

CENTRE DE GESTION DE LA FPT DE LA REUNION

Contrat collectif d'assurance santé

Conditions particulières

REFERENCE DE LA CONSULTATION N° : CONV/PSC/2025/CDG/001



Le **contrat collectif à adhésion facultative** est conclu entre le **Souscripteur** et l'**Assureur** au titre de la convention de participation :

	Souscripteur	Assureur
Raison sociale :	CDG DE LA FPT DE LA REUNION	...
Siège social :	5, ALLEE DE LA PISCINE BP 374 97455 SAINT – PIERRE CEDEX	...
SIRET :	289 740 128 00029	...
Représenté par :	Juliana M'DOIHOMA	...
En qualité de :	Présidente	...
Qualité juridique :		
Raison sociale :		...
SIRET n° :		...
Siège social :		...

Si l'Assureur est représenté par son mandataire, il doit indiquer son représentant (nom, prénom, qualité) de celui-ci, ainsi que sa qualité juridique (courtier en assurance, mutuelle...), sa raison sociale, son SIRET et son siège social.

Contenu

1.	Dispositions générales	3
2.	Bénéficiaires des garanties	4
3.	Adhésion des employeurs	5
4.	Adhésion des agents : caractère collectif et facultatif du contrat	5
5.	Garanties d'assurance	7

6. Cotisations.....	10
6.1. Tableau des cotisations	10
6.2. Evolution des cotisations.....	11
7. Réserves	13
8. Formation du contrat	14

1. Dispositions générales

Objet du contrat

Le contrat collectif d'assurance a pour objet le versement aux Assurés par l'Assureur de prestations d'assurance santé complémentaire en relais et en complément, ou à défaut, de leur protection sociale de base.

Le contrat est régi par la législation sur les opérations d'assurance et comprend, **par ordre de priorité** :

1. Les conditions particulières et ses annexes,
2. Les conventions spéciales,
3. Les conditions générales de l'Assureur.

Le contrat est régi par le droit français et notamment par les dispositions suivantes qui s'appliquent obligatoirement :

- **Loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 modifiée dite « Loi Evin »** renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques,
- **Articles L 827-1 à L 827-12 du code général de la fonction publique,**
- **Décret n°2022-581 du 20 avril 2022** relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement.
- **Décret n°2011-1474** relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

Parties prenantes au contrat

Assurés.

- Fonctionnaires et agents contractuels de droit public et de droit privé, y compris les agents détachés auprès de l'Employeur ou mis à la disposition de celui-ci, et les agents détachés ou mis à la disposition par l'Employeur auprès d'un autre employeur public,
- Fonctionnaires et agents de droit public et de droit privé en retraite.

Assureur. Société d'assurance régie par le code des assurances, ou mutuelle ou union de mutuelles régie par le Livre II du code de la mutualité, ou institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale dûment agréé pour pratiquer les opérations d'assurance du risque santé. L'Assureur peut être représenté par un intermédiaire d'assurance enregistré à l'ORIAS.

Employeur(s). Collectives territoriales ou établissements publics locaux ayant qualité pour adhérer au présent contrat collectif d'assurance à adhésion facultative des Employeurs et des Assurés.

Souscripteur. Entité ayant qualité pour souscrire le présent contrat collectif d'assurance à adhésion facultative.

Effet et durée

Date d'effet. 01.01.2026.

Echéance. 1^{er} janvier.

Durée. Annuelle avec reconduction automatique chaque année à la date d'échéance, avec une durée limite de six (6) années, soit du **1^{er} janvier 2026** au **31 décembre 2031**, prorogeable une (1) année.

Résiliation du contrat. Toute demande de résiliation est effectuée par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L113-14 du code des assurances sans frais ni pénalités. Le contrat peut être résilié par :

- **Le Souscripteur :**
 - o **Soit à tout moment**, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet du contrat, par application de l'article L 113-15-2 du code des assurances. La résiliation prend effet selon la date indiquée dans le courrier adressé par le Souscripteur **ou, par défaut**, un mois après que l'Assureur en a reçu notification par le Souscripteur,
 - o **Soit moyennant un préavis de deux mois avant l'échéance.**
- **L'Assureur**, sous la réserve de respecter un préavis de 6 mois qui précède la date d'échéance.

