**Date d'effet : 01.01.2026**

# RÈGLEMENT SANTÉ

## CRP – CAISSE RÉUNIONNAISE DE PRÉVOYANCE

Nous contacter
0262 900 100*
*prix d'un appel local www.groupecrc.com

Caisses Réunionnaises de Prévoyance (CRP), institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale, membre du Groupe CRC
Siège social : 2 bis ruelle Pavée – BP 60766 – 97475 Saint-Denis Cedex. Fax. : 0262 908 000
SIRET 397 895 202 00026
Organisme de contrôle : ACPR, 4 place de Budapest, 75 009 PARIS cedex 9 (www.abe-infoservice.fr)

GROUPE CRC CAISSES RÉUNIONNAISES COMPLÉMENTAIRES
ENGAGÉ À VOS CÔTÉS

**SOMMAIRE**


Définitions ..... 4

**ARTICLE 1. OBJET DU REGLEMENT ..... 6**

1.1. Opérations collectives ..... 6

1.2. Opérations individuelles ..... 6

1.3. Opérations complémentaires responsables et solidaires ..... 7

**ARTICLE 2. ADHESION ..... 12**

2.1. Dans le cadre des opérations collectives ..... 13

2.2. Dans le cadre des opérations individuelles de portage ..... 14

2.3. Définition des ayants droit ..... 15

2.4. Structures d'affiliation ..... 16

2.5. Acceptation de l'adhésion ..... 17

2.6. Prise d'effet et renouvellement de l'adhésion ..... 17

2.7. Faculté de renonciation ..... 17

2.8. Fausse déclaration ..... 18

**ARTICLE 3. OBLIGATIONS D'INFORMATIONS DE L'ADHERENT (OPERATIONS COLLECTIVES) ..... 18**

3.1. Obligations déclaratives ..... 18

3.2. Changement de situation juridique et économique ..... 18

3.3. Notice d'information à destination des participants ..... 19

3.4. Cumul d'assurances ..... 19

**ARTICLE 4. DUREE DES GARANTIES ..... 19**

4.1. Prise d'effet des garanties ..... 19

4.2. Étendue des modifications de garanties (Opérations collectives) ..... 20

4.3. Cessation des garanties ..... 21

4.4. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail (Opérations collectives) ..... 21

**4.4.2. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail non indemnisé** ..... 22

**4.4.3. Cas particulier du maintien des garanties en cas de suspension « sanitaire » du contrat de travail non indemnisé** ..... 23

4.5. Maintien des garanties en cas de portabilité (Opérations collectives) ..... 23

4.6. Maintien des garanties en cas d'adhésion individuelle (Article 4 de la Loi Évin) ..... 24

4.7. Résiliation de l'adhésion ..... 25

**ARTICLE 5. COTISATIONS ..... 28**

5.1. Montant et révision des cotisations ..... 28

5.2. Paiement des cotisations ..... 30
5.3. Recouvrement des cotisations ..... 30
**ARTICLE 6. PRESTATIONS ..... 32**
6.1. Définition des prestations ..... 32
6.2. Formalités de règlement des prestations ..... 32
6.3. Délai de paiement des prestations ..... 33
6.4. Limites de remboursement ..... 33
6.5. Forfaits couvrant les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale ..... 33
6.6. Service Tiers payant ..... 35
6.7. Pièces justificatives ..... 35
6.8. Changement de niveau de prestation et radiation ..... 35
6.9. Devoir d'information du participant et de l'entreprise adhérente en cas de sinistre causé par un tiers ..... 36
6.10. Réseaux de soins ..... 36
**ARTICLE 7. GENERALITES DU REGLEMENT ..... 36**
**7.1. MODIFICATION DU REGLEMENT ..... 36**
**7.2. CLAUSE ATTRIBUTIVE ..... 37**
**7.3. CONTROLE DE L'INSTITUTION ..... 37**
**7.4. MOBILITE DES PARTICIPANTS A L'ETRANGERS ..... 37**
**7.5. SUBROGATION ..... 38**
**7.6. PRESCRIPTION ..... 38**
7.7. Réclamations ..... 38
7.8. Médiation auprès de la Fédération des Institutions paritaires de Protection Sociale (FIPS) 38
**7.9. PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL ..... 39**

## DEFINITIONS

**Adhérents** :
Les membres adhérents sont les entreprises ayant souscrit au règlement de la CRP.

**Ayant droit** :
Personne qui bénéficie des prestations d'assurance maladie complémentaire souscrites par un membre participant en vertu du lien de proximité qui les unit (conjoint, concubin, enfants, ascendants à charge, ...).

**Fiche de paramétrage Déclaration Sociale Nominative (DSN):** La fiche de paramétrage permet d'obtenir les éléments nécessaires et suffisants pour le paramétrage du logiciel de paie.

**Institution de Prévoyance** :
La Caisse Réunionnaise de Prévoyance (CRP) est une institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre 9 du Code de la Sécurité sociale. C'est une personne morale de droit privé ayant un but non lucratif, administrée paritairement par des membres adhérents et des membres participants.

**Opération collective** :
Il s'agit de l'opération par laquelle une entreprise adhère, par la signature d'un bulletin d'adhésion ou contrat d'adhésion au Règlement de la CRP, au profit de ses salariés ou d'une catégorie d'entre eux, dans le but de couvrir des prestations ou des risques (Maternité, Invalidité, Incapacité, Décès, Santé…).

- Elle est dite opération collective à adhésion obligatoire lorsque les salariés concernés sont obligatoirement affiliés à la CRP.

- Elle est dite opération collective à adhésion facultative lorsque les salariés concernés sont libres de s'affilier à la CRP, dont ils deviennent membres participants.

**Opération individuelle** :
Il s'agit de l'opération par laquelle un salarié ou un ancien salarié d'un adhérent à la CRP ou un de ses ayants droit adhère individuellement par la signature d'un bulletin d'adhésion ou contrat d'adhésion au Règlement de la CRP en vue de s'assurer la couverture de prestations ou de risques (Maternité, Invalidité, Incapacité, Décès, Santé…). Le salarié, ancien salarié et ayant droit qui adhère sur cette base à la CRP en devient membre participant.

**Participants** :
Les membres participants sont les salariés affiliés à la CRP par l'entreprise adhérente, les anciens salariés de l'entreprise adhérente ainsi que leurs ayants droit qui sont affiliés à la CRP, ces personnes ayant aussi cette qualité à compter du jour où la CRP liquide leur droit à prestation.

**Portabilité des droits** : Mécanisme par lequel l'employeur est tenu de proposer le maintien des garanties santé et prévoyance aux anciens salariés, dont la rupture du contrat de travail ouvre droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, **en dehors du cas de licenciement pour faute lourde.**

**Résiliation infra-annuelle** : Réforme mise en place par la loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 et le décret d'application n° 2020-1438 du 24 novembre 2020 qui permet à l'Adhérent souscripteur ou au membre participant d'un contrat complémentaire santé en tacite reconduction, de résilier son contrat ou de dénoncer son adhésion ou son affiliation à tout moment, à compter du 1er décembre 2020 après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités.

**Télémédecine :**
Pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, 24h/24 et 7 jours/7, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient (articles L.6316-1 du Code de la santé publique).

**Télésurveillance médicale :**
La télésurveillance permet à un professionnel médical d'analyser à distance les données médicales de santé d'un patient recueillies sur son lieu de vie. C'est une branche de la télémédecine.

**Ticket modérateur :**
Partie des dépenses de santé qui reste à la charge du salarié après le remboursement de l'Assurance maladie. Son taux varie en fonction des actes et médicaments, de la situation du salarié, et du respect ou non du parcours de soins coordonnés. La complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie du ticket modérateur.

**100% santé :**
Réforme mise en place par les décrets n°2019-21 du 11 janvier 2019 et n°2025-1131 du 26 novembre 2025 qui permet d'assurer un accès à certains équipements d'optique, dentaires, d'audioprothèse, de fauteuils roulants et de prothèses capillaires sans aucun reste à charge après l'intervention de l'assurance maladie et des complémentaires santé.

## Article 1. Objet du règlement

La Caisse Réunionnaise de Prévoyance (CRP) est une Institution de Prévoyance régie par les dispositions des Titres III et V du Livre 9 du Code de la Sécurité sociale dont le siège social est situé 2bis, Ruelle Pavée, 97400 Saint-Denis.

Le règlement de la CRP, dénommée ci-après l'Institution, a pour objet de fixer les conditions générales dans lesquelles sont accordées les garanties de remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité aux salariés, anciens salariés et ayants droit de salariés des entreprises adhérant à l'Institution.

### 1.1. Opérations collectives

L'adhésion au présent règlement permet la mise en place d'une couverture collective à adhésion obligatoire ou facultative par une entreprise.

Dans ce cas, conformément à l'article L.911-1 du Code de la Sécurité sociale, les garanties sont déterminées et instaurées soit :

- par voie de conventions ou d'accords collectifs,
- par référendum, à la suite de la ratification à la majorité des salariés intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise,
- par une décision unilatérale du chef d'entreprise constatée dans un écrit remis par celui-ci à chaque intéressé.

✔ Contrat socle collectif à adhésion obligatoire

Le contrat complémentaire souscrit par l'entreprise adhérente intervenant en premier après la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et couvrant obligatoirement l'ensemble des salariés participants est dit « contrat socle collectif à adhésion obligatoire ».

✔ Contrat collectif à adhésion facultative – Extension famille

En fonction de la structure d'affiliation du « contrat socle » choisie, l'entreprise adhérente aura la possibilité de souscrire auprès de l'Institution à un deuxième niveau de garantie sous la forme d'une adhésion facultative pour élargir la couverture aux ayants droit des participants, dit « contrat collectif à adhésion facultative – Extension famille ».

✔ Contrat surcomplémentaire collectif à adhésion facultative

Afin de permettre à ses salariés et à leurs ayants droit qui le souhaitent, de bénéficier d'un niveau de couverture plus étendu et/ou supérieur que celui proposé par le contrat socle obligatoire, l'entreprise adhérente aura la possibilité de souscrire auprès de l'Institution à d'autres contrats d'assurance maladie complémentaire qui interviennent sous déduction du remboursement opéré par le régime d'assurance maladie obligatoire et le (ou les) contrat(s) d'assurance maladie complémentaire, dans la limite des frais réels, dits « contrats surcomplémentaires collectifs à adhésion facultative ».

### 1.2. Opérations individuelles

L'adhésion au présent règlement permet une couverture individuelle.
Dans ce cas, les garanties sont déterminées par l'adhésion à un règlement de la CRP par le salarié ou l'ancien salarié d'une entreprise adhérente ou l'un de ses ayants droit, conformément à l'article L.932-14 du Code de la Sécurité sociale.
Sont également considérées comme des opérations individuelles :

- Le maintien des garanties de santé qui sont issues du mécanisme de portabilité en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale (contrat de maintien conformément au mécanisme de la portabilité).
- Le maintien des garanties de santé qui sont issues de la mise en jeu des dispositions de portabilité telles que prévues par l'article 4 de la loi Évin (Contrat de maintien de la garantie santé sans condition de durée).

## 1.3. Opérations complémentaires responsables et solidaires

### 1.3.1. Opérations Responsables

**Le présent règlement respecte** les exigences fixées par les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale actuellement en vigueur et observe **les dispositions qualifiant les contrats complémentaires santé de « Responsables ».**

**a) Prise en charge minimale**

**1°/ Cadre général**

Le présent règlement prend en charge obligatoirement le remboursement des frais de santé engagés par les participants aux conditions suivantes dès la prise d'effet du contrat :

- 100% du ticket modérateur des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire (y compris pour les actes de prévention), **sauf pour l'homéopathie et les frais de cure thermale,**
- 100% du ticket modérateur sur les frais d'hospitalisation, avec ou sans hébergement, et sur les consultations et actes externes des établissements de santé,
- 100% du forfait journalier hospitalier des établissements de santé (structures d'hébergement médico-sociales exclues), sans limitation de durée,
- 100% de la participation forfaitaire de 32 euros pour certains actes coûteux (article R.160-16,I du Code de la Sécurité sociale),
- 100% du forfait patient urgences (FPU) pour chaque passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé autorisée non suivi d'une hospitalisation (cf. article 6.5 du présent règlement).

**2°/ Dispositifs médicaux 100% Santé**

Le présent règlement prévoit le remboursement intégral des frais exposés par le participant en sus des tarifs de responsabilité, conformément aux exigences du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 (optique, dentaire, audiologie) et du décret n°2025-1131 du 26 novembre 2025 (fauteuils roulants et prothèses capillaires) :

- **Pour l'optique :**

  Pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée, dite Classe A - 100% Santé, définie en application du deuxième alinéa de l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale, la prise en charge s'effectue dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale.

- **Pour les soins dentaires prothétiques :**

  Dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L.162-9 du Code de la Sécurité sociale ou, en l'absence de convention applicable par le règlement arbitral prévu

à l'article L.162-14-2 du même Code, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques, dit panier 100% santé, la prise en charge intégrale se fait pour les couronnes, les bridges et prothèses fixes ainsi que pour l'ensemble des actes du panier 100% santé, dont les prothèses amovibles notamment.

- **Pour les dispositifs médicaux d'aides auditives :**

  L'équipement appartenant à une classe à prise en charge renforcée, dite Classe I – 100% Santé définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale est pris en charge dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale.

- **Pour les fauteuils roulants au 1er décembre 2025 :**

  L'acquisition de véhicules destinés à des personnes en situation de handicap inscrits sur la liste mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale et faisant l'objet d'une prise en charge renforcée est prise en charge dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale.

