par année civile et par bénéficiaire	...	400€	800€
HOSPITALISATION (y compris maternité)			
FRAIS DE SEJOUR :			
↳ En secteur conventionné	100% BR	150% BR	200% BR
↳ En secteur non conventionné	100 % BRR	150% BRR	200% BRR
HONORAIRES :			
↳ Honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux dispensés au cours de l'hospitalisation			
• adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO	150% BR	200% BR	250% BR
• non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO	130% BR	180% BR	200% BR
↳ Participation forfaitaire pour les actes médicaux lourds	100% FR	100% FR	100% FR
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	100% FR	100% FR	100% FR
FORFAIT PATIENT URGENCE	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière (par jour)	1,5% PMSS	2% PMSS	2,5% PMSS
Lit d'accompagnant (enfant de moins de 17 ans) par jour	1% PMSS	1,5% PMSS	2% PMSS
Chambre particulière (par jour) en ambulatoire	1,5% PMSS	2% PMSS	2,5% PMSS
FRAIS DE TRANSPORT			
Frais de transport, prescrits médicalement, pris en charge par le RO	100% BR	150% BR	200% BR
CURE THERMALE PRISE EN CHARGE PAR LE RO			
Forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais de transport et d'hébergement, par année civile et par bénéficiaire	...	100% BR	100% BR + 100€ par an
MATERNITE OU ADOPTION D'UN ENFANT DE MOINS DE 12 ANS			
Indemnité forfaitaire (doublée en cas de naissances ou d'adoptions multiples)	150€	200€	250€
PRESTATIONS DE PREVENTION			
Dépistage, tous les 5 ans, des troubles de l'audition chez les plus de 50 ans :			
↳ Adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO	150% BR	200% BR	250% BR
↳ Non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO	130% BR	180% BR	200% BR
Dépistage de l'hépatite B	100% BR	150% BR	200% BR

Bilan initial des troubles du langage oral et écrit (avant 14 ans)	100% BR	100% BR	100% BR
Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans et tous les 6 ans :			
↳ Adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO	150% BR	200% BR	250% BR
↳ Non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO	130% BR	180% BR	200% BR
Vaccins :			
↳ Diphtérie, tétanos, poliomyélite (tout âge)			
↳ Coqueluche (avant 14 ans)			
↳ Hépatite B (avant 14 ans)			
↳ BCG (avant 6 ans)	100% BR	100% BR	100% BR
↳ Rubéole (pour certaines femmes)			
↳ Haemophilus influenzae B			
↳ Vaccins contre les infections invasives à pneumocoques (enfant de moins de 18 mois)			
Détartrage complet sus et sous gingival (effectué en 2 séances au maximum)	100% BR	100% BR	100% BR
Scellement des sillons sur les molaires (avant 14 ans)	100% BR	100% BR	100% BR
SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT			

BR = Base de Remboursement du Régime Obligatoire

BRR : Base de remboursement reconstituée en fonction de celle qu'aurait appliquée le Régime Obligatoire s'il était intervenu

TM = Ticket Modérateur

FR = Frais Réels

RO : Régime Obligatoire

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur lors de l'événement ouvrant droit aux prestations.

Le montant du PMSS peut être consulté sur le site de la Sécurité sociale :

↳ www.securite-sociale.fr ;

↳ Rubrique « La Sécurité sociale en chiffres » ;

↳ Principaux barèmes

⁽¹⁾ La prise en charge est limitée à 8 séances par année civile, incluant le premier entretien d'évaluation. Elles doivent être réalisées par un psychologue conventionné avec l'Assurance Maladie, sur orientation d'un médecin.

⁽²⁾ La garantie s'applique aux frais d'aides auditives par oreille, par période de 4 ans à compter de la date d'acquisition du dernier équipement.

⁽³⁾ Prise en charge à hauteur des prix limites de vente des aides auditives de classe I fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, déduction faite de la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire

⁽⁴⁾ Prise en charge à hauteur des prix limites de vente des montures et des verres de classe A fixés par la liste des produits et prestations (LPP), déduction faite de la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire

(5) Le plafond appliqué à l'ensemble de l'équipement est le plafond d'un équipement de classe B, dans la limite des prix limites de vente. Lorsque l'assuré fait un achat dissocié des composantes de son équipement, le montant de prise en charge des différents éléments achetés du même équipement se cumule jusqu'à saturation du plafond qui s'applique.