Résiliation de l'adhésion. Toute demande de résiliation est effectuée par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L113-14 du code des assurances sans frais ni pénalités. L'adhésion peut être résiliée par :

- **L'Assuré :**
 - o **Soit à tout moment**, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet de l'adhésion, par application de l'article L 113-15-2 du code des assurances. La résiliation prend effet un mois après que l'Assureur en a reçu notification par l'Assuré,
 - o **Soit moyennant un préavis de deux mois avant l'échéance.**
- **L'Employeur :**
 - o **Soit à tout moment**, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet de l'adhésion, par application de l'article L 113-15-2 du code des assurances. La résiliation prend effet selon la date indiquée dans le courrier adressé par l'Employeur **ou, par défaut**, un mois après que l'Assureur en a reçu notification par l'Employeur,
 - o **Soit moyennant un préavis de deux mois avant l'échéance.**

2. Bénéficiaires des garanties

Les bénéficiaires des garanties sont :

- Les **bénéficiaires actifs** en qualité d'agents fonctionnaires et contractuels de droit public ou de droit privé dans l'effectif de l'employeur, même à temps non-complet, y compris :
 - o Les fonctionnaires momentanément privés d'emploi (FMPE),
 - o Les agents détachés,
 - o Les agents mis à disposition, selon les termes de la convention prévue à cet effet. A défaut de convention, ces agents bénéficient de la qualité de bénéficiaires,
- Conserve la qualité de **bénéficiaires actifs** les agents placés dans l'une des situations suivantes :
 - o Position, situation ou congé de toute nature donnant lieu au maintien total ou partiel d'une rémunération, d'un traitement, d'un salaire, d'un revenu de remplacement ou d'une prestation en espèces versée par l'Employeur, un organisme de Sécurité sociale ou un organisme d'assurance,
 - o Congé parental,
 - o Disponibilité pour raison de santé, congé sans rémunération pour raison de santé ou congé sans salaire pour raison de santé, de maternité ou lié aux charges parentales,
 - o Congé de proche aidant, congé de présence parentale et congé de solidarité familiale,
 - o Congé de formation professionnelle.
- Les **bénéficiaires retraités** en qualité de titulaire d'une pension de retraite de droit direct d'un régime de base, qui étaient auparavant agents fonctionnaires et contractuels de droit public ou de droit privé dans l'effectif de l'employeur,

- Les **bénéficiaires ayants-droit** des actifs ou des retraités, qui sont dans l'une des situations suivantes :
 - o Conjoint non séparé de corps dans les conditions prévues à l'article 296 du code civil d'un bénéficiaire actif ou retraité,
 - o Personne liée par un pacte civil de solidarité à un bénéficiaire actif ou retraité,
 - o Personne vivant en concubinage avec un bénéficiaire actif ou retraité dans les conditions prévues à l'article 515-8 du code civil,
 - o Enfant ou petit enfant d'un bénéficiaire actif ou retraité, ou de leur conjoint ou d'une personne liée à eux par un pacte civil de solidarité ou vivant en concubinage avec eux, ou enfant confié par décision de justice aux mêmes personnes, à leur charge au sens de l'article L. 196 du code général des impôts et ne bénéficiant pas d'un autre régime ou dispositif de protection sociale complémentaire au titre de leur activité professionnelle, et qui est :
 - Agé de moins de 21 ans,
 - Ou âgé de moins de 25 ans, s'il justifie de la poursuite de ses études, est en contrat d'apprentissage ou est demandeur d'emploi au sens de l'article L. 5411-1 du code du travail
 - Ou reconnu en situation de handicap par la commission mentionnée à l'article L. 241-5 du code de l'action sociale et des familles.

Les bénéficiaires ayants-droit peuvent adhérer à tout moment au contrat collectif.

Le conjoint survivant et l'enfant orphelin du bénéficiaire actif ou retraité qui est décédé, titulaire d'une pension de réversion ou d'orphelin conserve, à sa demande, la qualité de bénéficiaire ayant-droit après le décès du bénéficiaire actif ou retraité. Sa demande d'adhésion est formulée dans le délai d'un an à compter du décès.