- **Pour les prothèses capillaires au 1er janvier 2026 :**

  L'acquisition des prothèses capillaires appartenant à une classe à prise en charge renforcée, dite Classe II – 100% Santé définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale est prise en charge dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale.

**b) Prise en charge encadrée autre que 100% santé**

Selon la nature et le niveau des garanties choisis par l'Adhérent et précisés au bulletin d'adhésion ou au contrat d'adhésion, le remboursement des frais de santé engagés par les participants au-delà du ticket modérateur en matière de dépassements d'honoraires ou de frais médicaux spécifiques peut intervenir, sous réserves des limites définies ci-après.

- **Plafonnement de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérant à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO) :**

Lorsque la prise en charge des dépassements d'honoraires du médecin non adhérent à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO) est prévue au bulletin d'adhésion ou au contrat d'adhésion, elle s'effectue dans la double limite :

- De 100% de la base de remboursement **;**
- Et, du montant pris en charge pour les dépassements des médecins adhérant à l'OPTAM et l'OPTAM-CO minoré d'un montant égal à 20% de la base de remboursement.

La valeur la plus faible de ces deux limites sera retenue par l'Institution.

**- Encadrement de la prise en charge des équipements d'optique**

**1°/ Équipements d'optique médicale de classe B – autres que 100% Santé**

Le bulletin d'adhésion ou le contrat d'adhésion peut prévoir la prise en charge d'équipement d'optique médicale de classe B (autre que celui de classe A) à tarifs libres, remboursés dans les limites prévues au contrat. Cette prise en charge est établie dans le respect des planchers et plafonds différents en fonction du niveau de correction nécessaire tel que définis ci-dessous :

| Catégorie | Équipement | Verres associés | Prise en charge minimale « contrat responsable » | Prise en charge minimale « contrat ANI » * | Prise en charge maximale « contrat responsable »** |
|---|---|---|---|---|---|
| **A** | Équipement composé d'une monture et de 2 verres « simples » | **<u>Deux Verres unifocaux :</u>**<br>- Sphère comprise entre – 6 et + 6<br>- Sphère comprise entre – 6 et 0 et Cylindre <= + 4<br>- Sphère positive et dont la somme sphère + cylindre <= 6 | 50 € | 100 € | 420 € |
| **B** | Équipement mixte composé d'une monture et d'un verre « simple » et un verre « complexe » | **Équipement composé d'un verre de catégorie A et d'un verre de catégorie D** | 125 € | 150 € | 560 € |
| **C** | Équipement mixte composé d'une monture et d'un verre « simple » et un verre « hyper complexe » | **Équipement composé d'un verre de catégorie A et d'un verre de catégorie F** | 125 € | 150 € | 610 € |
| **D** | Équipement composé d'une monture, de deux verres « complexes » ou de deux verres « simples » | **<u>Deux verres appartenant à une des catégories ci-dessous :</u>**<br>**Verre unifocal :**<br>- Sphère hors zone de - 6 à + 6<br>- Sphère comprise entre – 6 et 0 et Cylindre > + 4<br>- Sphère < - 6 et Cylindre >= 0,25<br>- Sphère positive et dont la somme sphère + cylindre > 6<br><br>**Ou verre multifocal ou progressif :**<br>- Sphère comprise entre – 4 et + 4<br>- Sphère comprise entre – 8 et 0 et Cylindre <= + 4<br>- - Sphère positive et dont la somme sphère + cylindre <=8 | 200 € | 200 € | 700 € |
| **E** | Équipement mixte composé d'une monture, d'un verre « complexe » et d'un verre « hyper complexe » | **Équipement composé d'un verre de catégorie D et d'un verre de catégorie F** | 200 € | 200 € | 750 € |
| **F** | Équipement composé d'une monture et de deux verres « hyper complexes » | **<u>Deux verres multifocaux ou progressifs :</u>**<br>- Sphère hors zone entre – 4 et + 4<br>- Sphère comprise entre – 8 et 0 et Cylindre > + 4<br>- Sphère < – 8 et Cylindre > = 0,25<br>- Sphère positive et dont la somme sphère + cylindre >8 | 200 € | 200 € | 800 € |

* Ces conditions s'imposent aux contrats prévus aux articles D.911-1 et suivants et R.871-2 (contrats conclus en application du II de l'article L.911-7 du Code de la Sécurité sociale) du Code de la sécurité sociale.

**** La couverture de la monture est limitée à 100€ au sein du remboursement de l'équipement global.**

Les planchers et plafonds incluent systématiquement l'intégralité de la participation du participant (ticket modérateur) et la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Ils n'incluent pas la prestation d'appairage, le supplément pour verres avec filtres et la prestation d'adaptation.

**2°/ Équipements d'optique médicale mixte de classe A 100% Santé et de classe B – autres que 100% Santé**

Les planchers et plafonds décrits au 1°/ s'appliquent également lorsque l'équipement est composé d'une monture appartenant à la classe A -100% Santé et de verres appartenant à la classe B (autres que 100% Santé) et réciproquement. Dans ce cas 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.

| **Composition de l'équipement**<br><br>Classe A - 100 % santé<br>Classe B : autres que Classe A - 100% Santé | **Prise en charge des verres** | **Prise en charge de la monture** |
|---|---|---|
| **2 verres classe A + monture classe B** | Intégrale dans le respect des prix limite de vente de la classe A - 100 % santé * | Dans la limite du plafond hors 100 % santé (classe B) du contrat, déduction faite du coût des verres **et** dans la limite de 100 euros |
| **2 verres classe B + monture classe A** | Dans la limite du plafond hors 100 % santé (classe B) du contrat, déduction faite du coût de la monture | Intégrale dans le respect du prix limite de vente de la classe A - 100 % santé |

(*) Les prestations d'appairage ainsi que le supplément des verres avec filtres sont pris en charge intégralement pour les verres de classe A, dans la limite des prix limites de vente.

- **Encadrement de la prise en charge des soins dentaires prothétiques**

Frais de soins dentaires prothétiques autres que 100% Santé :

- Le panier aux « tarifs maîtrisés » : actes plafonnés aux tarifs encadrés avec un reste à charge modéré.
- Le panier aux « tarifs libres » : libre choix des techniques et matériaux sans plafonnement des tarifs et avec un reste à charge.

Les soins dentaires prothétiques autres que ceux relevant du « 100 % santé » sont couverts a minima à hauteur de 55 % en sus des tarifs de responsabilité conformément aux dispositions de l'article D.911-1 du Code de la Sécurité sociale.

- **Encadrement de la prise en charge des prothèses auditives**

Équipements médicaux d'aides auditives de classe II (arrêté du 14 novembre 2018) – autres que 100% Santé

Le bulletin d'adhésion ou le contrat d'adhésion peut également prévoir la prise en charge d'une aide auditive de classe II (tarifs libres) dans le respect d'un plafond de 1700 euros par oreille appareillée (incluant le ticket modérateur et la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire).

Le plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telle que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.

- **Encadrement de la prise en charge des prothèses capillaires**

Équipements médicaux de prothèses capillaires de classe III et IV – autres que 100% Santé

Le bulletin d'adhésion ou le contrat d'adhésion peut également prévoir la prise en charge de prothèses capillaires de classe III dans le respect des prix limites de vente définis par la réglementation et de classe IV (tarifs libres) (incluant le ticket modérateur et la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire).

**c) Périodicité du renouvellement des équipements optique et auditif du panier de soins 100% santé et autres que 100% santé**

- **Renouvellement d'équipements d'optique médicale du panier de soins 100% santé et autres que 100% santé**

La prise en charge d'équipement d'optique médicale (2 verres + 1 monture) est limitée à un équipement par participant par période de deux ans.

Cette période est réduite à :

- un an pour l'acquisition d'un équipement pour un enfant de moins de 16 ans,

- 6 mois pour les enfants de moins de 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entrainant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Un renouvellement anticipé est possible selon les dispositions décrites dans l'arrêté du 3 décembre 2018 :

-Pour les participants de 16 ans et plus : tous les ans pour l'acquisition d'un équipement complet (monture + 2 verres), en cas d'évolution justifiée de la vue,

- Pour les enfants de moins de 16 ans : sans délai pour l'acquisition de verres, en cas de dégradation justifiée des performances oculaires,

-Pour l'ensemble des participants : sans délais en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières.

La prise en charge dérogatoire de deux équipements est autorisée uniquement sur prescription médicale pour les patients ayant :

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux ; la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun des deux déficits (vision de près, vision de loin),
- une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique : la prise en charge peut couvrir deux équipements de correction différentes à porter en alternance.

Ces dispositions s'appliquent, en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées au cours des périodes susmentionnées.

L'appréciation des périodes susmentionnées se fait à partir de la dernière facturation de l'équipement d'optique médicale.

Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

- **Renouvellement d'équipements médicaux d'aides auditives du panier de soins 100% santé et hors 100% santé**

La prise en charge d'un équipement médical d'aide auditive est limitée à un équipement par oreille par période de quatre ans.

La périodicité du renouvellement s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive à l'issue de la période d'essai de 30 jours minimum.

Ces dispositions s'appliquent à partir du 1er janvier 2021 et tiennent compte des quatre années antérieures.

Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

**d) Interdictions de prise en charge**

**Conformément à la règlementation applicable aux contrats responsables, le présent Règlement ne prend pas en charge le remboursement des frais de santé suivants :**

✔ **la participation forfaitaire de 2€ pour les actes médicaux et les consultations d'un médecin ou d'un établissement de santé**

✔ **les franchises médicales**

✔ **la majoration du ticket modérateur pour les actes exécutés hors parcours de soins**

✔ **les dépassements d'honoraires autorisés hors parcours de soins.**

**e) Tiers payant**

Toutes les garanties souscrites à titre obligatoire ouvrent droit au tiers payant au moins à hauteur du tarif de responsabilité.
**Le tiers payant est appliqué à hauteur du reste à charge intégralement couvert sur les équipements et soins du panier « 100% Santé » (Reste à charge à zéro pour l'optique, l'audiologie et le dentaire)** pour lesquels les participants et leurs ayants droit ont opté (cf. article 1.3. Opérations complémentaires responsables et solidaires - 2°/ Dispositifs médicaux 100% Santé du présent Règlement).

1.3.2. Opérations Solidaires

Afin de respecter le caractère « Solidaire » des contrats complémentaires santé, l'Institution ne recueille pas d'informations médicales auprès du participant ou de ses ayants droit souhaitant bénéficier de cette couverture.

Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé du participant ou de ses ayants droit.

## Article 2. Adhésion

L'engagement réciproque de l'entreprise adhérente ou du membre participant et de la CRP résulte de la signature du bulletin d'adhésion ou contrat d'adhésion au Règlement.

Avant cette signature, l'Institution de Prévoyance remet obligatoirement à l'Adhérent le règlement correspondant et la proposition de bulletin d'adhésion ou contrat d'adhésion à celui-ci ainsi que les annexes respectives.

Cette adhésion est susceptible d'être complétée ou modifiée par voie d'avenants.

## 2.1. Dans le cadre des opérations collectives

### 2.1.1. Les conditions d'adhésion

Les entreprises qui souhaitent adhérer à l'Institution, ou modifier le ou les régimes complémentaires Frais de Santé souscrit(s) auprès de cette Institution, doivent fournir :

✔ La « proposition de bulletin d'adhésion ou contrat d'adhésion » ou « la proposition d'avenant au bulletin d'adhésion ou au contrat d'adhésion » par laquelle l'entreprise déclare vouloir adhérer aux statuts et au règlement de l'Institution et indique les régimes complémentaires qu'elle entend appliquer en précisant les catégories de personnel qui en bénéficient ;

✔ Un original ou une copie certifiée conforme de tout registre officiel (extrait Kbis par exemple) constatant sa dénomination, sa forme juridique et son siège social ;

✔ Les renseignements relatifs au groupe qu'elle envisage de garantir, à son importance ou à ses caractéristiques sociodémographiques, à la nature des garanties qu'elle envisage de souscrire, au caractère collectif ou individuel, obligatoire ou facultatif des garanties. Dans l'objectif de permettre à l'Institution d'apprécier le risque assuré et sa modification, l'entreprise doit déclarer toute situation de cumul emploi retraite du personnel assurable d'une part à la souscription du contrat, et d'autre part en cours de contrat dans un délai de 30 jours à compter de la survenance de la situation ou de la nouvelle entrée de salarié concerné. Cette déclaration s'effectue par les flux mensuels DSN et si nécessaire sur demande de l'Institution au moyen de la liste nominative du personnel assurable ou des bulletins individuels d'affiliation complétés et signés ;

✔ Une liste faisant apparaitre : le nom, prénoms, date de naissance, numéro d'immatriculation à la Sécurité sociale, situation de famille, ainsi que le nombre d'enfants à charge :

- des salariés inscrits aux effectifs ;
- des anciens salariés dont le contrat de travail a été rompu et qui demeurent bénéficiaires d'un maintien de garantie au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

*Catégories objectives :*

Pour bénéficier de l'exclusion de l'assiette des cotisations de sécurité sociale prévue au sixième alinéa de l'article L.242-1 du Code de la Sécurité sociale, les garanties souscrites par l'entreprise doivent être obligatoires et les catégories de personnel couvertes par les dispositifs de protection sociale doivent répondre aux exigences relatives aux catégories objectives fixées aux articles R.242-1-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

*Dispenses d'affiliation :*

Au moment de la mise en place du régime de protection sociale complémentaire, certaines dispenses d'affiliation sont prévues par l'article R.242-1-6 du Code de la Sécurité sociale.
En cas de dispenses d'affiliation de salariés, l'Adhérent doit effectuer sa déclaration auprès de l'Institution directement en ligne via son espace RH.

