

CONDITIONS GÉNÉRALES COMMUNES AUX CONTRATS DE SURCOMPLÉMENTAIRE SANTÉ À ADHÉSION INDIVIDUELLE

Article 1. Objet des contrats :

Le présent contrat a pour objet de faire bénéficier le participant dans les conditions définies ci-après, des garanties surcomplémentaires au contrat collectif obligatoire souscrit par son entreprise et dont il bénéficie.

Article 2. Conditions d'adhésion :

Le régime est ouvert aux salariés actifs bénéficiant d'un contrat collectif obligatoire d'entreprise assuré par IPECA-Prévoyance. Ils ont le choix entre différentes formules. Les tableaux des garanties et la note d'information sont annexés aux présentes conditions générales.

Article 3. Effet et durée du contrat :

Lorsqu'un participant adhère à un contrat individuel objet des présentes conditions générales, à la date d'effet des garanties collectives d'entreprise, les garanties individuelles s'appliquent simultanément aux garanties collectives.

En cas d'adhésion ultérieure, et selon la date de réception de la demande d'adhésion, les garanties prennent effet au 1^{er} jour du mois suivant la date de réception par IPECA de la demande d'adhésion.

Dans tous les cas, l'adhésion expire le 31 décembre de l'année en cours et se renouvelle ensuite au 1^{er} janvier de chaque année, par tacite reconduction, sauf dénonciation par le participant ou résiliation par IPECA-Prévoyance, avec un préavis de 30 jours au moins, exprimé par lettre recommandée, ou à tout moment, en cas de non-paiement de la cotisation.

Attention, la résiliation de l'adhésion peut entraîner l'impossibilité définitive de s'affilier à nouveau ultérieurement.

En tout état de cause, la résiliation intervient automatiquement en cas de modification, suspension ou résiliation du contrat d'entreprise ou du contrat de travail.

Article 4. Délai de renonciation :

À compter de la date du paiement de la première cotisation, le participant dispose d'un délai de 30 jours pour revenir sur sa décision. Dans ce cas, il suffit d'adresser à l'institution, 5 rue Paul Barruel, 75740 Paris cedex 15, une lettre recommandée avec avis de réception, en recopiant la mention suivante : « je soussigné, (nom, prénom, adresse) souhaite renoncer au contrat de surcomplémentaire santé », datée et signée.

Article 5. Bénéficiaires du contrat :

Selon la situation familiale de l'assuré, celui-ci peut choisir de faire bénéficier des mêmes garanties ses ayants-droit, dans les mêmes conditions que son contrat d'entreprise.

Le participant peut à tout moment choisir de faire bénéficier des mêmes garanties ses ayants-droit, couverts par le contrat d'entreprise obligatoire, soit en le précisant sur le bulletin d'adhésion, soit en cours d'adhésion par simple courrier; notamment dans le cadre d'un changement de situation familiale. Le participant a également la liberté de demander par courrier de ne plus faire bénéficier de ces garanties l'un ou l'ensemble de ses ayants-droit.

Article 6. Prestations :

Sauf mention contraire aux Conditions Particulières, les prestations sont exprimées remboursement de la Sécurité Sociale inclus. Les prestations sont calculées sur la base des tarifs en vigueur à la date des soins prise en compte par la Sécurité sociale, et en fonction des taux de remboursement pratiqués par le régime d'assurance maladie obligatoire dans les limites précisées dans les tableaux de garanties. Les garanties de l'Institution sont exprimées en fonction du tarif de la Sécurité sociale, du ticket modérateur ou en forfait. Les tableaux annexés indiquent le niveau de couverture globale par garantie.

Les actes ne donnant pas lieu à prise en charge par le Régime Obligatoire d'assurance maladie ne sont pas remboursés sauf mention expresse sur le tableau de garantie. La prestation versée en maternité exclue le remboursement des actes relatifs au suivi de grossesse et à l'accouchement sauf mention expresse dans les conditions parti-

culières. En cas de césarienne, seuls seront pris en charge les dépassements d'honoraires au titre des actes chirurgicaux.

Lorsque les garanties font état :

- En optique, d'une limitation à un équipement par an, celui-ci comprend une monture et deux verres correcteurs. Toutefois pour les bénéficiaires qui ne supportent pas les verres progressifs, l'Institution prend en charge, une paire de lunettes de vue dans la limite des prestations prévues pour une correction complexe.
- En dentaire, d'un plafond annuel, celui-ci s'applique à l'ensemble des prestations versées pour les prothèses et implants dentaires. Toute demande de dépassement de six plafonds devra faire l'objet d'un accord du dentiste conseil de Santéclair.
- En hospitalisation sont exclus dans tous les cas les frais annexes et notamment ceux de restauration, de téléphone, de télévision. Les frais d'accompagnement comprennent les dépenses liées à l'hébergement de la personne accompagnante (lit, repas).

Article 7. Tiers payant :

Le participant bénéficie, sur demande, d'une carte de tiers payant qui évite de faire l'avance des frais pour de nombreux actes médicaux, si le professionnel de santé l'accepte. Pour les frais d'optique et de prothèses dentaires, l'assuré utilisera les services de Santéclair. Pour les frais d'hospitalisation en établissement conventionné, l'Institution délivrera sur demande un accord de prise en charge directement à l'établissement.

Article 8. Limite des remboursements :

En tout état de cause, les remboursements ou indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du participant après les remboursements de toute nature auxquels il a droit. Lesdits montants ne peuvent par ailleurs pas excéder le montant maximal des remboursements complémentaires décrits en annexe.

