

CONTRAT D'ADHESION



TSA 57372
34186 MONTPELLIER CEDEX 4
Tél : 09 69 36 87 73 (appel non surtaxé)

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES GARDIENS, CONCIERGES ET EMPLOYES D'IMMEUBLES

Adhésion

Modification

Contrat d'assurance collective du régime frais de santé :
n° **CCN011100 / CCN011101** :
N° Entreprise : _____
Date d'effet retenue de l'adhésion : _____
Code distributeur : _____
Taux : _____

**CONTRAT D'ASSURANCE
COLLECTIVE OBLIGATOIRE DU
REGIME FRAIS DE SANTE**

L'employeur ⁽¹⁾ : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Adresse de correspondance (si différente) : _____
Téléphone : _____ Télécopie _____ e-mail : _____
Code NAF : _____ N° IDCC : _____ N° SIREN : _____

L'administrateur de biens : _____ représenté par _____
Adresse du siège social : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Adresse de correspondance (si différente) : _____
Téléphone : _____ Télécopie _____ e-mail : _____
N° SIREN : _____
Nature de l'activité : _____
Effectif concerné à la date de l'adhésion : _____

L'administrateur de biens règle-t-il les cotisations Frais de santé et prévoyance^{(2)*} : OUI NON

*Informations obligatoires

> ADHESION

L'Adhérent, ci-dessus nommé, représenté par _____
agissant en qualité de _____ muni de tous les pouvoirs nécessaires ⁽³⁾ déclare
adhérer au contrat d'assurance collective obligatoire du régime frais de santé référencé ci-dessus, au profit de
l'ensemble du personnel à Malakoff Humanis Prévoyance, en vue d'appliquer les dispositions du régime
complémentaire santé prévu par l'accord du 6 décembre 2013 et ses avenants modificatifs de la Convention
Collective Nationale des Gardiens, Concierges et Employés d'Immeubles.

(1) si l'adhésion concerne plusieurs employeurs ceux-ci doivent être listés au sein de l'annexe au contrat d'adhésion

(2) Si oui, l'administrateur de biens doit joindre un relevé d'identité bancaire (RIB)

(3) L'adhésion constituant un engagement contractuel de l'entreprise, la présente demande doit être signée par un représentant légal de l'employeur ou, à défaut, par une personne dûment habilitée à prendre cet engagement. **Afin d'enregistrer l'adhésion, l'employeur doit joindre au présent document un Kbis de moins de 3 mois ou le récépissé de déclaration à la Préfecture pour une Association.** Lorsque le signataire n'est pas le représentant légal mentionné sur le Kbis ou n'est pas le président de l'association, il doit fournir une copie de sa pièce d'identité (CNI, passeport, carte de séjour) en cours de validité ainsi que le pouvoir l'ayant dûment habilité à cet effet.

> ENGAGEMENT

Le contrat d'adhésion est souscrit à effet du 1^{er} jour du mois civil suivant l'envoi du contrat d'adhésion (cachet de la poste faisant foi) ; un double vous sera retourné après signature par Malakoff Humanis Prévoyance. En tout état de cause, l'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

La rémunération perçue par le personnel Malakoff Humanis Prévoyance au titre de la distribution du contrat a la nature d'un salaire.

L'entreprise certifie avoir été sollicitée par son conseiller pour déterminer ses besoins et exigences en matière de couverture frais de santé et avoir bénéficié d'un conseil adapté à sa situation préalablement à la souscription du présent contrat d'adhésion.

Préalablement à la signature du contrat d'adhésion, l'Adhérent reconnaît avoir reçu et pris connaissance du Document d'Information Produit Frais de santé référencé « DIP-CCN Gardiens d'Immeubles-SANTE- décembre 2020 », ainsi que du Document d'Information Produit Assistance, du présent contrat (le contrat d'adhésion où figurent en annexes les cotisations et les garanties, les Conditions Générales référencées « 12869 » et son annexe jointe « information sur nos frais de gestion ») ainsi que la notice d'information référencée « 12874 » et les Conditions générales valant notice d'information dénommées « ASSISTANCE SANTE A DOMICILE » référencées « Convention n°753734 », téléchargeables à l'adresse suivante : <http://univers.malakoffmederic.com/assistance-teleconsultation.html>. Après avoir pris connaissance de l'ensemble de ces documents, il en accepte les termes.