### 2.1.2. L'affiliation des participants

✔ *Dans le cadre des opérations collectives à adhésion obligatoire,* l'Adhérent s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs appartenant aux catégories de personnel assurées et à adresser les bulletins individuels d'affiliation complétés par les participants, **dans les quinze jours à l'Institution ou directement en ligne via son espace RH.**

✔ *Dans le cadre des opérations collectives à adhésion facultative,* l'Adhérent s'engage à proposer l'affiliation à tous les salariés présents et futurs appartenant aux catégories de personnel assurées et

à adresser à l'Institution les bulletins individuels d'affiliation complétés par les participants, **dans les trois mois qui suivent :**

**- Soit :**
- **La date d'effet du contrat,**
- **La date d'embauche des nouveaux salariés,**
- **Un changement de situation familiale des salariés,**

**- Soit au 1er jour de chaque année civile.**

Pour la prise d'effet de la demande d'affiliation du salarié au contrat santé collectif facultatif Extension famille ou au contrat surcomplémentaire collectif facultatif :
- Si celle-ci a été réalisée le même mois que la date d'effet du contrat socle, la date d'effet retenue sera la date d'effet du contrat socle,
- Si celle-ci a été réalisée un mois suivant, la date d'effet retenue sera le 1er jour du mois suivant,
- Si celle-ci a été réalisée dans le trimestre de la prise d'effet du contrat socle, la date d'effet retenue sera le 1er jour du mois suivant,
- Si celle-ci a été réalisée au-delà des trois mois, la date d'effet retenue sera le 1er jour de l'année suivante soit au 01/01/N+1.

Dans tous les cas, pour bénéficier des garanties, les salariés de l'Adhérent doivent compléter et signer un bulletin individuel d'affiliation en indiquant la liste de leurs ayants droit s'il y a lieu. Ils doivent remettre à l'Adhérent leur bulletin accompagné des pièces nécessaires à l'affiliation.

Dans le cadre des opérations collectives à adhésion facultative (« Extension ») et/ou surcomplémentaires facultatives :
- en cas de précompte des cotisations assuré par l'Adhérent, l'Adhérent doit transmettre les affiliations à l'Institution **directement en ligne via son Espace RH ;**
- en l'absence de précompte des cotisations par l'Adhérent, le salarié participant doit effectuer l'affiliation auprès de l'Institution **directement en ligne via son Espace Assuré Santé.**

**L'Institution doit être informée des modifications de situation professionnelle des participants, notamment de la suspension ou de la rupture du contrat de travail, dans un délai de quinze jours.** Dans ce cas, **la radiation du participant sera effective à la fin du mois au cours duquel l'Institution a reçu l'information.**

Les anciens salariés couverts par un autre organisme assureur, antérieurement à la date d'effet de l'adhésion au présent règlement, et bénéficiant de droits au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, sont soumis aux mêmes modalités d'affiliation que les salariés actifs.

### 2.2. Dans le cadre des opérations individuelles de portage

✔ Peuvent adhérer à titre individuel, auprès de l'Institution, à un régime complémentaire Frais de Santé sans formalités médicales et sans période probatoire :

- les anciens salariés bénéficiant :
  - de prestations d'incapacité ou d'invalidité,
  - ou d'une pension de retraite,
  - ou d'un revenu de remplacement s'ils sont privés d'emploi,

Les ayants droit des anciens salariés répondant à l'un des critères ci-dessus peuvent également en bénéficier.

- et les éventuels ayants droit du participant décédé.

**Les intéressés doivent en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou le décès du participant.**

**Dans le cas particulier de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, le terme du délai de six mois est reporté à la date à laquelle le bénéfice du maintien des garanties prend fin.**

✔ Il peut être proposé aux salariés membres participants, en cas de résiliation de l'adhésion de leur entreprise au présent règlement, l'adhésion au présent règlement à titre individuel, sans formalités médicales et sans période probatoire, s'ils en font la demande dans les deux mois avant la date d'effet de la résiliation.

### 2.3. Définition des ayants droit

Lorsqu'ils bénéficient des prestations, les ayants droit du participant sont au sens de l'assurance maladie complémentaire :

✔ Son conjoint, et à défaut :

- Son partenaire lié par un pacte civil de solidarité au participant (pacs), non dissout et non rompu,
- Son concubin célibataire, veuf ou divorcé, s'il réside sous le même toit que le participant, l'adresse figurant sur le décompte de la Sécurité sociale faisant foi, le participant et le concubin ne doivent être mariés, ni l'un ni l'autre, ni liés par un pacte civil de solidarité.

✔ Ses enfants légitimes, naturels, reconnus ou non, adoptés ou recueillis sur décision de justice de placement dans la famille du participant, ceux de son conjoint, ceux de son partenaire pacsé ou de son concubin, **âgés de moins de 21 ans** et réunissant une des conditions suivantes :

- considérés comme à charge fiscale du participant ou de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin,
- immatriculés personnellement à la Sécurité sociale et exerçant une activité professionnelle procurant des revenus inférieurs à 55 % du SMIC.

**Cette limite d'âge peut être prorogée jusqu'au 27ème anniversaire pour les enfants remplissant l'une des conditions ci-dessus et sous réserve qu'ils poursuivent leurs études.**

**Les enfants jusqu'à leurs 27 ans et remplissant l'une des deux conditions ci-dessus, peuvent continuer de bénéficier des prestations frais de santé de l'un de leurs parents, une année supplémentaire à compter de la fin de leurs études**

Aucune limite d'âge n'est requise pour les enfants handicapés s'ils ouvrent droit à l'allocation d'éducation pour enfant handicapé prévue à l'article L.541-1 du Code de la Sécurité sociale ou perçoit l'allocation aux adultes handicapés prévue à l'article L.821-1 de ce Code, sous réserve que leur incapacité ait été reconnue avant leur 18ème anniversaire (ou avant leur 27ème anniversaire pour ceux qui respectaient les conditions du paragraphe précédent).

✔ Ses descendants, ceux de son conjoint, ceux de son partenaire pacsé ou de son concubin, autres que ses enfants légitimes, naturels, reconnus ou non, adoptés ou recueillis sur décision de justice de

placement dans la famille du participant, **âgés de moins de 21 ans,** non scolarisés, qui sont à sa charge totale, effective et permanente.

✔ Ses ascendants, ceux de son conjoint, ceux de son partenaire pacsé ou de son concubin, qui sont à sa charge effective selon les règles fiscales.

### 2.4. Structures d'affiliation

L'Adhérent peut choisir l'affiliation de ses salariés parmi l'une des structures définies ci-après. D'autres types de structures d'affiliation peuvent être proposées par l'Institution et seront précisées dans ce cas aux Conditions Particulières. Les cotisations seront déterminées en fonction de cette structure.

✔ La structure Assuré seul

L'affiliation du participant est obligatoire.

✔ La structure Tarif Unique Famille (TUF)

L'affiliation du participant est obligatoire, elle entraine de plein droit celle de ses ayants droit.

✔ La structure Assuré seul / Famille

L'affiliation du participant est obligatoire. Toutefois, le participant peut :

- Être affilié seul,
- Ou être affilié avec l'ensemble de ses ayants droit : dans ce cas, c'est l'intégralité des membres de sa famille qui sera couverte.

**Le changement de la structure « famille » vers « assuré seul » est définitif sauf en cas de modification de la situation familiale.**

✔ La structure Assuré seul/ Duo/ Famille

L'affiliation du participant est obligatoire. Toutefois, le participant peut :

- Être affilié seul,
- Ou être affilié avec son unique ayant droit,
- Ou être affilié avec l'ensemble de ses ayants droit : dans ce cas, c'est l'intégralité des membres de sa famille qui sera couverte.

**Le changement d'une structure vers une autre des deux structures est définitif sauf en cas de modification de la situation familiale.**

✔ La structure Assuré seul / Extension Famille

L'affiliation du participant est obligatoire ; elle peut être étendue, au choix du participant, à l'ensemble de ses ayants droit moyennant une souscription à un contrat collectif à adhésion facultative.

✔ La structure Assuré seul/ Extension Duo/ Extension Famille

L'affiliation du participant est obligatoire ; elle peut être étendue, au choix du participant, moyennant une souscription à un contrat collectif à adhésion facultative :

- A son ayant droit,
- Ou à l'ensemble de ses ayants droit.

✔ La structure Assuré seul/ Extension Conjoint/ Extension Enfant

L'affiliation du participant est obligatoire ; elle peut être étendue, au choix du participant, moyennant une souscription à un contrat collectif à adhésion facultative :

- A son conjoint,
- Ou aux enfants.

### 2.5. Acceptation de l'adhésion

L'acceptation de l'adhésion est soumise à l'accomplissement des formalités administratives, mentionnées aux articles 2.1.1 et 2.1.2 du présent règlement, tant par les entreprises adhérentes que par les salariés dont l'affiliation est demandée.

L'adhésion à titre individuel n'est soumise à aucune période probatoire, ni à aucun examen ou questionnaire médical.

### 2.6. Prise d'effet et renouvellement de l'adhésion

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le Bulletin d'adhésion ou Contrat d'adhésion et expire au 31 décembre de l'année en cours.
Toute nouvelle adhésion consécutive à la résiliation d'un contrat dans le cadre d'une résiliation infra annuelle ne peut prendre effet avant la date effective de dénonciation de l'ancienne adhésion ou de résiliation de l'ancien contrat.

#### 2.6.1. Opérations collectives

Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année, sauf résiliation à l'initiative de l'une ou l'autre partie, signifiée par lettre recommandée au moins deux mois avant l'échéance de l'adhésion au présent règlement, et sauf résiliation pouvant intervenir en cours d'année, conformément aux dispositions précisées à l'article 4.7.1.

#### 2.6.2. Opérations individuelles

Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année, sauf résiliation à l'initiative du participant, signifiée par lettre recommandée au moins deux mois avant l'échéance de l'adhésion au présent règlement, et sauf résiliation pouvant intervenir en cours d'année, conformément aux dispositions précisées à l'article 4.7.1.

Conformément à l'article L.932-21-1 du Code de la Sécurité sociale, la date limite d'exercice par le participant du droit de résiliation de l'affiliation est rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation.

Lorsque cet avis lui est adressé moins de 15 jours avant cette date, ou après cette date, le participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis (cachet de la poste faisant foi) pour dénoncer la reconduction.

L'Institution ne peut procéder à la résiliation sauf résiliation exceptionnelle pouvant intervenir en cours d'année, en cas de non- paiement.

### 2.7. Faculté de renonciation

Dans l'hypothèse d'une adhésion facultative ou individuelle, le membre participant peut renoncer à l'adhésion par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.932-12-2 du Code de la Sécurité sociale, pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'adhésion a pris effet, en application de l'article L.932-15 du Code de la Sécurité sociale.

La notification de la renonciation du participant doit être envoyée à l'adresse suivante :

**CRP**
**2 bis, Ruelle Pavée**
**BP 60766**
**97475 Saint-Denis Cedex**

Lorsque le participant fait usage de ce droit de renonciation, l'Institution lui rembourse dans un délai de trente jours les cotisations qu'elle a perçues.

### 2.8. Fausse déclaration

**L'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part du Participant ou de l'Adhérent de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser l'appréciation par l'Institution. Les cotisations payées à ce titre demeurent acquises à l'Institution.**

## Article 3. Obligations d'informations de l'Adhérent (Opérations collectives)

### 3.1. Obligations déclaratives

L'Adhérent fait parvenir à l'Institution, mensuellement, la liste des participants et les cotisations afférentes, en utilisant la Déclaration Sociale Nominative (DSN).

Celle-ci contient toutes les informations relatives à l'effectif de la catégorie de salariés assurée, aux mouvements de personnel (embauche, suspension et fin de contrat de travail, motif de la rupture du contrat de travail, arrêt maladie …).

L'Adhérent s'assure d'utiliser les données fournies dans la dernière fiche de paramétrage déposée sur le site internet net-entreprises.fr, pour transmettre la DSN.

La DSN permet d'informer automatiquement l'Institution des données concernant chaque participant : le nom, prénoms, date de naissance, numéro d'immatriculation à la Sécurité sociale, date d'entrée, date de sortie dans le mois.
Dans tous les cas, l'Adhérent tient ses états de personnel à la disposition de l'Institution pour consultation éventuelle.

**L'Adhérent doit signaler via la DSN toutes les modifications de situation professionnelle et/ou personnelle de ses salariés à l'Institution au maximum dans les 30 jours qui suivent l'évènement.**

**La DSN doit être transmise durant le mois suivant la période d'emploi rémunérée.**
La date diffère selon l'effectif de l'entreprise :

- Si l'entreprise emploie **moins de 50 salariés**, la DSN doit être faite **au plus tard le 15 du mois** qui suit la période de travail rémunérée.
- Si l'entreprise emploie **50 salariés et plus**, la DSN doit être faite **au plus tard le 5 du mois** qui suit la période de travail rémunérée.

**En cas de non-respect du délai, le recouvrement des cotisations afférentes sera dû.**

### 3.2. Changement de situation juridique et économique

L'Adhérent s'engage à signaler immédiatement tout changement de sa situation juridique et économique par lettre recommandée avec avis de réception à l'Institution afin de lui permettre :

- de maintenir ou d'adapter les garanties des participants,

- ou de procéder à la résiliation de l'adhésion par lettre recommandée avec avis de réception en cas de circonstances nouvelles, telles que :

- toutes procédures de licenciement visant plus de 10% de l'effectif assuré,
- toute diminution des effectifs (y compris les fins de CDD, ruptures conventionnelles, …) visant plus de 10% de l'effectif assuré,
- la mise en place d'un plan de sauvegarde de l'Emploi,
- toutes procédures collectives telles qu'une procédure de sauvegarde, ou de redressement et/ou de liquidation judiciaire visées aux articles L.621-1 et suivants, L.631-1 et suivants, L.641-1 et suivants du Code du commerce (consultable sur le site www.légifrance.fr) en lui communiquant les coordonnées du mandataire, de l'administrateur et/ou du liquidateur judiciaire.