(6) **Verres simples** : verres uni focaux

- sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ;
- sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries

Verres complexes : *verre unifocal*

- sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ;
- sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries

ou verre multifocal ou progressif

- sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ;
- sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries

Verres hyper complexes : *verre multifocal ou progressif*

- sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ;
- sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

(7) Prise en charge selon le service rendu et les caractéristiques esthétiques à hauteur des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie le 21 juin 2018 dans son annexe IV.

(8) Pour les prestations à **tarif maîtrisé** : prise en charge plafonnée aux prix limites de vente ou aux honoraires limites de facturation selon le service rendu et les caractéristiques esthétiques.

En secteur non conventionné, le remboursement est limité au remboursement du médecin non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO.

L'orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale est limitée à 2 semestres.

Les garanties « Cure thermique » sont acquises uniquement lorsque la cure thermique est prise en charge par la Sécurité sociale. Toutefois, si cette dernière n'intervient pas pour les frais d'hébergement, le forfait garanti par la formule est remboursé.

Pour savoir si votre médecin adhère, à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO ou non, rendez-vous sur <http://ameli-direct.ameli.fr>

Les garanties du contrat sont considérées comme responsables et sont susceptibles d'évoluer en fonction des règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrat.



ENTREPRISE

3. PERSONNES ASSURÉES

Les garanties du contrat sont accordées **au profit des catégories « Isolé » - « Famille »**.

Dans ce cas sont couverts par le contrat :

- au titre de la catégorie « **Isolé** », l'Assuré seul, **à l'exclusion de ses Ayants droit** ;
- au titre de la catégorie « **Famille** », l'Assuré et ses Ayants droit.

L'affiliation des Ayants droit des Assurés est facultative, chaque Assuré peut choisir d'affilier ou non ses Ayants droit au contrat.

4. CHOIX DE LA FORMULE DE GARANTIE

Le contrat prévoit :

- ✓ **un régime de base obligatoire ;**
- ✓ **deux options facultatives**

La formule de garanties retenue s'applique tant à l'Assuré qu'à ses Ayants droit inscrits au contrat.

L'adhésion au régime de base obligatoire et les garanties qu'elle prévoit prennent effet à la date d'entrée de l'Assuré dans l'effectif assurable et, au plus tôt, à la date d'effet du contrat pour les Assurés en fonction à cette date.

Sous réserve du paiement de la cotisation correspondante, chaque Assuré peut adhérer à l'une des options facultatives :

- ✓ Lors de son adhésion au contrat, en la mentionnant sur son bulletin individuel d'adhésion. Dans ce cas, les garanties de l'option facultative prennent effet à la date d'effet de l'adhésion. **En l'absence de choix formel de l'Assuré, seules les garanties du régime de base obligatoire s'appliquent pour le paiement des prestations.**
- ✓ Au 1er janvier de chaque année, en adressant au moins 2 (deux) mois avant le 1er janvier de l'année considérée une demande écrite la mentionnant au gestionnaire du contrat. Dans ce cas, les garanties de l'option facultative prennent effet au 1er janvier de l'année suivante.
- ✓ En cas de changement de situation de famille, tel que défini au lexique des Conditions générales, en adressant une demande écrite la mentionnant au gestionnaire du contrat. Dans ce cas, les garanties de l'option facultative prennent effet à la date de l'événement, sous réserve que l'Assuré en fasse la demande dans les 30 (trente) jours qui suivent ledit événement accompagnée du justificatif correspondant.