3. Adhésion des employeurs

Les Employeurs peuvent adhérer au présent contrat aux conditions suivantes, selon les deux situations :

- **Situation 1.** Les Employeurs peuvent adhérer à tout moment pendant la durée de validité du présent contrat dès lors que les caractéristiques quantitatives et qualitatives de leur population à assurer (fichiers statistiques) ont été jointes au dossier de consultation des entreprises (DCE).
- **Situation 2.** A défaut de communication des fichiers statistiques précités, les Employeurs devront adresser à l'Assureur, par l'intermédiaire du CDG, ces données sur la base d'un fichier statistique. Après étude, l'Assureur adresse au CDG les montants de cotisation applicables aux garanties qui sont :
 - o Soit identiques aux montants de cotisation mutualisés du présent contrat,
 - o Soit d'un niveau supérieur si les données statistiques ne permettent pas le maintien par l'Assureur des montants de cotisation mutualisés sans impact futur sur le résultat technique du présent contrat.

4. Adhésion des agents : caractère collectif et facultatif du contrat

Caractère collectif du contrat. Tous les agents fonctionnaires et contractuels de droit public ou de droit privé sont bénéficiaires du régime sans exception ni réserve, ni condition d'ancienneté.

Caractère facultatif du contrat. Les agents fonctionnaires et contractuels de droit public ou de droit privé peuvent adhérer au contrat. Il en est de même des agents retraités. L'adhésion des ayants-droit est conditionnée à l'adhésion de l'agent actif ou retraité.

Les modalités d'adhésion sont définies aux conventions spéciales du contrat.

Les bénéficiaires doivent être soumis à la législation française de Sécurité sociale ou assurés volontaires contre les risques maladie et maternité dans les conditions prévues aux articles L. 762-5 à L. 762-6-5 du code de la Sécurité sociale.

Les adhésions ne sont soumises à aucune restriction, c'est-à-dire sans :

- Recueil par l'assureur d'informations médicales,
- Application de délai de stage ou délai de carence à la délivrance des garanties,
- Condition d'âge, à l'exception de celles prévues pour les ayants-droit en qualité d'enfants, qui ne peut être opposée à l'adhésion d'un bénéficiaire

5. Garanties d'assurance

Les garanties ont pour objet de financer les frais occasionnés par **une maladie, un accident ou une maternité**.

Elles doivent respecter les conditions fixées :

- au II de l'article L. 911-7 du code de la Sécurité sociale (panier de soins),
- à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale (contrat responsable),
- au II de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale (contrat solidaire).

Les agents retraités bénéficient des mêmes garanties que les agents actifs.

Afin de tenir compte des situations des agents, les garanties sont proposées selon plusieurs niveaux de prestations, en fonction du degré de protection recherché. Ces niveaux sont applicables par adhésion de l'agent actif ou retraité, pour lui et ses ayants-droit comme suit :

☐ Pour un niveau identique à l'ensemble des Bénéficiaires rattachés à l'adhésion de l'agent	☒ Pour un niveau identique ou des niveaux différents par bénéficiaire(s) rattaché(s) à l'adhésion de l'agent
--	--

Les garanties sont définies dans le tableau ci-après. Les remboursements de l'Assureur indiqués dans ce tableau ci-dessous sont indiqués :

☐ En complément des remboursements des prestations versés par l'Assurance maladie (sauf pour l'équipement optique qui comprennent ceux de l'Assurance maladie)	☒ Y compris les remboursements des prestations versés par l'Assurance maladie
---	---