L'Adhérent
Fait à _____ le _____

Signature (et cachet)

MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE
Fait à _____ le _____

Le Directeur
Signature (et cachet)

Les informations collectées sont toutes nécessaires à « Malakoff Humanis Prévoyance », ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement, pour la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance.

En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également d'un droit de vous opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Vous disposez enfin de la possibilité de vous opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés directement sur notre site via nos formulaires, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.

Vous disposez également du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES GARDIENS, CONCIERGES ET EMPLOYÉS D'IMMEUBLES CCN011100/CCN011101

GARANTIES

NATURE DES ACTES INDEMNISÉS		REMBOURSEMENTS Dans la limite des frais engagés sous déduction de la Sécurité sociale (sauf indication contraire)
HOSPITALISATION	HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie) Hors chirurgie esthétique	
	Frais de Séjour (conventionnés)	100%FR dans la limite de 230%BR
	Frais de Séjour (non conventionnés)	80%FR dans la limite de 230%BR avec un minimum de 100%BR
	Honoraires déclarés à la Sécurité sociale dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (conventionnés) (1)	100%FR dans la limite de 230%BR
	Honoraires déclarés à la Sécurité sociale dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (non conventionnés) (1)	80%FR dans la limite de 230%BR avec un minimum de 100%BR
	Honoraires déclarés à la Sécurité sociale hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (conventionnés) (1)	100%FR dans la limite de 200%BR
	Honoraires déclarés à la Sécurité sociale hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (non conventionnés) (1)	80%FR dans la limite de 200%BR avec un minimum de 100%BR
	Forfait journalier hospitalier	100 % FR sans limitation de durée
	Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris médecine de ville)	100 % de la participation forfaitaire
	Chambre particulière (2)	2%PMSS/ jour
	Lit d'accompagnant (moins de 12 ans) (2)	1%PMSS/ jour
	Frais de transport remboursés par la Sécurité sociale: ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (8)	100%BR
	Forfait nouvel enfant naissance ou adoption plénière (doublé en cas de naissance gémellaire)	20%PMSS

DENTAIRE	SOINS DENTAIRES	
	Soins et prothèses dentaires 100% Santé (**)	sans reste à payer (6)
	Soins dentaires	170%BR
	Inlay/onlay remboursé par la Sécurité Sociale (3)	170%BR
	ORTHODONTIE	
	Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale (3)	300%BR
	PROTHÈSES DENTAIRES	
	Prothèses dentaires, autre que 100% Santé, à tarifs libres ou maîtrisés, remboursées par la Sécurité sociale (3)	370%BR
	Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	270€/acte dans la limite de 3 par an par bénéficiaire
	Inlay core remboursé par la Sécurité sociale (3)	250%BR
Implantologie	implant: 12%PMSS pilier implantaire: 8%PMSS dans la limite de 60%PMSS/an/bénéficiaire	
OPTIQUE - PROTHÈSE (4)	ÉQUIPEMENT VERRES - MONTURE (5)	Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les deux ans La prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 100 €
	Equipements optique 100% Santé (**): lunettes (monture + 2 verres) de classe A	sans reste à payer (7)
	Lunettes (monture + 2 verres) de classe B	Les forfaits des équipements optique sont exprimés y compris les remboursements de la Sécurité Sociale
	Monture de lunettes	Selon la grille optique
	Verres	
	Lentille prescrite remboursée par la Sécurité sociale	6%PMSS/an/bénéficiaire avec un minimum de 100%BR
	Lentilles prescrites non remboursées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	7%PMSS/an/bénéficiaire
	AUTRES GARANTIES OPTIQUE	
	Chirurgie optique réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)	15%PMSS/œil/an/bénéficiaire
	AUTRES PROTHÈSES	
	Orthopédie et prothèses médicales remboursées par la Sécurité sociale	160%BR
	Jusqu'au 31/12/2020:	
	Aides auditives	160%BR
	Accessoires et fournitures	160%BR
	A compter du 01/01/2021: renouvellement par appareil tous les 4 ans	
	Équipement auditif 100% Santé (**): aides auditives de classe I	sans reste à payer (7)
	Équipement autre que 100% Santé (classe II): limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale	
Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité (***)	122%BR	
Bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	160%BR	
Accessoires et fournitures	160%BR	