Chaque Assuré peut mettre un terme à son adhésion à l'une des options facultatives :

- ✓ Au 31 décembre de chaque année, en adressant au plus tard le 31 octobre de l'année considérée une demande écrite au gestionnaire du contrat.
- ✓ À tout moment, sans frais ni pénalités, à l'expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la date d'Adhésion à l'option facultative, en notifiant sa décision à l'Assureur par lettre ou tout autre support durable (mail) ou moyen énoncé à l'article L.113-14 du code des assurances. L'Adhésion à l'option facultative sera alors résiliée un mois après la réception par l'Assureur de la notification. Le Salarié n'est redevable que de la partie de la prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation. L'Assureur est tenu de rembourser le solde dans un délai de trente (30) jours à compter de la date de résiliation,
- ✓ En cas de changement de situation de famille, tel que défini au lexique des Conditions générales, **sous réserve d'en faire la demande écrite au gestionnaire du contrat et de produire tout justificatif adéquat.** Dans ce cas, les garanties de l'option facultative prennent fin à la date de changement de situation de famille, **sous réserve que la demande écrite susvisée ait été adressée au gestionnaire du contrat dans un délai de 30 (trente) jours suivant cette date.**

La résiliation de l'option facultative est irrévocable, sauf en cas de changement de situation de famille.

5. COTISATION

5.1 MONTANT DE LA COTISATION

Les garanties du contrat sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation mensuelle, tous frais et taxes ⁽¹⁾ compris, exprimée en pourcentage du Plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) et égale à :

	BASE OBLIGATOIRE	OPTION 1 FACULTATIVE (cotisation additionnelle)	OPTION 1 FACULTATIVE (cotisation additionnelle)
Isolé	1,28 % PMSS	+ 0,68 % PMSS	+ 1,00 % PMSS
Famille	3,04 % PMSS	+ 1,39 % PMSS	+ 2,02 % PMSS

⁽¹⁾ La taxe de solidarité additionnelle (TSA) est incluse dans le(s) présent(s) taux de cotisation. Elle est reversée, selon le taux en vigueur à la date de paiement.

5.2 PERSONNEL VISÉ PAR LE DISPOSITIF DE PORTABILITÉ

Le dispositif de portabilité est financé sur la base d'un système de mutualisation. Dans ce cas, aucune cotisation n'est due par l'Assuré pendant sa période de maintien de la garantie au titre de la portabilité.

Le maintien des garanties est accordé pendant une durée égale à la période d'indemnisation chômage, dans la limite de la durée de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, de ses derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, **sans pouvoir excéder 12 mois.**



ENTREPRISE

6. REMISE DES DOCUMENTS INHÉRENTS AU CONTRAT

L'entreprise souscriptrice reconnaît avoir reçu un exemplaire des Conditions générales du présent contrat collectif, ainsi que la notice d'information du présent contrat collectif.

L'entreprise souscriptrice s'engage à remettre la notice d'information à chaque Assuré.

Fait à Paris en deux exemplaires originaux, le 2 Février 2023.

Pour l'Assureur
Représenté par :
Karine COGOLUENHES

Agissant en qualité de :
Responsable Conseil Souscription

Pour le Souscripteur

Représenté par :

Agissant en qualité de :



ENTREPRISE

ANNEXE 1 - MAINTIEN DES GARANTIES AUX RETRAITES À COMPTER DE LA DATE D'EFFET DU CONTRAT

La présente annexe est indissociable du contrat numéro 158 114 080.
Ses dispositions sont gérées sous le numéro 158 114 080 R.

1. OBJET DE L'ANNEXE

La présente annexe a pour objet de définir les conditions dans lesquelles les garanties du présent contrat sont accordées aux anciens salariés retraités, ainsi qu'à leurs Ayants droit, ayant fait valoir leur droit à la retraite à compter de la date d'effet du contrat.

2. EFFET DE L'ADHÉSION

Les demandes d'affiliation doivent être adressées à l'Assureur ou à son délégataire au plus tard dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail.

L'Adhésion prend effet le lendemain de l'envoi de la demande à l'Assureur ou à son délégataire, le cachet de la poste faisant foi.

3. CONDITIONS D'ADHÉSION

Les garanties sont accordées aux anciens salariés retraités, **sous réserve** :

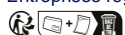
- ✓ qu'ils bénéficient d'une pension de retraite versée par le régime obligatoire d'assurance vieillesse,
- ✓ qu'ils soient Assurés, ainsi que ses Ayants droit, par le présent contrat à adhésion obligatoire,
- ✓ qu'ils ne soient plus liés au Souscripteur par un contrat de travail ;
- ✓ qu'ils paient la cotisation correspondante;
- ✓ qu'ils remplissent un bulletin d'adhésion. A l'issue de cette formalité, ils acquièrent la qualité d'Assuré.