Soins courants

Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :			
<i>Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (DPTAM) sont pris en charge dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et des montants pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à ces dispositifs, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20% du tarif de responsabilité. Les DPTAM sont des dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : http://annuaire.sante.ameli.fr</i>			
Honoraires :			
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	125%	150%	200%
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	105%	130%	180%
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	200%	250%
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	180%	200%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	200%	250%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	180%	200%
Imagerie médicale - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	125%	200%
Imagerie médicale - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	105%	180%
Honoraires paramédicaux - auxiliaires médicaux (y compris sages-femmes)	100%	125%	150%
Honoraires de séances d'accompagnement psychologique (article L162-58-1 CSS)	100%	100%	100%
Analyse et examens de laboratoires	100%	125%	150%
Frais de transport	100%	100%	100%
Médicaments :			
Médicaments (tous les niveaux de remboursements par l'Assurance maladie)	100%	100%	100%
Vaccins antigrippaux	100%	100%	100%
Vaccins	100%	100%	100%
Contraception sur prescription	100%	100%	100%
Substituts nicotiniques	150 €	150 €	150 €
Matériel médical (sauf dentaire, optique, auditif)			
Ensemble du matériel sur la liste des produits et prestations (LPP)	200%	300%	400%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Participation assuré actes > 120 Euros (par acte)	Garanti	Garanti	Garanti
Pharmacie homéopathique (par an)	50 €	75 €	100 €
Médecines douces (par an)	100 €	150 €	200 €

Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité

Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3

Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (DPTAM) sont pris en charge dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et des montants pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à ces dispositifs, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20% du tarif de responsabilité. Les DPTAM sont des dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : <http://annuaire.sante.ameli.fr>

Prestations remboursées par l'Assurance maladie :

Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	200%	250%
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	180%	200%
Actes de spécialités - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	200%	250%
Actes de spécialités - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	180%	200%
Frais de séjour	100%	100%	100%
Soins thermaux	100%+150€	100%+200€	100%+250€

Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :

Participation du patient actes > 120 Euros	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait patient urgence (FPU, article L160-13 CSS)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier psychiatrie	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait chambre particulière (par jour en durée non limitée)	50 €	65 €	80 €
Forfait frais accompagnant enfant moins de 16 ans (par jour et limité à 60 jours)	30 €	35 €	40 €
Amniocentèse	30 €	30 €	50 €

Optique

Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3

Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, cette dernière étant limitée à 100€. Toutefois, pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, la garantie s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période annuelle (article R 871-2 du code de la Sécurité sociale).

Prestations remboursées par l'Assurance maladie :**Équipement 100% santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée**

Équipement complet	Remboursement intégral		
--------------------	------------------------	--	--

Équipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée

Remboursement de l'équipement (limité à 100€ pour la monture) :			
a) Équipement à verres simples	150 €	250 €	300 €
b) Équipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	225 €	375 €	450 €
c) Équipement à verres complexes	300 €	500 €	600 €
d) Équipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	225 €	375 €	450 €
e) Équipement avec un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	300 €	500 €	600 €
f) Équipement à verres très complexes	300 €	500 €	600 €
Frais de lentilles remboursées (par an et par bénéficiaire) en complément du régime obligatoire. Cumulable avec le forfait lunette	150 €	200 €	250 €
Matériel pour amblyopie, prestations d'adaptation, autres suppléments optiques	100%	100%	100%

Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :

Frais de lentilles non remboursées (par an et par bénéficiaire)	150 €	150 €	200 €
Chirurgie de l'œil (par œil)	200 €	300 €	400 €

Dentaire

Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3

Prestations remboursées par l'Assurance maladie :

Honoraires - Soins dentaires praticiens adhérent à un DPTAM	100%	125%	150%
Honoraires - Soins dentaires non adhérent à un DPTAM	100%	105%	130%
Traitement d'orthodontie	200%	300%	400%
Prothèses dentaires (y compris inlays-onlays et inlays core) :			
Panier de soins 100% santé sans reste à charge (convention article L 162-9 CSS)	Remboursement intégral		
Panier de soins aux tarifs maîtrisés	200%	300%	400%
Panier de soins aux tarifs libres	200%	300%	400%

Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :

Prothèses dentaires (par prothèse)	200 €	300 €	400 €
Traitement d'orthodontie (par semestre)	200 €	300 €	400 €
Parodontologie (par an)	100 €	250 €	350 €
Implants (forfait par implant limité à 3 implants / an)	100 €	300 €	500 €

Aides auditives

Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3
La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans.			
Equipement 100% santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée			
Equipement complet	Remboursement intégral		
Equipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée			
Remboursement par aide auditive assuré de moins de 20 ans	1 500 €	1 500 €	1 500 €
Remboursement par aide auditive assuré de plus de 20 ans	1 000 €	1 250 €	1 500 €