L'effectif à prendre en compte est celui des actifs au 1er janvier de chaque année.

### 3.3. Notice d'information à destination des participants

Une Notice d'information établie par l'Institution, doit être remise aux participants par l'Adhérent. Celle-ci définit les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir pour obtenir un remboursement. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que des délais de prescription conformément à l'article L.932-6 du Code de la Sécurité sociale.

La non-information du salarié participant sur l'étendue des garanties constitue un préjudice pour lequel il peut demander réparation.

En cas de litige, la preuve de la remise de la Notice d'information au participant et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'Adhérent.

Afin de prouver que vous avez bien informé vos collaborateurs, nous vous conseillons de leur faire signer un accusé de réception lorsque vous leur remettez la notice. Cette précaution peut s'avérer utile.

Sans preuve, vous serez tenu comme responsable. Le juge appréciera alors le montant des dommages éventuels.

### 3.4. Cumul d'assurances

En cas d'adhésion à plusieurs règlements ou de souscription à plusieurs contrats d'assurance complémentaire ou surcomplémentaire de frais de santé auprès de différents organismes assureurs, l'Adhérent ou le participant s'engage à informer l'Institution dès la souscription desdits contrats.

À défaut, l'Institution ne pourra voir sa responsabilité engagée en cas de remise en cause du caractère responsable de ses contrats par les administrations fiscales ou sociales.

## Article 4. Durée des garanties

### 4.1. Prise d'effet des garanties

#### 4.1.1. Opérations collectives

Les garanties prennent effet, pour l'Adhérent à la date de prise d'effet de son adhésion, ou de l'avenant à son adhésion, à l'Institution, puis pour chacun des participants, à la date de prise d'effet de leur affiliation.

L'adhésion de l'Adhérent est effective à compter de la date figurant sur le Bulletin d'adhésion ou Contrat d'adhésion dûment complété et signé par l'entreprise.

*a) Pour les Salariés*

Les salariés de l'Adhérent sont, après accord de l'Institution sur les conditions d'adhésion, garantis :

- A la date d'effet d'adhésion de l'entreprise

- Ou à la date d'entrée dans la catégorie de personnel couverte (embauche, promotion), postérieurement à l'adhésion, à condition que soient adressés les bulletins individuels d'affiliation remplis par chaque participant.

*b) Pour les ayants droit*

Les garanties prennent effet :

- A la même date que le participant,

- Ou au jour de l'évènement en cas de changement de situation familiale tel que naissance ou adoption, sous réserve que le bulletin individuel d'affiliation parvienne à l'Institution au plus tard dans les trente jours qui suivent l'évènement ;

- Pour les autres cas, au premier jour du mois civil suivant la demande d'affiliation.

*c) Anciens salariés bénéficiant du maintien des garanties au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale*

Pour les anciens salariés couverts par un autre organisme assureur antérieurement à la date d'effet de l'adhésion, l'Institution leur accorde les garanties prévues au Bulletin d'adhésion ou Contrat d'adhésion s'ils remplissent les conditions pour en être bénéficiaires, et sous réserve du versement du paiement des cotisations correspondantes, quel que soit le débiteur de ces cotisations.

### 4.1.2. Opérations individuelles

Sauf mentions particulières précisées dans le Bulletin d'adhésion ou Contrat d'adhésion, les garanties prennent effet à la date de prise d'effet de l'adhésion du participant au présent règlement.

Pour les ayants droit, les garanties prennent effet dans les conditions prévues aux b) et c) de l'article 4.1.1.

## 4.2. Étendue des modifications de garanties (Opérations collectives)

Pour les garanties dont les montants et modalités sont établis en considération de conditions en vigueur dans d'autres régimes (Sécurité sociale, Agirc-Arrco, etc.), les changements apportés à ces conditions postérieurement aux adhésions ne sauraient avoir pour effet d'augmenter l'étendue des engagements de la Caisse Réunionnaise de Prévoyance qui sera, en pareil cas, fondée à apporter à l'expression de ses garanties, les aménagements nécessaires.

Ces aménagements seront notifiés, par lettre avenant, à l'entreprise adhérente qui disposera d'un délai de deux mois, à compter de la date d'envoi de la lettre avenant pour refuser les modifications apportées.

**En l'absence de réponse de sa part et passé ce délai, il sera considéré que l'entreprise adhérente a accepté les nouvelles conditions.**

En cas de non-acceptation de ces majorations, notifiée à l'Institution, par lettre recommandée avec avis de réception, dans le délai de deux mois précité, la Caisse Réunionnaise de Prévoyance sera fondée à prononcer la résiliation du contrat collectif souscrit par l'entreprise dans les conditions prévues à l'article 4.7.1 du présent Règlement.

## 4.3. Cessation des garanties

### 4.3.1. Opérations collectives

Les garanties cessent pour le participant :

- à la date de prise d'effet de la résiliation de l'adhésion au présent règlement, sauf dans les cas prévus aux articles 4.4 et suivants définis ci-dessous,
- à la date de suspension de contrat de travail du participant sauf application des dispositions de l'article 4.4,
- à la date à laquelle le participant cesse d'appartenir à la catégorie de personnel assurée, sauf en cas de maintien des garanties dans le cadre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale,
- à la date à laquelle l'ancien salarié cesse de remplir les conditions lui permettant de bénéficier du maintien des garanties dans le cadre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, et ce dans la limite de 12 mois,
- à la date d'effet de la retraite de la Sécurité sociale du participant (sauf dans le cas de cumul emploi-retraite),
- à la date du décès du participant.

### 4.3.2. Opérations individuelles

Les garanties cessent pour le participant :

- à la date de prise d'effet de la résiliation de l'adhésion au présent règlement,
- à la date d'effet de la retraite de la Sécurité sociale du participant (sauf dans le cas de cumul emploi-retraite),
- à la date du décès du participant.

### 4.3.3. Situation des ayants droit

Les garanties cessent à la même date que celles du participant. De plus, les garanties cessent à la date à laquelle les ayants droit ne répondent plus aux conditions pour avoir la qualité d'ayant droit, ou à la date à laquelle leur radiation est demandée.

Les membres de la famille, une fois radiés, ne pourront plus bénéficier de la garantie du régime complémentaire souscrit. Cette radiation est définitive.

## 4.4. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail (Opérations collectives)

Les salariés bénéficient des garanties prévues au présent règlement et de leurs évolutions, pendant les périodes de suspension de contrat de travail, dans les situations décrites ci-dessous.

Les garanties sont maintenues tant qu'ils font partie des effectifs de l'Adhérent.

En cas de cumul emploi-retraite, le maintien est limité à la période de versement des indemnités journalières de la Sécurité sociale.

### 4.4.1. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisé

**A compter du 01/01/2022**, les salariés bénéficient des garanties prévues au présent règlement et de leurs évolutions, pendant les périodes de suspension de contrat de travail, s'ils sont bénéficiaires :

- d'un maintien, total ou partiel, de salaire ;

- d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur (Adhérent), qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ;

- bénéficiaires d'un revenu de remplacement versé par l'employeur (Adhérent). Ce cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité…).

Selon le motif de la suspension du contrat de travail, le salarié touchera des indemnités dans les cas suivants :

- chômage partiel ou reconversion professionnelle : les indemnités seront versées par Pôle emploi ;
- congé maladie, maternité, paternité ou adoption : une indemnité journalière est versée par la sécurité sociale accompagnée, le cas échéant, d'un complément salarial de la part de l'employeur ;
- accident du travail ou maladie professionnelle : une indemnité journalière est également versée par la sécurité sociale accompagnée, le cas échéant, d'un complément salarial de la part de l'employeur;
- stage de reclassement professionnel ;
- congé parental d'éducation : les indemnités sont versées par la Caisse d'allocations familiales ;
- formation professionnelle.

Ainsi par exemple, lorsque le salarié est en arrêt maladie ou en congé maternité, il se voit verser une indemnisation de la part de la sécurité sociale.

L'employeur et les salariés doivent acquitter la part de cotisations mise à leur charge par l'acte juridique mis en place au sein de l'entreprise.

Pour les salariés en suspension du contrat de travail bénéficiant d'un maintien de garanties, la base de calcul des cotisations est égale au montant de l'indemnisation perçue ou de la rémunération maintenue, sauf dispositions plus favorables prévues dans l'acte juridique mis en place au sein de l'entreprise.

### 4.4.2. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail non indemnisé

Il n'y a aucune obligation pour l'employeur de maintenir les garanties de frais de santé lorsque le contrat de travail est suspendu sans maintien de salaire ou d'une indemnité.

C'est notamment le cas des motifs suivants :

- Mise à pied disciplinaire ou conservatoire ;
- Congés pour choix personnel : il s'agit par exemple de congés sans solde ou de congés sabbatiques (soumis à une condition d'ancienneté) ;
- Congé pour création ou reprise d'entreprise : soumis à une condition d'ancienneté de 24 mois. Si le salarié respecte cette condition, l'employeur ne peut le lui refuser que si l'entreprise compte moins de 300 salariés ;
- Congé intempéries ou catastrophe naturelle ;
- Congé enfant malade.

Toutefois les salariés peuvent bénéficier des garanties prévues au présent règlement et de leurs évolutions, pendant les périodes de suspension de contrat de travail non indemnisé à condition que :

- L'employeur organise la contribution au maintien des garanties dans son acte juridique :
    - financement patronal de tout ou partie des garanties, sans remise en cause du traitement social de faveur,
    - la part salariale des cotisations reste à la charge du salarié.
- Le maintien des garanties doit bénéficier à tous les salariés qui seraient placés dans une situation identique.

#### 4.4.3. Cas particulier du maintien des garanties en cas de suspension « sanitaire » du contrat de travail non indemnisé

L'article 14 de la loi n°2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire a créé une faculté pour l'employeur de suspendre le contrat de travail des salariés dans l'incapacité de poursuivre leur activité professionnelle faute d'être vaccinés contre la Covid-19.

Pendant la période de suspension de leur contrat de travail non indemnisé, les salariés concernés par l'obligation vaccinale conservent le bénéfice des garanties prévues au présent règlement et de leurs évolutions.

L'employeur a la possibilité d'organiser la contribution au maintien des garanties en respectant le principe que cela doit bénéficier à tous les salariés qui seraient placés dans une situation identique.

### 4.5. Maintien des garanties en cas de portabilité (Opérations collectives)

Conformément aux dispositions de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, le maintien des garanties est accordé à l'ancien salarié, dont la rupture du contrat de travail ouvre droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, **en dehors du cas de licenciement pour faute lourde.**

Le maintien des garanties est accordé à l'ancien salarié s'il remplit, au jour de la cessation du contrat de travail, les conditions cumulatives suivantes :

- le contrat de travail doit être rompu,
- les droits à garanties doivent avoir été ouverts avant la cessation du contrat de travail,
- la rupture du contrat de travail doit ouvrir droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage.

Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des 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.**

Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise.

L'ancien salarié justifie des conditions requises pour le maintien des garanties auprès de l'Institution, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties.

L'Adhérent signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'Institution de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa.

Le maintien des garanties est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties mentionnées au premier alinéa à la date de la cessation du contrat de travail. L'acquisition de la qualité d'ayant droit postérieurement à la cessation du contrat de travail n'ouvre pas droit au bénéfice des garanties maintenues.

Toute suspension du versement des allocations chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de maintien.

**Le maintien des garanties cesse :**

**- à la date de cessation du versement des allocations payées par le régime d'assurance chômage,**

**- à la date de reprise d'une activité professionnelle par l'assuré,**

**- à la date d'effet de la retraite de la Sécurité sociale de l'assuré,**

**- à la date de résiliation de l'adhésion de l'entreprise au présent règlement,**

**- et en tout état de cause au plus tard à l'expiration de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié peut prétendre, et ce dans la limite de 12 mois.**

**L'ancien salarié est tenu d'informer l'Institution de toute modification relative à sa situation entraînant la cessation du maintien des garanties.**

### 4.6. Maintien des garanties en cas d'adhésion individuelle (Article 4 de la Loi Évin)

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la Loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite "*Loi Évin*", la garantie frais de santé est maintenue par un choix de contrats individuels proposés sans conditions de période probatoire, ni d'examens ou questionnaires médicaux, au profit des personnes suivantes :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement ;
- les personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès et sans contrepartie de cotisations.

L'Institution a étendu le maintien des garanties frais de santé « Loi Evin » aux ayants droit de l'ancien salarié à condition que :

- l'ancien salarié soit bénéficiaire d'une rente incapacité ou invalidité, d'une pension de retraite ou d'allocations chômage ;

- que les ayants droit bénéficiaient de ces garanties frais de santé, au moment de la rupture du contrat de travail du salarié, au titre du contrat collectif souscrit par l'entreprise de l'ancien salarié.