4. CESSATION DE L'ADHÉSION

Les dispositions de la présente annexe cessent :

- ✓ En cas de non-paiement de la cotisation,
- ✓ En cas de résiliation du contrat numéro 158 114 080.

En cas de résiliation du contrat numéro 158 114 080, l'ensemble des Assurés relevant de la présente annexe sera transféré au nouvel Assureur.





ENTREPRISE

5. PERSONNES ASSURÉES

Les garanties de la présente annexe sont accordées **au profit des catégories « Ex Salarié retraité » - « Conjoint » - « Enfant »**.

Dans ce cas sont couverts par le contrat :

- au titre de la catégorie « **Ex Salarié retraité** », l'Assuré seul, **à l'exclusion de ses Ayants droit** ;
- au titre de la catégorie « **Conjoint** », le Conjoint, Partenaire ou Concubin de l'Assuré, répondant à la définition du lexique des Conditions générales ;
- au titre de la catégorie « **Enfant** », les Enfants à charge, répondant à la définition du lexique des Conditions générales.

6. FORMULES DE GARANTIES

Le Contrat prévoit :

- ✓ **un régime de base ;**
- ✓ **deux options facultatives.**

L'Ex Salarié conserve la formule de garanties en cours au moment de la date de son départ à la retraite.

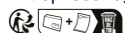
La formule de garanties s'applique tant à l'Ex Salarié qu'à ses Ayants droit inscrits au contrat.

Les garanties prennent effet à la date d'adhésion de l'Assuré.

Chaque Ex Salarié peut mettre un terme à son adhésion:

- ✓ Au 31 décembre de chaque année, en adressant au plus tard le 31 octobre de l'année considérée une demande écrite au gestionnaire du Contrat.
- ✓ À tout moment, sans frais ni pénalités, à l'expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la date d'Adhésion, en notifiant sa décision à l'Assureur par lettre ou tout autre support durable (mail) ou moyen énoncé à l'article L.113-14 du code des assurances. L'Adhésion sera alors résiliée un mois après la réception par l'Assureur de la notification. L'Ex Salarié peut également demander à son nouvel assureur de se charger de la résiliation. Ce dernier effectue les formalités nécessaires dans le respect de l'article L 113-15-2 du Code des assurances. Les assureurs s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture durant la procédure. L'Ex Salarié n'est redevable que de la partie de la prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation. L'Assureur est tenu de rembourser le solde dans un délai de trente (30) jours à compter de la date de résiliation,
- ✓ En cas de changement de situation de famille, tel que défini au lexique des Conditions générales, **sous réserve d'en faire la demande écrite au gestionnaire du Contrat et de produire tout justificatif adéquat**. Dans ce cas, les garanties prennent fin à la date de changement de situation de famille, **sous réserve que la demande écrite susvisée ait été adressée au gestionnaire du Contrat dans un délai de 30 (trente) jours suivant cette date**.

La résiliation est irrévocable.



Chaque Ex Salarié peut mettre un terme à son adhésion à l'option facultative :

- ✓ Au 31 décembre de chaque année, en adressant au plus tard le 31 octobre de l'année considérée une demande écrite au gestionnaire du Contrat,
- ✓ À tout moment, sans frais ni pénalités, à l'expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la date d'Adhésion, en notifiant sa décision à l'Assureur par lettre ou tout autre support durable (mail) ou moyen énoncé à l'article L.113-14 du code des assurances. L'Adhésion sera alors résiliée un mois après la réception par l'Assureur de la notification. L'Ex Salarié peut également demander à son nouvel assureur de se charger de la résiliation. Ce dernier effectue les formalités nécessaires dans le respect de l'article L 113-15-2 du Code des assurances. Les assureurs s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture durant la procédure. L'Ex Salarié n'est redevable que de la partie de la prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation. L'Assureur est tenu de rembourser le solde dans un délai de trente (30) jours à compter de la date de résiliation,
- ✓ En cas de changement de situation de famille, tel que défini au lexique des Conditions générales, **sous réserve d'en faire la demande écrite au gestionnaire du Contrat et de produire tout justificatif adéquat.** Dans ce cas, les garanties de l'option facultative prennent fin à la date de changement de situation de famille, **sous réserve que la demande écrite susvisée ait été adressée au gestionnaire du Contrat dans un délai de 30 (trente) jours suivant cette date.**

La résiliation de l'option facultative est irrévocable.