Autres prestations

Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :			
Actes de prévention (7 actes selon l'arrêté du 8 juin 2006) :			
Scellement des puits, sillons et fissures (enfant de moins de 14 ans)	100%	100%	100%
Détartrage annuel complet	100%	100%	100%
Bilan du langage (enfant de moins de 14 ans)	100%	100%	100%
Dépistage hépatite B	100%	100%	100%
Dépistage trouble de l'audition (personne de plus de 50 ans)	100%	100%	100%
Ostéodensitométrie (personne de plus de 50 ans)	100%	100%	100%
Vaccins (sur liste de l'arrêté du 8 juin 2006)	100%	100%	100%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Allocation enfant (naissance ou adoption, par enfant inscrit à l'adhésion)	250 €	250 €	250 €
Assistance	Oui	Oui	Oui

6. Cotisations

6.1. Tableau des cotisations

Les cotisations sont exprimées en **montants en €** à la date d'effet du contrat.

Solidarité tarifaire intergénérationnelle	Le rapport entre la cotisation due par l'assuré âgé de plus de trente ans acquittant le montant le plus élevé et la cotisation due par l'assuré âgé de plus de trente ans acquittant le montant le moins élevé ne peut être supérieur à trois, à charge de famille et catégorie statutaire identiques, et pour une option de garanties comparable.
Solidarité tarifaire familiale	Les cotisations des familles les plus nombreuses ne peuvent excéder celles prévues pour les familles comprenant trois enfants.

L'Assureur complète le tableau ci-après des montants de cotisations selon le tableau ci-après, applicables à la date d'effet du contrat :

Grille des montants de cotisation TTC par personne						
Age	Niveau 1		Niveau 2		Niveau 3	
	Montant TTC <u>mini</u>	Montant TTC <u>proposé</u>	Montant TTC <u>mini</u>	Montant TTC <u>proposé</u>	Montant TTC <u>mini</u>	Montant TTC <u>proposé</u>
Enfant (gratuité à compter du 3 ^{ème})	/	...€	/	...€	/	...€
Adulte actif de moins de 30 ans inclus	/	...€	/	...€	/	...€
Adulte actif de plus de 30 ans à 40 ans inclus	/	...€	/	...€	/	...€
Adulte actif de plus de 40 ans à 50 ans inclus	/	...€	/	...€	/	...€
Adulte actif de plus de 50 ans	/	...€	/	...€	/	...€
Retraité	/	...€	/	...€	/	...€
	L'Assureur ne peut proposer des montants de cotisations inférieurs à ceux qui sont indiqués dans les colonnes « Montants TTC mini » au regard de la connaissance rétrospective du risque et des charges futures de consommation de soins et de biens médicaux.					
	Les montants de cotisation s'entendent par personne à assurer, bénéficiaire des garanties. Ainsi, et à <u>titre d'exemple</u> , pour un assuré agent de 41 ans qui rattache sur son adhésion sa conjointe de 38 ans et son enfant de moins de 18 ans, la cotisation totale à payer est celle du cumul des cotisations de la tranche adulte de 40 à 50 ans + de la tranche adulte de 30 à 40 ans + cotisation enfant.					

6.2. Evolution des cotisations

Motifs d'évolution :

L'évolution exceptionnelle des cotisations est autorisée selon l'article 20 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011. Ainsi, le dépassement des limites tarifaires, prévues au titre de l'évolution annuelle des cotisations, n'est possible que dans les cas ci-après, et si le changement revêt un caractère **significatif** :

- Aggravation de la sinistralité,
- Variation du nombre d'agents adhérents,
- Evolutions démographiques,
- Modifications de la réglementation.

Cas de l'aggravation de la sinistralité :

L'aggravation de la sinistralité doit être constatée par l'Assureur sur la base :

- D'au moins deux années consécutives,
- Du compte de résultat technique, calculé par différence entre :
 - Les cotisations, par ailleurs minorées de la contribution prévue au I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale et de la dotation à la provision pour cotisations non acquises, puis majorées de la reprise sur cette même provision,
 - Et :
 - Les prestations, par ailleurs majorées des dotations aux provisions techniques correspondantes, et minorées des reprises sur ces mêmes provisions,
 - Les frais de gestion.