Les personnes intéressées doivent en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou le cas échéant dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties. Dans le cas particulier de l'article

L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, le terme du délai de six mois est reporté à la date à laquelle le bénéfice du maintien des garanties prend fin.
Les garanties maintenues sont celles dont bénéficiaient le salarié et éventuellement les ayants droit au moment de la cessation de son contrat de travail ou à la cessation du maintien des garanties visées à l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Les tarifs applicables aux personnes visées par les dispositions sont échelonnés sur trois ans :

- La 1ère année faisant suite à la sortie du contrat collectif, les tarifs ne peuvent être supérieurs au tarif global applicable aux salariés actifs.
- La 2ème année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25 % au tarif global applicable aux salariés actifs.
- La 3ème année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % au tarif global applicable aux salariés actifs.

La CRP justifie que le tarif appliqué à ces personnes n'excède pas la réalité du risque de cette population.

## 4.7. Résiliation de l'adhésion

### 4.7.1 Cas de résiliation

✔ *Opérations collectives*

L'adhésion au présent règlement peut être résiliée dans les cas suivants :

- à l'échéance annuelle par chacune des parties, soit deux mois au moins avant chaque date de renouvellement soit au plus tard le 31 octobre (le cachet de la poste faisant foi).

L'Adhérent peut adresser sa demande :

-soit par lettre ou tout autre support durable ;
-soit par l'envoi d'un recommandé électronique avec accusé de réception ;
-soit par déclaration faite au siège social ;
-soit par acte extrajudiciaire ;
-soit par courrier électronique lorsque la conclusion du contrat ou l'adhésion au règlement s'est faite à distance, par ce mode de communication.

L'Institution confirme par écrit la réception de la notification.

En cas de contrat collectif à adhésion facultative, les salariés participants souhaitant dénoncer leur adhésion disposent des mêmes moyens.

La résiliation à l'initiative de l'Institution s'effectue par lettre recommandée avec accusé de réception.

- à tout moment sans frais, après expiration d'un délai d'un an à compter de la signature du contrat d'adhésion ou de l'avenant au contrat d'adhésion. A ce titre, l'Adhérent doit manifester expressément, à l'Institution, sa volonté de résilier son contrat selon les modalités prévues à l'article L.932-12-2 du Code de la Sécurité sociale et celle de procéder à une nouvelle adhésion auprès d'un nouvel organisme :

-soit par lettre ou tout autre support durable ;
-soit par l'envoi d'un recommandé électronique avec accusé de réception ;
-soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Institution ;
-soit par acte extrajudiciaire ;
-soit par courrier électronique lorsque la conclusion du contrat ou l'adhésion au règlement s'est faite à distance, par ce mode de communication ;
-par tout autre moyen prévu par le contrat.

**À la demande de l'Adhérent, la résiliation infra annuelle peut être notifiée à l'Institution, par le nouvel organisme, par lettre recommandée avec accusé réception ou par l'envoi d'un recommandé électronique.**

Le nouvel organisme doit obligatoirement mentionner la référence du contrat, le nom et l'adresse de l'Adhérent et préciser que le nouvel organisme s'assure de la continuité de la couverture de l'Adhérent durant l'opération de résiliation par l'Institution.

La notification de la résiliation, qu'elle émane de l'Adhérent ou du nouvel organisme doit être envoyée à l'adresse suivante :

**CRP**
**2 bis, Ruelle Pavée**
**BP 60766**
**97475 Saint-Denis Cedex**

**La date de réception de la notification de la résiliation est présumée être le 1er jour qui suit la date d'envoi de la notification de résiliation par recommandé** (le cachet de la poste faisant foi ; pour le recommandé électronique, la preuve de dépôt selon les modalités prévues à l'article R.53-2 du Code des Postes et télécommunications électroniques).

La résiliation du contrat d'adhésion en cours prend effet un mois après que l'Institution en a reçu notification par l'Adhérent ou le nouvel organisme.

Lorsque le contrat est résilié dans les conditions prévues au 1er alinéa de l'article L.932-12-1 du Code de la Sécurité sociale, l'Institution adresse à l'Adhérent un avis de résiliation l'informant de la date de prise d'effet comprenant le solde des cotisations devant lui être remboursé dans un délai de trente jours. L'Adhérent n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation.

**La résiliation d'un contrat collectif obligatoire de base entraîne de plein droit la résiliation du contrat collectif facultatif intervenant en complément (« contrat sur-complémentaire » et « contrat extension famille ») souscrit auprès de l'Institution.**

La résiliation d'un contrat collectif facultatif intervenant en complément du contrat collectif obligatoire de base (« contrat surcomplémentaire » et « contrat extension famille ») n'entraîne pas la résiliation du contrat obligatoire.

La salarié participant peut dénoncer son adhésion au contrat collectif facultatif, à tout moment sans frais, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, , ou après expiration d'un délai d'un an à compter de la modification des garanties facultatives matérialisée par un avenant au contrat d'adhésion.
Lorsque les cotisations du contrat collectif facultatif sont précomptées par l'employeur sur le bulletin de salaires du salarié, le salarié participant qui résilie son adhésion doit en informer son employeur.

- en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions précisées à l'article 5.3 ;
- en cas de non-acceptation par l'Adhérent des nouvelles conditions contractuelles résultant d'une modification du cadre législatif et/ou réglementaire du règlement ;
- en cas de non-acceptation par l'Adhérent d'une nouvelle tarification, ou d'un aménagement des garanties, à la suite d'un risque médical aggravé affectant un nouveau participant, et ce, au terme d'un délai de deux mois suivant la notification des modifications, par lettre recommandée adressée à l'Adhérent ;
- en cas de dissolution de l'entreprise ou de cessation d'activité.

Il sera sursis pendant les périodes ci-dessus à toute affiliation du salarié participant concerné.

Ces radiations peuvent porter, sur une ou plusieurs catégories de personnel, ainsi que sur une partie ou l'ensemble des risques assurés auprès de la Caisse Réunionnaise de Prévoyance.

- en cas de non-acceptation par l'Adhérent d'une nouvelle tarification, ou d'un aménagement des garanties, à la suite d'un risque aggravé, en application de l'article « 5.1.2. La révision des montants et des taux de cotisation », tel que :
  - toutes procédures de licenciement visant plus de 10% de l'effectif assuré,
  - toute diminution des effectifs (y compris les fins de CDD, ruptures conventionnelles…) visant plus de 10% de l'effectif assuré,
  - la mise en place d'un plan de sauvegarde de l'Emploi,
  - toutes procédures collectives telles qu'une procédure de sauvegarde, ou de redressement et/ou de liquidation judiciaire visées aux articles L.621-1 et suivants, L.631-1 et suivants, L.641-1 et suivants du Code du commerce (consultable sur le site www.légifrance.fr),
  - dont l'entreprise adhérente ou l'auxiliaire de justice désigné par le tribunal a obligation d'en informer l'Institution, laquelle se réserve le droit de prendre la décision de maintenir sous condition de révision tarifaire, d'adapter ou de résilier le contrat par lettre recommandée avec accusé réception.

- en cas de fusion, absorption, scission, et d'une façon générale lors de toute transformation d'ordre juridique ou économique, il appartient à l'entreprise adhérente ou à l'entreprise l'ayant absorbée d'en informer l'Institution sans délai, afin que celle-ci puisse :
  - soit maintenir ou adapter les conditions de garanties dont bénéficiaient les participants ;
  - soit résilier l'adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas de résiliation, quelle qu'en soit la cause, l'Adhérent reste débiteur de l'ensemble des cotisations dues avant la date d'effet de la résiliation, et s'engage à informer l'ensemble des participants de la cessation des garanties.

✔ *Opérations individuelles*

L'adhésion au présent règlement peut être résiliée dans les cas suivants :

- à l'échéance annuelle de l'adhésion au présent règlement, à l'initiative de l'Adhérent,

- par l'Adhérent ou faire l'objet d'une dénonciation par le participant, à tout moment sans frais, ni pénalités après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat. A ce titre, l'Adhérent ou le participant doit manifester expressément, à l'Institution, sa volonté de résilier son contrat dans les conditions prévues à l'article L.932-21-3 du Code de la Sécurité sociale et celle de procéder à une nouvelle adhésion auprès d'un nouvel organisme :
  - Soit par lettre ou tout autre support durable ;
  - Soit par déclaration faite contre récépissé au siège social ;
  - Soit par acte extrajudiciaire ;
  - Soit par courrier électronique lorsque la conclusion du contrat ou l'adhésion au règlement s'est faite à distance, par ce mode de communication.

Lorsque le contrat est résilié dans les conditions prévues au 1er alinéa de l'article L.932-21-2 du Code de la Sécurité sociale, **la résiliation du contrat d'adhésion en cours prend effet un mois après que l'Institution en a reçu notification par l'Adhérent ou le participant.**

L'Institution adresse à l'Adhérent un avis de résiliation l'informant de la date de prise d'effet comprenant le solde des cotisations devant lui être remboursé dans un délai de trente jours. L'Adhérent n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation.

L'Adhérent ou le participant peut dénoncer une adhésion ou une affiliation par l'intermédiaire du nouvel organisme auprès duquel sera souscrit le nouveau contrat. Celui-ci devra veiller à respecter les formalités liées à l'exercice du droit de résiliation et de dénonciation prévu au 1er alinéa de l'article L.932-21-2 du Code de la Sécurité sociale, en s'assurant de la continuité de la couverture de l'Adhérent ou du participant durant la procédure de résiliation par l'Institution.

La notification de dénonciation d'adhésion ou d'affiliation ; ou de résiliation du contrat, qu'elle émane de l'Adhérent, du participant ou du nouvel organisme doit être envoyée à l'adresse suivante :

**CRP**
**2 bis, Ruelle Pavée**
**BP 60766**
**97475 Saint-Denis Cedex**

- sans attendre l'échéance annuelle en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions précisées à l'article 5.3.

#### 4.7.2. Effets de la résiliation sur les participants actifs et les participants bénéficiant du maintien des garanties au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale (Opérations collectives)

La résiliation entraîne à sa date d'effet la cessation des garanties, sauf en cas de paiement d'une cotisation exceptionnelle pour les participants bénéficiant du maintien de garanties au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, concernant les entreprises en difficultés ou en cessation d'activité, en application des dispositions prévues à l'article « 5.1.2. La révision des montant et des taux de cotisation ». L'Adhérent est débiteur de l'ensemble des cotisations dues avant la date d'effet de la résiliation.

Le participant peut adhérer au règlement à titre individuel, aux garanties proposées par l'Institution, selon les conditions et tarifs en vigueur. Il doit en faire la demande dans un délai de six mois suivant la date d'effet de la résiliation.

#### 4.7.3. Les obligations de l'Adhérent (Opérations collectives)

En cas de changement d'organisme assureur, il incombe à l'Adhérent de s'assurer que le nouvel organisme assureur continuera d'assurer le maintien des garanties aux anciens salariés bénéficiant des dispositions de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale (Portabilité).

Quelles que soient l'origine et la cause de la résiliation, l'Adhérent s'engage à informer l'ensemble des participants de la cessation des garanties.

## Article 5. Cotisations

### 5.1. Montant et révision des cotisations

#### 5.1.1. Les cotisations

Les cotisations, versées par l'Adhérent ou le participant à l'Institution, sont fixées au Bulletin d'adhésion ou Contrat d'adhésion, sont calculées par l'Adhérent et transmises mensuellement via la DSN.
Elles sont exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS). Le PMSS est révisé chaque année dans le cadre du Projet de Loi de Finance de la Sécurité Sociale (PLFSS), reflétant l'évolution des salaires.

L'Institution procède à l'ajustement des cotisations dues sur la base des informations contenues dans la DSN communiquée par l'Adhérent.

Pour les opérations individuelles, l'Institution est tenue d'informer le participant de l'évolution éventuelle des niveaux de cotisation deux mois avant l'échéance annuelle de l'adhésion au présent règlement, soit avant le 31 octobre.

En tout état de cause, une notice d'information sur les modifications intervenues doit être remise au participant qui dispose alors d'un délai de trente jours à compter de la remise de cette notice pour renoncer à son adhésion.

### 5.1.2. La révision des montants ou taux de cotisations

Les montants ou taux de cotisations sont susceptibles de révision en fonction des résultats techniques ou de leurs perspectives d'évolution, sur décision du Conseil d'Administration.

- En cas d'instauration ou de modification par les Pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toute nature, assises sur les cotisations, la Caisse Réunionnaise de Prévoyance est fondée à majorer à due concurrence les cotisations appelées.

Ces majorations seront notifiées, par lettre avenant, à l'entreprise adhérente qui disposera d'un délai de deux mois, à compter de la date d'envoi de la lettre avenant pour refuser les modifications apportées.

**En l'absence de réponse de sa part et passé ce délai, il sera considéré que l'entreprise adhérente a accepté les nouvelles conditions.**

En cas de non-acceptation de ces majorations, notifiée à l'Institution, par lettre recommandée avec avis de réception, dans le délai de deux mois précité, la Caisse Réunionnaise de Prévoyance sera fondée à prononcer la résiliation du contrat collectif de l'entreprise dans les conditions prévues à l'article 4.7.1 du présent Règlement.

- En cas d'aggravation du risque, telle que :

- toutes procédures de licenciement visant plus de 10% de l'effectif assuré,
- toute diminution des effectifs (y compris les fins de CDD, ruptures conventionnelles…) visant plus de 10% de l'effectif assuré,
- la mise en place d'un plan de sauvegarde de l'Emploi,
- toutes procédures collectives telles qu'une procédure de sauvegarde, ou de redressement et/ou de liquidation judiciaire visées aux articles L.621-1 et suivants, L.631-1 et suivants, L.641-1 et suivants du Code du commerce (consultable sur le site www.légifrance.fr),

ayant un impact sur le coût de la portabilité, l'entreprise adhérente ou l'auxiliaire de justice désigné par le tribunal doit immédiatement (dès qu'ils en ont connaissance) adresser une lettre recommandée avec avis de réception à l'Institution.