SOINS DE VILLE	CONSULTATIONS - FRAIS MÉDICAUX	
	Consultations/visites/consultations en ligne de généralistes dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	200%BR
	Consultations/visites/consultations en ligne de généralistes hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (conventionnés et non conventionnés) (1)	180%BR
	Consultations/visites/consultations en ligne de spécialistes dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	220%BR
	Consultations/visites/consultations en ligne de spécialistes hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (conventionnés et non conventionnés) (1)	200%BR
	Actes Techniques Médicaux (effectués en externat) dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	220%BR
	Actes Techniques Médicaux (effectués en externat) hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (conventionnés et non conventionnés) (1)	200%BR
	Imagerie médicale dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	190%BR
	Imagerie médicale hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (conventionnés et non conventionnés) (1)	170%BR
	Auxiliaires médicaux remboursés par la Sécurité sociale (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)	160%BR
	Analyses - actes de biologie	160%BR
	Médecine additionnelle non remboursée par la Sécurité sociale : ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur (5)	30€/séance dans la limite de 4 séances/an/bénéficiaire
	PHARMACIE	
	Médicaments remboursés par la Sécurité sociale	100%BR ou TFR
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	5%PMSS/an/bénéficiaire	
Traitement anti-tabac remboursé par la SS	100€/an/bénéficiaire	
CURE THERMALE		
Cure thermale en France remboursée par la Sécurité sociale. Forfait global annuel : honoraires, traitement thermal, hébergement et transport	10%PMSS/an/bénéficiaire	
PRÉVENTION	ACTES DE PRÉVENTION	
	Assistance	incluse
	Détartrage complet sus et sous gingival des dents	170%BR dans la limite de 2 séances par an par bénéficiaire
	Dépistage de l'hépatite B	160%BR
	Consultation prescrite par un médecin chez un diététicien pour un enfant de moins de 12 ans	30€ maximum
Examen de dépistage de l'ostéoporose passé entre 45 ans et 59 ans	50€/an/bénéficiaire	

GRILLE OPTIQUE

Grille Optique (équipements de classe B)	Adultes		Enfants de moins de 16 ans	
Type de Verre	Forfait par verre	2V + 1M	Forfait par verre	2V + 1M
Verres Simple Foyer, Sphérique				
sphère de -6 à +6	115 €	330 €	60 €	210 €
sphère < -6 ou > +6	145 €	390 €	90 €	270 €
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques				
sphère de -6 à 0 et cylindre ≤ +4	125 €	350 €	70 €	230 €
sphère > 0 et (sphère+cylindre) ≤ +6	125 €	350 €	70 €	230 €
sphère > 0 et (sphère+cylindre) > +6	165 €	430 €	110 €	310 €
sphère < -6 et cylindre ≥ +0,25	165 €	430 €	110 €	310 €
sphère de -6 à 0 et cylindre > +4	165 €	430 €	110 €	310 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques				
sphère de -4 à +4	275 €	650 €	170 €	430 €
sphère < -4 ou > +4	295 €	690 €	190 €	470 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques				
sphère de -8 à 0 et cylindre ≤ +4	325 €	750 €	200 €	490 €
sphère > 0 et (sphère+cylindre) ≤ +8	325 €	750 €	200 €	490 €
sphère de -8 à 0 et cylindre > +4	345 €	790 €	220 €	530 €
sphère > 0 et (sphère+cylindre) > +8	345 €	790 €	220 €	530 €
sphère < -8 et cylindre ≥ +0,25	345 €	790 €	220 €	530 €
Monture	100 €	100 €	90 €	90 €