Dans ce cas, les cotisations peuvent être majorées dans le respect des taux d'augmentation maximum à compléter dans le tableau ci-après, la borne maximum ne pouvant être dépassée. **L'Assureur complète le tableau ci-après et ne peut indiquer de taux supérieur correspondant à la tranche de P/C > 130% :**

Périodes	Ratio P/C net de frais (Prestations sur cotisations HT)	Taux de majoration
Année 1	/	0%
Année 2	/	3%
Année 3	/	3%
Années 4 et suivantes	P/C < 100%	0%
	P/C < 110%	... %
	P/C < 120%	... %
	P/C < 130%	... %
	P/C > 130%	10%
Le P/C s'apprécie sur la base du compte de résultat cumulé depuis la date d'effet du contrat		

Cas des modifications de la réglementation :

Par application de l'article L 112-3 du code des assurances, la modification des garanties proposée par l'Assureur visant à les mettre en conformité avec les règles fixées par le décret en Conseil d'Etat mentionné à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est réputée acceptée à défaut d'opposition du Souscripteur. L'Assureur informe par écrit le Souscripteur des nouvelles garanties proposées et des conséquences juridiques, sociales, fiscales et tarifaires qui résultent de ce choix. Le Souscripteur dispose d'un délai de trente jours pour refuser par écrit cette proposition. Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt un mois après l'expiration du délai précité de trente jours et dans un délai compatible avec les obligations légales et conventionnelles

d'information des Assurés par le Souscripteur.

Cadre à respecter :

Lorsque l'Assureur souhaite modifier les cotisations à la date d'échéance de l'année suivante en cas d'aggravation de la sinistralité, de la variation du nombre d'agents adhérents ou encore des évolutions démographiques, il adresse sa demande au Souscripteur 180 jours au plus tard à compter de la date d'échéance. Cette demande doit être accompagnée d'une étude documentée justifiant qu'au moins un des cas de majoration précités nécessite de modifier les taux de cotisations pour préserver l'équilibre du contrat d'assurance. L'Assureur indique dès lors pour chacune des garanties les nouveaux montants de cotisation qu'il entend appliquer. Le Souscripteur étudie la proposition :

- En cas d'acceptation des modifications tarifaires proposées par l'Assureur, les nouveaux montants de cotisation font l'objet d'un avenant aux conditions particulières,
- En cas de refus des modifications tarifaires proposées par l'Assureur, le Souscripteur peut résilier le présent contrat moyennant un préavis de deux (2) mois avant l'échéance.

7. Réserves

Les réserves de l'Assureur aux conditions particulières et aux conventions spéciales doivent faire l'objet d'une énumération précise et exhaustive, doivent être obligatoirement numérotées et faire référence aux articles des conventions spéciales concernées, **et être limitées à 3 :**

Numéro de la réserve	Articles des conventions spéciales	Réserves
1		
2		
3		

8. Formation du contrat

Formation et signature du contrat collectif d'assurance

La signature des présentes conditions particulières vaut acceptation de l'ensemble des documents qui composent le contrat collectif d'assurance que sont, dans l'ordre d'application préférentielle :

- Les présentes conditions particulières et les deux annexes,
- Les conventions spéciales,
- Les conditions générales de l'Assureur.

Seuls ces documents forment le contrat collectif d'assurance qui engage les parties.

L'Assureur rédige la notice d'information du contrat d'assurance en respectant scrupuleusement les dispositions des présentes conditions particulières et des conventions spéciales, qu'il adresse au Souscripteur pour validation préalable avant sa diffusion auprès des Assurés.



L'assureur s'engage à appliquer les dispositions contractuelles issues des documents précités, et à ne pas les réécrire ou les modifier tant sur la forme que sur le fond, et attribue un numéro de contrat dès l'acceptation par le Souscripteur.

Fait à :

Le :

Pour l'Assureur

Prénom / Nom :

Qualité :

Signature :

Pour le Souscripteur

Prénom / Nom :

Qualité :

Signature :

N° de contrat :