L'Institution proposera, à l'entreprise adhérente, le paiement d'une cotisation exceptionnelle. Le paiement de cette cotisation exceptionnelle permettra notamment d'assurer le maintien des garanties en cas de cessation d'activité de l'entreprise. Cette cotisation exceptionnelle est déterminée notamment, en fonction du taux de cotisation applicables aux anciens salariés couverts au titre de la portabilité et de la durée prévisionnelle de maintien au titre de la portabilité et sera intégrée dans la cotisation principale.

L'effectif pris en compte est celui des actifs au 1er janvier de chaque année.

L'entreprise adhérente peut toujours refuser la proposition de l'Institution dans les trente (30) jours qui suivent la réception dudit courrier en envoyant sa demande de résiliation par lettre recommandée avec avis de réception. L'adhésion est alors résiliée dans les dix (10) jours suivants.

**En cas d'absence de réponse dans les trente (30) jours de l'envoi de la notification par lettre recommandée de l'Institution, l'Institution considèrera que l'entreprise adhérente a accepté les nouvelles conditions. Elles prendront effet à la date de modification mentionnée sur le courrier.**

Jusqu'à la date d'effet de la modification de l'adhésion, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer au contrat.

## 5.2. Paiement des cotisations

### 5.2.1 Opérations collectives

Les cotisations sont payables par l'Adhérent, à terme échu soit mensuellement, soit trimestriellement dans les quinze premiers jours du mois civil suivant la période, par les modes de paiement suivants :

- Par télérèglement proposé avec la DSN (paramétrage de « iso prévoyance télépaiement »). Il s'agit d'un mode de paiement simple, rapide, sécurisé et fiable à privilégier (signature d'un mandat SEPA autorisant le prélèvement sur le compte bancaire de l'Adhérent) ;

- A défaut, par virement en cas de problème avec les DSN et le télérèglement.

Sous réserve de dispositions particulières prévues au Bulletin d'adhésion ou Contrat d'adhésion, l'Adhérent est le seul responsable du paiement des cotisations, tant pour la part patronale que pour la part salariale. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement dans les quinze premiers jours du mois civil suivant la période.

Les mêmes dispositions sont applicables pour le paiement de la cotisation exceptionnelle résultant de l'aggravation du risque (cf. article 5.1.2).

### 5.2.2 Opérations individuelles

Sauf dispositions différentes prévues au Bulletin d'adhésion ou Contrat d'adhésion, les cotisations sont payables par le participant, trimestriellement ou mensuellement à terme à échoir dans les quinze premiers jours de l'échéance choisie.

Le participant est le seul responsable du paiement des cotisations. A ce titre, il remet un relevé d'identité bancaire et une autorisation de prélèvement de la cotisation.

## 5.3. Recouvrement des cotisations

### 5.3.1 Opérations collectives à adhésion obligatoire

Si les cotisations dues n'ont pas été payées avant l'expiration d'un délai de dix jours qui suit la fin de l'échéance de paiement, il peut être prévu, dans les conditions définies au Bulletin d'adhésion ou Contrat d'adhésion, des majorations à la charge exclusive de l'Adhérent.

À défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance ou de la cotisation exceptionnelle résultant de l'aggravation du risque dans les dix jours suivant l'envoi de la proposition, une mise en demeure chiffrée est adressée à l'Adhérent ou à l'auxiliaire de justice désigné par le tribunal.

Si le paiement n'est toujours pas intervenu :

- Les garanties sont suspendues au plus tôt, trente jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure,
- L'adhésion peut être résiliée dix jours après la date de prise d'effet de la suspension.

Lorsque la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie prévue ci-dessus, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

L'Institution effectue le recouvrement des cotisations restant dues antérieurement à la date de résiliation de l'adhésion.

L'Institution a la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous les moyens de droit. Les frais correspondants sont entièrement à la charge de l'Adhérent.

Ces dispositions sont applicables aux opérations collectives à adhésion facultative lorsque l'Adhérent assure le précompte des cotisations des participants.

Dans ce cas, l'Institution informera les participants de la mise en œuvre de la procédure de résiliation et des conditions de remboursement des cotisations afférentes au temps pendant lequel l'Institution ne couvre plus le risque.

**5.3.2 Opérations collectives à adhésion facultative**

Lorsque l'Adhérent n'assure pas le précompte des cotisations, le participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance, peut être exclu du groupe bénéficiant des garanties.

En cas d'absence de paiement des cotisations à leur échéance, l'Institution adressera au participant une mise en demeure, par courrier recommandé avec avis de réception, lui demandant d'effectuer son règlement et l'informant que le défaut de paiement de sa cotisation peut entraîner son exclusion au terme d'un délai de quarante jours à compter de la date d'envoi de la mise en demeure.

Si à l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de la date d'envoi de la mise en demeure, aucun paiement n'est intervenu, le participant sera exclu du groupe bénéficiant des garanties.

**5.3.3 Opérations individuelles**

Les cotisations dues à leur échéance par un participant qui adhère au règlement auprès de l'Institution, à titre individuel, doivent être acquittées dans les dix jours suivant la date d'exigibilité de celles-ci.

En cas de non-paiement des cotisations à leur échéance, l'Institution adressera au participant une mise en demeure, par courrier recommandé avec avis de réception, lui demandant d'effectuer son règlement.

Les cotisations antérieures à la résiliation restent dues.

L'Institution a la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous les moyens de droit. Les frais correspondants sont entièrement à la charge du participant.

## Article 6. Prestations

### 6.1. Définition des prestations

La nature et le niveau des garanties choisis par l'Adhérent sont précisés au bulletin d'adhésion ou contrat d'adhésion.

Conformément à ce qui est stipulé au bulletin d'adhésion ou contrat d'adhésion, l'Institution prend en charge le remboursement :

- Des frais restant à charge après remboursement de la Sécurité sociale, dans la limite du niveau de garanties, pour les actes faisant l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale ;
- Des dépenses de soins médicalement prescrites à caractère thérapeutique non prises en charge par la Sécurité sociale dans la limite du montant prévu au tableau de garanties annexé au bulletin d'adhésion ou contrat d'adhésion ;
- Des dépenses de soins prises en charge dans le cadre de forfaits spécifiques prévus au tableau de garanties annexé au bulletin d'adhésion ou contrat d'adhésion ;
- Des actes de prévention réalisés par les professionnels de santé ;
- Des dépenses de prévention mentionnées au tableau de garanties annexé au bulletin d'adhésion ou contrat d'adhésion.

Pour les prestations remboursées par la Sécurité sociale, le niveau des prestations est établi en fonction de la codification des actes médicaux, du tarif en vigueur fixé par la Sécurité sociale (base du remboursement de la Sécurité Sociale ou Ticket Modérateur) et de la législation en vigueur à la date des soins.

Le montant retenu pour les dépenses engagées est celui déclaré à la Sécurité sociale et figurant sur le décompte de prestation de cet organisme ou celui facturé, en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale, au participant et à ses ayants droit.

Les frais doivent avoir été engagés pendant la période de garantie, la date des soins retenue par la Sécurité sociale faisant foi, à défaut la date de facturation pour les actes non pris en charge par la Sécurité sociale.

### 6.2. Formalités de règlement des prestations

Les prestations sont traitées :

- Soit par échange NOEMIE (télétransmission), sauf opposition écrite du salarié participant ;
- Soit sur présentation de l'original du décompte de la Sécurité sociale (ou du décompte d'un autre organisme assureur) ou le décompte de la Sécurité sociale téléchargé sur le site www.ameli.fr, en indiquant le numéro de Sécurité sociale du salarié cotisant ainsi que les factures acquittées des tickets modérateurs (part non prise en charge par la Sécurité sociale) ou des travaux et soins refusés intégralement par la Sécurité sociale.

Lors de l'affiliation, le salarié participant fournit un Relevé d'Identité Bancaire ou IBAN.

Ces pièces sont conservées par l'Institution qui se réserve le droit de réclamer toute autre pièce complémentaire pour l'instruction du dossier.

**Les demandes de prestations doivent être adressées à l'Institution dans un délai maximum de deux ans à compter de la date des soins.**
**Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part du participant ou de l'Adhérent entrainera la nullité du régime complémentaire souscrit et la déchéance de tous droits aux prestations.**

### 6.3. Délai de paiement des prestations

**Hors flux NOEMIE (télétransmission), l'Institution s'efforcera de payer les prestations et les indemnités dues aux salariés participants, aux bénéficiaires ou aux ayants droit de ceux-ci au plus tard dans un délai de 20 jours ouvrés sous réserve d'avoir réceptionné toutes les pièces justificatives nécessaires au traitement de la demande de prestations.**

### 6.4. Limites de remboursement

**Les pénalités financières appliquées hors parcours de soins ou en cas de refus d'accès au dossier médical personnel, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, ne donnent pas lieu à remboursement de la part de l'Institution, conformément à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale.**

**Le total des remboursements de l'Institution, de ceux de la Sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire ainsi que les pénalités financières, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, ne peut excéder le montant des dépenses engagées telles que définies à l'article précédent.**

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

**Le participant peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix, et dans la limite des frais réellement engagés. En aucun cas, les remboursements effectués ne peuvent excéder les frais réellement engagés.**

**Les forfaits annuels ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Tout forfait non utilisé sur une année ne donnera lieu à aucun report sur l'année suivante.**

### 6.5. Forfaits couvrant les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale

**Les forfaits ne peuvent en aucun cas excéder le montant des dépenses réellement engagées.** Ils sont précisés au bulletin d'adhésion ou contrat d'adhésion.

*a) Médicaments prescrits non remboursés*

Ce forfait annuel permet de couvrir les médicaments prescrits mais non remboursés par la Sécurité sociale sur présentation d'une prescription médicale et de la facture du pharmacien.

La demande de remboursement doit être accompagnée des factures justificatives nominatives (désignation du médicament et du bénéficiaire du traitement).

*b) Indemnité de maternité / Allocation maternité y compris adoption plénière*

Ce forfait maternité permet de couvrir les dépenses liées à l'arrivée d'un enfant. Il est versé en une seule fois, **à la mère bénéficiaire du contrat**, **à compter du 7ème mois de grossesse, ou au jour de l'adoption plénière**.
En cas de maternités multiples ou d'adoptions multiples, l'allocation maternité est versée pour chaque enfant attendu ou adopté.

**Pour bénéficier de l'allocation maternité, la demande de règlement doit être accompagnée d'une attestation médicale justifiant que la grossesse ou grossesse multiple a atteint 27 semaines ou 7 mois de grossesse. En cas de grossesse multiple, l'attestation médicale doit justifier du nombre d'enfants attendus.**
**Dans le cas d'une adoption plénière, la mère bénéficiaire du contrat doit transmettre la décision entérinant l'adoption.**

**Quel que soit le cas, la demande de règlement accompagnée du justificatif doit être effectuée auprès de l'Institution, au plus tard, dans les six (6) mois suivant la date de naissance(s) de l'(les) enfant(s) ou la date entérinant l'adoption.**

*c) Forfait patient urgence (FPU)*

Conformément aux dispositions de l'article L.160-13-I alinéa 3 du Code de la Sécurité sociale, le forfait patient urgence (FPU) est facturé aux personnes qui se rendent aux urgences pour des soins non programmés et non suivis d'une hospitalisation.

Ce forfait est à tarif unique et fixe quels que soient les soins reçus.
Ainsi, chaque patient non hospitalisé saura dès son passage aux urgences quel est le montant de son reste à charge.

Ce forfait patient urgence est réduit pour les personnes suivantes :

- les personnes reconnues en affection de longue durée (ALD) ;
- les bénéficiaires d'une rente d'accident de travail ou d'une maladie professionnelle avec une incapacité inférieure aux deux tiers.

La demande de remboursement doit être accompagnée de la facture justificative nominative.

Le forfait patient urgence est supprimé pour ceux qui se trouvent dans ces situations :

- invalides ayant un taux d'incapacité au moins égal aux deux tiers ;
- victimes d'un risque sanitaire grave et exceptionnel ;
- bénéficiaires des prestations maternité (femmes enceintes et nouveau-nés de moins d'un mois) ;
- donneurs d'organes pour les actes en lien avec le don ;
- mineurs victimes de sévices sexuels pour leurs soins ;
- bénéficiaires d'une pension militaire d'invalidité ;
- victimes d'actes de terrorisme ;
- bénéficiaires de l'aide médicale d'État (AME) ;
- détenus.

### 6.6. Service Tiers payant

Le service du Tiers Payant qui permet d'être dispensé de tout ou partie de l'avance des frais est accordé aux participants et ayants droit pour les dépenses engagées auprès des professionnels de santé lorsque des conventions ont été conclues entre l'Institution et ces professionnels.

En cas de radiation des effectifs, le participant doit sans délai retourner à l'Institution sa Carte de Tiers payant Santé.

En cas de non-paiement de cotisation, le service du Tiers Payant est suspendu au plus tôt, 10 jours après l'envoi de la mise en demeure jusqu'à complet règlement des cotisations par le débiteur de celles-ci.

### 6.7. Pièces justificatives

En l'absence de procédure par télétransmission, le participant doit adresser à l'Institution pour obtenir les prestations, les pièces justificatives suivantes :

- l'original du décompte de la Sécurité sociale (ou du décompte d'un autre organisme assureur) en indiquant le numéro de sécurité sociale du participant cotisant ;

- les factures acquittées des tickets modérateurs (part non prise en charge par la Sécurité sociale) ou des travaux et soins refusés intégralement par la Sécurité sociale.