FRAIS COUVERTS	GLOSSAIRE
<p>Les remboursements indiqués s'entendent en sous déduction de la Sécurité sociale dans la limite des frais engagés.</p> <p>Pour les garanties exprimées en forfait les remboursements sont en complément de la Sécurité sociale sauf pour les équipements optique.</p> <p>Les prestations sont exprimées sous déduction du remboursement effectué par le régime de base de la Sécurité sociale, étant précisé qu'elles sont ajustées pour le régime local Alsace Moselle, de sorte que tout assuré bénéficie globalement d'un niveau de couverture strictement identique.</p> <p>Les pénalités financières appliquées par la Sécurité sociale hors parcours de soins, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, conformément à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, ne donnent pas lieu à remboursement complémentaire. La prise en charge des prestations indiquées, remboursées par la Sécurité sociale, est assurée a minima au TM. La prise en charge des dépassements est limitée aux dépassements autorisés par la Sécurité sociale.</p>	<p>FR : Montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale</p> <p>SS : Remboursement de la Sécurité sociale</p> <p>PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2020 : 3428 €)</p> <p>BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale</p> <p>TM : Différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le remboursement effectif de cet organisme à l'exclusion des pénalités financières, de la contribution forfaitaire et des franchises médicales</p>

(**) tels que définis réglementairement. Dispositif 100% Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable, peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

(***) La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.

(1) Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

(2) Limitation de la prise en charge à 90 jours par an et par bénéficiaire en établissements spécialisés (psychiatrie).

(3) Pour les contrats complémentaires santé collectifs obligatoires, les garanties couvrent a minima le TM sur les actes concernés, avec en complément une prise en charge minimale de 25 % des dépassements sur les frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dento-faciale. Cette règle s'applique également en cas de dépassement du plafond annuel pour les garanties qui y sont soumises.

(4) OPTIQUE :

Nous participons à la prise en charge d'un équipement optique, composé d'une monture et deux verres, tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge est annuelle. La période de 1 an n'est pas opposable, pour les verres, aux enfants de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue, ni à tout bénéficiaire quel que soit l'âge, en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières visées à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale. Pour les enfants de moins de 6 ans, renouvellement tous les 6 mois en cas d'adaptation de la monture à la morphologie du visage.

La périodicité de deux ans ou d'un an s'apprécie à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par votre contrat. En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre part les verres, le point de départ de la période correspond à la date d'acquisition du 1er élément de l'équipement (monture ou verres).

L'évolution de la vue permettant de renouveler l'équipement selon une fréquence annuelle s'apprécie, soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la sécurité sociale.

Les garanties optique respectent les planchers par équipement imposés par l'article D.911-1 4° du Code de la sécurité sociale portant sur la couverture minimale.

(5) Sur facture détaillée.

(6) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales.

(7) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales.

(8) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES GARDIENS,
CONCIERGES ET EMPLOYÉS D'IMMEUBLES
CCN011100/CCN011101**

COTISATIONS

COTISATIONS EN % DU PMSS <i>(plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3 428 euros en 2020)</i>		
Régime de Sécurité sociale	Régime Général	Régime local Alsace Moselle
Participant seul	2.094 %	1.514 %
EXTENSION FACULTATIVE AU CONJOINT et/ou ENFANT(S)⁽¹⁾ COTISATIONS EN % DU PMSS <i>(plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3 428 euros en 2020)</i>		
Régime de Sécurité sociale	Régime Général	Régime local Alsace Moselle
Conjoint	1.87 %	1.34 %
Enfant ⁽²⁾	0.86 %	0.62 %

(1) Enfant(s) à charge tel(s) que défini(s) aux Conditions Générales

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