Article 9. Limitations et exclusions de garanties :

Les garanties ne seront pas accordées pour les dépenses engagées avant l'affiliation du participant, de même si l'origine des maladies ou accidents est consécutive à l'un des faits suivants :

- Guerre,
- Intervention chirurgicale consécutive à une invalidité de guerre,
- Mutilation volontaire ou tentative de suicide,
- Participation active à des guerres civiles, insurrection, émeutes ou mouvements populaires ainsi que rixes. Toutefois, les prestations seront versées dans le cas où le participant se trouve en cas de légitime défense, assistance à personne en danger, accomplissement du devoir professionnel, ou cas de force majeure.

Sont également exclues, les opérations de chirurgie esthétique, sauf réparatrice, à la suite d'un accident et leurs conséquences éventuelles.

En établissement non conventionné, le plafond annuel de remboursement est fixé à 10.000 euros par bénéficiaire pour les frais de séjour, les actes médicaux associés et le forfait hospitalier.

En cas d'hospitalisation psychiatrique, la prise en charge du forfait hospitalier est limitée à 60 jours.

Article 10. Modalités de remboursement :

IPECA-PRÉVOYANCE, complémentaire à la Sécurité sociale, procède à vos remboursements à partir du décompte émis par cet organisme, sous forme papier ou sous forme électronique (NOEMIE).

NOEMIE, système d'échanges informatiques de données entre votre centre de Sécurité sociale et l'IPECA, a été conçu pour simplifier vos démarches et vous garantir une plus grande rapidité de traitement de vos remboursements.

Des justificatifs complémentaires de dépassements d'honoraires, des reçus de paiement de tickets modérateurs, etc ... peuvent également être réclamés par l'Institution.

Le remboursement est fait directement par virement sur un compte bancaire ou postal (le même que celui sur lequel sont prélevées les cotisations) et regroupe les prestations dues au titre du contrat collectif de l'entreprise et du contrat surcomplémentaire.

Article 11. Paiement des cotisations :

La cotisation est payable trimestriellement, d'avance et par prélèvement automatique sur le compte bancaire ou postal du participant.

En cas de non-paiement des cotisations dans les conditions fixées précédemment, l'Institution suspend le paiement des garanties et adresse au participant une lettre recommandée avec avis de réception, valant mise en demeure, l'informant qu'à défaut de régularisation des sommes dues, son adhésion sera résiliée au terme d'un délai de 40 jours.

Article 12. Ajustement et révision des cotisations et prestations :

Des modifications annuelles relatives à l'actualisation des cotisations et des prestations en vigueur peuvent être décidées par le conseil d'administration, à défaut par la direction de l'Institution, après examen des résultats techniques enregistrés au titre des garanties et de l'évolution annuelle des indices économiques et sociaux, à effet du 1^{er} janvier; à défaut du 1^{er} juillet.

Toutefois, dans l'hypothèse où des modifications des prestations du régime de base de la Sécurité Sociale entraînant un alourdissement des charges des contrats interviendraient en cours d'année, l'Institution pourrait être amenée à opérer une révision de ces tarifs sans attendre le 1^{er} janvier. Dans ce cas particulier, le participant peut résilier sans délai son adhésion, ou opter pour une autre garantie. Les diverses modifications prennent effet immédiatement.

Article 13. Modification de l'adhésion :

Le participant peut changer de garantie à effet du 1^{er} jour du trimestre civil suivant la date de sa demande. Les nouvelles cotisations sont acquittées immédiatement.

En cas de choix pour un niveau de prestation supérieur, les prestations supplémentaires correspondant à la nouvelle garantie seront accordées à l'issue d'un délai d'attente de 6 mois, pour les frais d'optique et les prothèses dentaires.

Toute décision de diminution du niveau de garantie est définitive.

Nota : Pour toute modification de garantie liée à un changement de situation familiale, les nouvelles prestations s'appliquent sans délai d'attente.

Le délai d'attente débute à compter de la date d'effet de la demande de modification.

Il s'applique au participant et à ses ayants droit.

Article 14. Réclamation - Prescription - Forclusion : Délai de réclamation :

aucune réclamation ne sera recevable, passé un délai de 6 mois suivant la date de règlement des prestations.

Délai de prescription : toutes les actions relatives aux prestations sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Délai de forclusion :

pour être recevable, toute demande de prestations doit être présentée avant le 31 mars de l'année suivant celle d'engagement des frais de santé. Toutefois, les décomptes émis depuis moins de 3 mois par la Sécurité Sociale au titre d'exercices antérieurs peuvent être adressés à l'Institution.

Les garanties complémentaires santé sont assurées par IPECA-PRÉVOYANCE.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978, vous pouvez demander communication et rectification de toute information vous concernant qui figurerait sur tout fichier placé sous la responsabilité d'IPECA-PRÉVOYANCE. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé au siège social de l'Institution.

Pour que nous traitions votre demande d'adhésion dans les meilleurs délais, assurez vous que :

✓ **Vous avez complété :**

- La demande d'adhésion (coordonnées complètes, formule choisie).
- L'autorisation de prélèvement.

✓ **Vous avez signé et daté :**

- La demande d'adhésion.
- L'autorisation de prélèvement.

✓ **Vous avez joint :**

- Un relevé d'identité bancaire, postal ou de Caisse d'Epargne.
- La copie de votre attestation vitale ainsi que le cas échéant, celle de votre conjoint et de vos enfants.

Vous n'avez pas d'argent
à envoyer maintenant.

**Adressez-nous l'ensemble des documents à :
IPECA-PRÉVOYANCE – Service des Relations Entreprises et Participants
5 rue Paul Barruel – 75740 Paris Cedex 15.**