### 6.8. Changement de niveau de prestation et radiation

Outre les conditions de résiliation prévues au présent règlement, le changement de niveau de prestations est possible sous certaines conditions :

#### 6.8.1. Opérations collectives à adhésion obligatoire

*a) Pour les entreprises adhérentes :*

✔ Une augmentation des niveaux de garanties est possible sous réserve de l'accord de l'Institution au regard du dossier de l'Adhérent.

✔ Une baisse de niveau de garantie est possible pour les adhésions ayant plus de trois ans et sous réserve de l'accord de l'Institution au regard du dossier de l'Adhérent.

Toute modification de l'adhésion fera l'objet d'un avenant au bulletin ou contrat d'adhésion initial.

*b) Pour les salariés participants :*

✔ Suivant les dispositions du bulletin ou contrat d'adhésion souscrit par l'entreprise adhérente, le passage d'une option supérieure vers une option inférieure pour les salariés n'est possible que dans les cas limitatifs suivants :

- Mariage, conclusion d'un pacte civil de solidarité (pacs) ;

- Séparation de corps constatée judiciairement, divorce, dissolution du pacs ;

- Décès du conjoint ou du partenaire pacsé ou d'un enfant ;

- Naissance d'un enfant ;

- Perte significative de revenus due à une diminution du temps de travail.

La nouvelle option prendra effet au 1er jour du trimestre civil suivant la réception du justificatif.

✔ Le passage d'une option inférieure vers une option supérieure n'est possible qu'une fois par an au 1er janvier de l'année suivant la demande.

La demande doit être formulée avec un délai de prévenance d'un (1) mois, soit avant le 30 novembre de l'année en cours.

#### 6.8.2. Opérations collectives à adhésion facultative et Garantie double niveau

Toute résiliation ou dénonciation d'adhésion ou d'affiliation à l'initiative du salarié est irrévocable.

Quel que soit l'auteur de la résiliation (Adhérent ou Salarié), celle-ci entraine automatiquement la radiation des ayants droit rattachés au salarié.

### 6.9. Devoir d'information du participant et de l'entreprise adhérente en cas de sinistre causé par un tiers

Lorsque l'assuré ou l'ayant droit est atteint d'une affection ou est victime d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, la Caisse Réunionnaise de Prévoyance dispose d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son assureur.

Le participant atteint de blessures imputables à un tiers, et/ou, le cas échéant, son employeur, doivent en informer l'Institution lors des formalités de demande de prestations.

### 6.10. Réseaux de soins

La Caisse Réunionnaise de Prévoyance se réserve la faculté de conclure des accords instituant des réseaux de prestataires afin que les assurés bénéficient des prestations basées sur des principes de modération tarifaire et qualité. Les membres adhérents et participants seront tenus informés des avantages apportés par ces nouveaux réseaux.

## Article 7. Généralités du règlement

### 7.1. Modification du règlement

#### 7.1.1. Approbation de l'Assemblée Générale

Il ne peut être apporté de modifications aux dispositions du présent règlement qu'après décision de l'Assemblée Générale prévue à l'article 26 des statuts de l'Institution.

Les modifications apportées sont notifiées, par lettre avenant, à l'entreprise adhérente qui dispose d'un délai de deux mois, à compter de la date d'envoi de la lettre avenant pour refuser ces modifications.

**En l'absence de réponse de sa part et passé ce délai, il est considéré que l'entreprise adhérente a accepté les nouvelles conditions.**

En cas de non-acceptation de cet aménagement des garanties, notifiée par lettre recommandée avec avis de réception, dans le délai de deux mois précité, la Caisse Réunionnaise de Prévoyance sera fondée à procéder à la radiation de l'entreprise dans les conditions et modalités prévues à l'article 4.7 du présent Règlement.

### 7.1.2. Modalités des échanges entre l'Institution et l'entreprise adhérente

L'Institution et l'entreprise adhérente pourront convenir d'échanger par voie électronique notamment s'agissant de l'envoi de lettres avenant, des notices d'informations, de l'évolution de ces documents, des déclarations que doit adresser l'entreprise et plus généralement de tous documents à échanger entre eux.

Au préalable, l'Institution et l'entreprise devront convenir, par convention, des modalités techniques d'échanges et d'archivage électronique dont elles décideront de conférer une valeur probante entre elles.

## 7.2. Clause attributive

Tout différend entre l'Institution et l'Adhérent est de la compétence des Tribunaux du ressort du siège social de l'Institution.

## 7.3. Contrôle de l'Institution

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 09).

## 7.4. Mobilité des participants à l'étrangers

Les garanties sont acquises aux participants exerçant leur activité sur le territoire français. Lors de déplacements privés ou professionnels de moins de trois mois ou à l'occasion du détachement d'un participant hors du territoire français (sauf dans les pays formellement déconseillés par le Ministère des Affaires Étrangères), les garanties s'exercent.

*Pour les ayants droit du participant effectuant leurs études en Europe :*

- soit l'ayant droit bénéficie de la carte européenne d'assurance maladie (CEAM) lui permettant d'attester de ses droits à l'assurance maladie et de bénéficier d'une prise en charge sur place de ses soins médicaux, selon la législation et les formalités en vigueur dans le pays de séjour, avec remboursement par l'organisme de sécurité sociale du lieu de séjour. Pour la partie des soins non remboursés, pas de remboursement par l'Institution.
- soit l'ayant droit ne bénéficie pas de la CEAM ou a fait l'avance des frais et n'a pas demandé le remboursement des soins médicaux sur place, un remboursement éventuel des frais restant à charge après remboursement de la sécurité sociale par l'Institution **est possible** de retour en France selon le cas sur la base des tarifs en vigueur de l'État de séjour et dans la limite des dépenses engagées ou selon la législation de la sécurité sociale française, dans la limite du niveau des garanties, pour les actes faisant l'objet d'une prise en charge par la sécurité sociale. Quant aux dépenses de soins médicales prescrites à caractère thérapeutiques et/ ou des forfaits non pris en charge par la sécurité sociale, une prise en charge par l'Institution est possible dans la limite du montant prévu contrat souscrit (cf. tableau de garanties).

*Pour les ayants droit du participant effectuant leurs études hors de l'Union Européenne :*

- Les garanties s'exercent à condition que le pays d'accueil ait signé une convention de sécurité sociale avec la France prévoyant la prise en charge des soins étudiants, et dans la limite de la tarification définie ci-dessous.
- S'il n'existe aucune convention, la prise en charge par l'Institution interviendra seulement en relais de l'assurance maladie, dans la limite des garanties souscrites et de la tarification applicable en France.

Pour les soins dispensés hors de France, les dépenses réelles, prises en considération pour le calcul des prestations de l'Institution, pourront, s'il y a lieu et après avis de notre médecin conseil, être plafonnées à hauteur du prix pratiqué normalement en France pour des actes et des soins équivalents.

### 7.5. Subrogation

L'Institution peut exercer toute action contre les tiers responsables pour obtenir le recouvrement des prestations payées.

### 7.6. Prescription

**Toutes les actions relatives aux garanties souscrites sont prescrites par un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.**

**Toutefois, ce délai ne court :**

**- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'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.**

### 7.7. Réclamations

L'Institution a mis en place une procédure de traitement des réclamations afin d'améliorer le service à ses clients.

Elle s'engage à accuser réception de leur demande dans un délai de 10 jours ouvrables et à apporter une réponse à celle-ci dans un délai maximum de 2 mois.

Toutes les réclamations, qu'elles portent sur un différend lié aux prestations, aux cotisations ou autre, doivent être adressées à la CRP par courrier électronique à satisfaction.clients@groupecrc.com ou par voie postale à l'adresse suivante :

**Caisse Réunionnaise de Prévoyance**
**Service Qualité/Réclamations**
**2bis, Ruelle Pavée**
**BP 60766**
**97475 Saint-Denis cedex**

### 7.8. Médiation auprès de la Fédération des Institutions paritaires de Protection Sociale (FIPS)

Si vous n'êtes pas satisfait de la réponse apportée par nos services ou si aucune réponse ne vous a été apportée dans les 2 mois à compter de l'envoi de votre première réclamation écrite, vous avez la possibilité de saisir gratuitement le Médiateur de la protection sociale (FIPS). Cette saisine doit intervenir dans un délai d'un an à compter de votre réclamation écrite initiale.

La Charte de médiation mise en œuvre par l'Institution est communiquée sur simple demande.

Le recours au médiateur de la protection sociale (FIPS) s'adresse aux participants, aux bénéficiaires ou aux ayants droit ainsi qu'aux entreprises adhérentes de l'Institution.

La médiation est une procédure écrite. Les saisines sont rédigées en langue française.

Afin de faciliter le dépôt et le traitement de votre demande, nous vous invitons à privilégier la saisine du Médiateur via la plateforme en ligne :

- **https://www.fips-paritaire.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-fips/**.

À défaut, vous pouvez adresser votre demande par voie postale, idéalement accompagnée du formulaire papier téléchargeable sur le site mentionné ci-dessus, à l'adresse suivante :

- Par courrier : **Médiation de la protection sociale (FIPS)**
  **10, Rue Cambacérès**
  **75008 PARIS**

Le médiateur étudiera ce dossier et rendra son avis en toute indépendance.

Si l'une des parties ne souhaite pas suivre l'avis rendu par le Médiateur de la protection sociale (FIPS), le recours à la justice reste possible.

**Attention :** Certains litiges ne relèvent pas de la compétence du Médiateur de la protection sociale (FIPS) (par ex. : les décisions relevant de l'action sociale, les résiliations d'adhésion, les augmentations de cotisations ou encore les procédures de recouvrement).

### 7.9. Protection des données à caractère personnel

**Responsable de Traitement**
Les données concernant le signataire de la proposition de contrat et du contrat (ci-après « la Personne Concernée ») sont traitées par la CRP, Organisme Assureur, agissant en sa qualité de responsable de traitement et le cas échéant, par son délégataire de gestion agissant comme responsable de traitement conjoint.

**Finalités et bases légales**
Les données collectées et traitées par la CRP et le cas échéant, par son délégataire de gestion, sont nécessaires pour permettre de répondre à l'une des finalités décrites ci-après et uniquement, dès lors qu'un fondement juridique l'y autorise :

| Finalités | Bases légales |
|---|---|
| ▪ Traiter la demande d'affiliation au contrat | Exécution du contrat auquel la Personne Concernée est partie |
| ▪ Gérer le contrat souscrit (gestion de la vie du contrat et mise à jour des informations concernant la Personne Concernée, émission des documents contractuels, gestion des cotisations, gestion des demandes de résiliation dans le cadre de la résiliation infra-annuelle (RIA)) | |
| ▪ Exécuter ledit contrat (paiement des prestations) | |
| ▪ Élaborer des statistiques et études actuarielles | Intérêt légitime de la CRP et le cas échéant, de son délégataire de gestion |
| ▪ Effectuer des vérifications à des fins de lutte contre la fraude ; ces vérifications étant susceptibles de conduire à l'inscription de la Personne Concernée sur une liste de personnes présentant un risque de fraude | |
| ▪ Effectuer des vérifications à des fins de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme | Obligations légales incombant à la CRP et le cas échéant, à son délégataire de gestion (Loi LCB-FT) |
| ▪ Réaliser des actions de prospection commerciale par e-mail et/ou SMS à propos des produits et services de la CRP et/ou Groupe CRC Courtage sous réserve que la Personne Concernée ne s'y soit pas préalablement | Consentement |

| | |
|---|---|
| opposée ; ces communications pourront être personnalisées sur la base d'un profilage analytique (cf. Profilage, ci-après) | |
| ▪ Etablir des reportings | Obligation légale incombant à la CRP |
| ▪ Etablir des statistiques | Intérêt légitime de la CRP |
| ▪ Traiter les réclamations | Exécution du contrat auquel la Personne Concernée est partie |
| ▪ Gérer les précontentieux et contentieux | |
| ▪ Gérer les demandes d'exercice des droits reconnus à la Personne Concernée au titre de la réglementation applicable au traitement et à la protection des données personnelles | Obligation légale incombant à la CRP et le cas échéant, à son délégataire de gestion. |

**Profilage et lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme**

La CRP, afin de répondre à ses obligations légales en matière de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, exerce, à cette fin, une vigilance constante lors de l'entrée en relation d'affaires et au cours de celle-ci. Cette vigilance concerne la Personne Concernée mais également toute personne en lien avec la relation d'affaires. Cette vigilance s'appuie sur les données communiquées par la Personne Concernée, des données contextuelles (issues du comportement de la Personne Concernée, des opérations envisagées) ainsi que celles issues de l'outil de filtrage Risque et Conformité utilisé dans le cadre de la lutte contre le blanchiment et qui sont analysées sur la base des axes suivants :

- un axe client portant sur le secteur d'activité, l'adresse fiscale, le domicile, la domiciliation du RIB, l'attribution du statut de personne politiquement exposée et le gel des avoirs ;
- un axe produit portant sur la nature du produit ;
- un axe distribution portant sur le caractère de la vente (à distance, en face à face ou vente intermédiée) ;
- un axe opération portant notamment sur le type d'opération, son motif, son montant, le mode de paiement, et la provenance des fonds.

En application du RGPD, ce traitement constitue une opération de profilage analytique qui permettra de qualifier le risque attaché à cette relation d'affaires et pouvant aboutir à une exclusion ou une suspension du contrat et/ou une déclaration aux autorités compétentes (Direction Générale du Trésor, Tracfin).