7. COTISATION

• MONTANT DE LA COTISATION

Les garanties du contrat sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation mensuelle, tous frais et taxes ⁽¹⁾ compris, exprimée en pourcentage du Plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) et égale à :

	BASE OBLIGATOIRE	OPTION 1 FACULTATIVE (cotisation additionnelle)	OPTION 1 FACULTATIVE (cotisation additionnelle)
Ex Salarié Retraité	1,28 % PMSS	+ 0,68 % PMSS	+ 1,00 % PMSS
Conjoint	1,92 % PMSS	+ 1,02 % PMSS	+ 1,50 % PMSS
Enfant ⁽²⁾	0,86 % PMSS	+ 0,46 % PMSS	+ 0,67 % PMSS

⁽¹⁾ La taxe de solidarité additionnelle (TSA) est incluse dans le(s) présent(s) taux de cotisation. Elle est reversée, selon le taux en vigueur à la date de paiement.

⁽²⁾ Gratuité à compter du 3^{ème} enfant.

• ÉVOLUTION ET MODALITÉ D'INDEXATION ET DE PAIEMENT DES COTISATIONS

En application du décret n° 2017-372 du 21 mars 2017 relatif à l'application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les cotisations pour l'Ex Salarié Retraité sont majorées comme suit :

Année d'assurance	Coefficient applicable aux cotisations
Année N*+ Année N+1 De la date d'adhésion au 31 décembre N+1	100 % de la cotisation des actifs Année N et évolution de la cotisation en fonction de la réglementation et de l'équilibre technique du Contrat
Année N+2 Du 1 ^{er} janvier N+2 au 31 décembre N+2	125 % de la cotisation des actifs Année N+1 et évolution de la cotisation en fonction de la réglementation et de l'équilibre technique du Contrat
Année N+3 Du 1 ^{er} janvier N+3 au 31 décembre N+3	150 % de la cotisation des actifs Année N+2 et évolution de la cotisation en fonction de la réglementation et de l'équilibre technique du Contrat
Année N+4 A compter du 1 ^{er} janvier N+4	Evolution de la cotisation en fonction de la réglementation et de l'équilibre technique du Contrat

* L'année « N » étant l'année de départ de l'entreprise de l'Ex Salarié Retraité et donc la date d'adhésion à ce Contrat

• MODALITÉS DE PAIEMENT ET D'INDEXATION

Par dérogation aux dispositions prévues à l'article 4.3 des conditions générales, la cotisation est à la charge intégrale de l'Assuré. Elle est prélevée sur son compte bancaire **mensuellement d'avance** par le gestionnaire du contrat.

Les modalités d'indexation de la cotisation sont précisées à l'article 4.4 des conditions générales.

• DÉFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION

Au titre de la présente annexe, les dispositions prévues à l'article 4.6 des conditions générales sont annulées et remplacées par les dispositions suivantes :

L'Assuré qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, l'Assuré est informé qu'à l'expiration du délai de quarante jours précité, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au contrat. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.



ENTREPRISE

Fait à Paris en deux exemplaires originaux, le 2 Février 2023.

Pour l'Assureur

Représenté par :

Karine COGOLUENHES

Agissant en qualité de :

Responsable Conseil Souscription

Pour le Souscripteur

Représenté par :

Agissant en qualité de :

MMA Entreprise est une marque déposée par MMA IARD Assurances Mutuelles.

MMA IARD Assurances Mutuelles, Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes - RCS Le Mans 775 652 126.

MMA IARD, Société anonyme au capital de 537 052 368 euros - RCS Le Mans 440 048 882.

Sièges sociaux : 14 Bld Marie et Alexandre Oyon 72030 Le Mans Cedex 9.

Entreprises régies par le code des assurances. www.mma.fr