**Profilage et Prospection commerciale**

Soucieuse de n'adresser que des contenus pertinents, la CRP est susceptible de personnaliser ses communications commerciales sur la base des données que la Personne Concernée lui a communiquées directement : secteur d'activité, secteur géographique, profession, etc. En application du RGPD, ce traitement constitue une opération de profilage analytique et est réalisé, sauf opposition de la part de la Personne Concernée, sur la base de l'intérêt légitime d'amélioration continue des communications et des relations clients de la CRP. À tout moment la Personne Concernée pourra s'opposer à la réception de toute communication de nature commerciale, et au profilage analytique associé, en suivant la procédure détaillée au point "Droits de la Personne Concernée ».

**Données traitées**

Différents types de données concernant la Personne Concernée sont collectées puis traitées :

| | |
|---|---|
| Les données communiquées par la Personne Concernée | Les données que cette dernière fournit spontanément (via la fiche d'information et de conseil, la proposition de contrat, le contrat, …) ; |
| Les données créées ou inférées par le | Les données créées ou inférées par le responsable de traitement sur la base des données qu'il détient (exemple : numéro d'adhérent, numéro |

| | |
|---|---|
| responsable de traitement | de contrat, numéro d'identification d'une réclamation émanant de la Personne Concernée, profils analytiques). |
| Les données collectées indirectement auprès des tiers suivants : | ○ Dans le cadre de la lutte contre la fraude :<br>▪ L'ALFA (Association pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance) : toute donnée d'identification connue de la personne (nom, prénom, NIR, adresse, …) ;<br><br>○ Dans le cadre de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme :<br>▪ La DGT (Direction Générale du Trésor) : toute donnée d'identification connue de la personne (nom, prénom, alias, date de naissance, lieu de naissance, nationalité, adresse, fonction/rôle, …)<br>▪ La base de données facilitant la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme : données d'identification de la personne dans le domaine public (exemple parution dans des journaux), à savoir nom, prénom, date de naissance, lieu de naissance, nationalité, pays de résidence, adresse, fonction/rôle, liens de parenté, données d'identification de la famille, appartenance à une liste officielle (sanction ou autre). |

**Destinataires**

Les données personnelles de la Personne Concernée sont principalement destinées :

- aux services internes à la CRP en relation avec la clientèle et aux gestionnaires de contrats et de sinistres pour les clients dont ils ont la charge ainsi que leur supérieur hiérarchique ;
- le cas échéant, aux services internes du délégataire de gestion ;
- ainsi qu'aux services habilités des sociétés du Groupe chargés des actions de prospection commerciale réalisées par la CRP et/ou Groupe CRC Courtage; des réclamations et de la satisfaction client, des études statistiques et actuarielles ainsi que leurs supérieurs hiérarchiques, le personnel habilité de la direction générale, le pôle juridique; les services chargés des vérifications en matière de lutte contre la fraude, le personnel habilité à prendre la décision de nouer ou de maintenir une relation d'affaires avec une personne politiquement exposée, le personnel habilité du (ou des) service(s) chargé(s) de la lutte contre le blanchiment notamment ceux ayant la qualité de correspondant ou de déclarant Tracfin, le service chargé du contrôle interne.
- Dans la mesure où cela est rendu nécessaire pour la réalisation de tout ou partie des finalités visées ci-dessus, les données de la Personne Concernée sont susceptibles d'être transmises ou rendues accessibles aux partenaires, tiers et/ou prestataires agissant, en qualité de responsables de traitement distincts, co-responsables de traitement ou sous-traitants :

| | |
|---|---|
| Dans le cadre de la gestion et l'exécution du contrat | Les données de la Personne Concernée sont rendues accessibles aux prestataires, personnes intervenant au contrat (avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs et professionnels de santé et le personnel habilité), organismes sociaux ou aux tiers autorisés ainsi qu'aux personnes intéressées au contrat.<br>Dans le cadre de la RIA, les données de la Personne Concernée sont transmises à la personne ou à l'organisme à l'initiative de la demande de RIA (employeur souscripteur, assureur en charge de la reprise du contrat, courtier). |

| | |
|---|---|
| Dans le cadre du traitement des réclamations | Outre le service en charge du traitement des réclamations et de la satisfaction client du Groupe CRC agissant en qualité de responsable de traitement conjoint aux côtés de la CRP, les données de la Personne Concernée sont susceptibles d'être rendues accessibles aux autorités de contrôles compétentes (ACPR, CNIL, …), à la Commission de recours interne ou encore au médiateur compétent (FIPS) agissant en qualité de responsables de traitement distincts le cas échéant. |
| Dans le cadre du traitement des éventuels précontentieux ou contentieux | Les données de la Personne Concernée sont susceptibles d'être transmises aux auxiliaires de justices, officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux arbitres, et médiateurs compétents. |
| Dans le cadre de la lutte contre la fraude | Les données de la Personne Concernée sont susceptibles d'être transmises :<br>- à l'ALFA (Association pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance) agissant en qualité de responsable de traitement distinct ;<br>- au personnel habilité des sous-traitants ;<br>- aux inspecteurs, enquêteurs, experts, et auditeurs agissant en qualité de responsables de traitement distincts.<br>Dès lors qu'ils sont directement concernés par une suspicion de fraude, peuvent également être destinataires des données relatives à cette fraude, les personnels habilités :<br>- des autres organismes d'assurance ou intermédiaires intervenant dans le cadre de dossier présentant une fraude : le délégataire, agissant en qualité de responsable conjoint dans le cadre de délégation de gestion,<br>- des organismes sociaux lorsque les régimes sociaux interviennent dans le règlement des sinistres ou lorsque les organismes d'assurances offrent des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux,<br>- des organismes professionnels intervenant dans le cadre de dossiers présentant une fraude,<br>- les auxiliaires de justice et officiers ministériels,<br>- l'autorité judiciaire, les médiateurs ou arbitres saisis d'un litige, les organismes tiers autorisés par une disposition légale à obtenir la communication de données à caractère personnel relatives à des précontentieux, contentieux ou condamnations,<br>- et s'il y a lieu, les victimes de fraudes ou leurs représentants. |
| Dans le cadre de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme | Les données de la Personne Concernée sont rendues accessibles à la cellule de renseignement financier Tracfin du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, les autorités de contrôle compétentes au sens de l'article L.561-36 du code monétaire et financier (CMF), notamment l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de résolution (ACPR), pour les données relatives aux personnes qui font l'objet d'une mesure de gel des avoirs, à la Direction générale du Trésor, aux autorités de contrôle compétentes des autres états membres de la Communauté européenne, des états parties à l'accord sur l'Espace économique européen et des états où sont applicables les accords conclus avec l'ACPR ou l'Autorité des Marchés Financiers en application des dispositions prévues aux articles L.632-7, L.632-13 et L.632-16 du CMF ainsi qu'au délégataire, agissant en qualité de responsable conjoint dans le cadre de délégation de gestion. |

| | |
|---|---|
| En matière de traitement des demandes d'exercice des droits reconnus à la Personne Concernée au titre de la règlementation applicable à la protection des données personnelles | Le DPO des entités membres du Groupe CRC bénéficie d'un accès aux données nécessaires au traitement desdites demandes ainsi que, le cas échéant, le DPO du délégataire de gestion |
| Et plus généralement, ont accès aux données personnelles de la Personne Concernée | Le personnel habilité des prestataires agissant en qualité de sous-traitants de données personnelles et avec lesquels sont conclus des contrats conformes aux obligations de l'article 28 du RGPD (notamment, prestataire en charge de l'hébergement des données, de la maintenance de l'outil de gestion, fournisseur de solutions bureautiques cloud …). |

**Durées de conservation**

L'ensemble des données collectées et traitées est conservé pendant le temps strictement nécessaire à la réalisation d'une ou des finalités visée(s) ci-dessus, majoré des durées de conservation imposées et/ou des délais légaux de prescription applicables.

| | |
|---|---|
| En cas de conclusion d'un contrat | Les données de la Personne Concernée sont conservées en base active pendant la durée nécessaire à l'exécution du contrat, soit 2 ans à compter de la fin du contrat ou 2 ans à compter du dernier jour du trimestre au cours duquel a eu lieu le dernier soin, dans le cas où la date du dernier soin intervient au cours du trimestre de la résiliation du contrat, en application de l'article L.932-13 du code de la sécurité sociale. Les données sont ensuite archivées pendant 8 ans à compter de la fin de la durée de conservation en base active pour être ensuite supprimées au cours du 1er trimestre de l'année N+11, N étant l'année de fin du contrat. |
| En matière de prospection commerciale | En matière de prospection commerciale, les données de la Personne Concernée sont conservées pour une durée de trois (3) ans à compter de la date d'échéance d'un contrat. Au terme de ce délai, l'entité du Groupe CRC agissant en qualité de responsable de traitement pour cette finalité pourra reprendre contact avec la Personne Concernée afin de savoir si elle souhaite continuer à recevoir des sollicitations. En cas d'opposition ou en l'absence de réponse positive et explicite, les coordonnées de la Personne Concernée seront conservées pour une durée minimale de trois (3) ans dans le seul but de garantir l'effectivité de son droit d'opposition. |
| En matière de lutte contre la fraude | En matière de lutte contre la fraude, toute alerte non pertinente ou n'ayant reçu aucune qualification à l'issue d'un délai de six (6) mois, sera supprimée immédiatement. Lorsque l'alerte est pertinente, les données sont conservées pour une durée maximale de cinq (5) ans à compter de la clôture du dossier de fraude.<br>En cas de procédure judiciaire, elles sont conservées jusqu'au terme de la procédure et seront ensuite archivées selon les durées de prescription applicables. Toutes données concernant une personne inscrite sur une |

| | |
|---|---|
| | liste des fraudeurs présumés seront supprimées à l'issue d'un délai de cinq (5) ans à compter de la date d'inscription sur cette liste. |
| En matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme | Sans préjudice de dispositions légales plus contraignantes, les données et les documents relatifs à l'identité de la Personne Concernée seront conservés pendant une durée de cinq (5) ans à compter de la résiliation du contrat ou de la cessation de la relation. De même, sont conservées pendant cinq (5) ans à compter de leur exécution, y compris en cas de résiliation du contrat ou de cessation des relations :<br>- les données et documents relatifs aux opérations faites par la Personne Concernée ou non exécutées en application des mesures de gel des avoirs ou des sanctions financières et,<br>- les documents consignant les caractéristiques des examens renforcés de toute opération particulièrement complexe ou d'un montant inhabituellement élevé ou ne paraissant pas avoir de justification économique ou d'objet licite (origine des fonds et destination de ces sommes objet de l'opération et identité de la personne qui en bénéficie). |
| En matière de traitement des réclamations | Les données sont conservées pendant deux (2) ans puis archivées pendant trois (3) ans à des fins de contrôle. |
| Dans le cadre d'un éventuel précontentieux ou contentieux | Les données traitées dans le cadre d'un éventuel précontentieux sont supprimées dès le règlement amiable du litige ou, à défaut, dès la prescription de l'action en justice correspondante.<br>Les données traitées pour gérer un éventuel contentieux sont supprimées lorsque les recours ne sont plus possibles contre la décision rendue pour la faire exécuter. Toutefois, les décisions prononcées pourront être conservées à titre d'archive définitive en raison d'un intérêt historique. |
| En matière de traitement des demandes d'exercice des droits | Les données relatives aux pièces d'identité et communiquées par le Participant pour l'exercice du droit d'accès ou de rectification, pourront être conservées conformément au délai fixé par l'article 9 du code de procédure pénale. |

**Droits de la Personne Concernée**

Conformément à la législation en vigueur en matière de protection des données à caractère personnel, la Personne Concernée dispose d'un droit d'accès aux données la concernant, d'un droit de rectification de ses données et d'un droit à la limitation de leur traitement. Dans les limites de la législation applicable, la Personne Concernée peut également exercer ses droits d'opposition, d'effacement et de portabilité de ses données. En cas de traitement de ces données à des fins de prospection commerciale et de profilage analytique associé, la Personne Concernée peut s'y opposer, préalablement via les cases prévues à cet effet et à tout moment. À tout moment, la Personne Concernée peut revenir sur son choix, en se rapprochant de son conseiller, en envoyant STOP à un numéro non surtaxé ou en cliquant sur le lien « Préférences email », intégré dans chacune des communications électroniques. Elle dispose, enfin, du droit de définir des directives relatives au sort de ses données personnelles en cas de décès (Cf. Site de la CNIL : www.cnil.fr pour plus d'informations sur ces droits).

Pour exercer l'un de ces droits, la Personne Concernée adressera sa demande à :

- Caisse Réunionnaise de Prévoyance (CRP), DPO, 2 bis ruelle Pavée - BP 60766 – 97475 Saint Denis Cedex ou
- dpo.crc@groupecrc.com.

Toute demande doit préciser, en objet, son motif (exercice du droit d'accès, d'opposition, …), être accompagnée de tout élément permettant de justifier de son identité (n° de contrat, par exemple) et préciser l'adresse à laquelle doit parvenir la réponse. La CRP adressera sa réponse dans un délai maximum d'un (1) mois, à compter de la date de réception de la demande ; ce délai pouvant être prolongé de deux (2) mois supplémentaires en raison de la complexité et du nombre de demandes.

Si toutefois la Personne Concernée estime, après avoir contacté la CRP, que ses droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, elle aura la possibilité d'adresser une réclamation à la CNIL, en ligne, directement sur le Site de la CNIL ou par voie postale à : CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Les présentes mentions d'information complètent la Politique de confidentialité du Groupe CRC, disponible sur son site internet : www.groupecrc.com.

Fait à Saint-Denis, le 11 juin 2026

**Le président du conseil d'administration**
**Gérard D'ABBADIE**



CRP/RGS/AGE11062026