



*C'est dans l'attitude de chacun
que s'épanouit l'esprit mutualiste*

Institut du Temps Géré

Conditions d'adhésion 2011

Contrat collectif à adhésion facultative

NOTICE

ARTICLE 1 – OBJET

Les garanties "frais médicaux" ont pour objet, en cas de maladie ou de maternité, d'assurer au membre participant et éventuellement à ses ayants-droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie, en complément des remboursements effectués par le régime obligatoire au titre des prestations en nature de l'assurance maladie.

Définition des bénéficiaires

Les bénéficiaires des prestations de SMI sont les membres participants et leurs ayants-droit figurant sur le bulletin d'affiliation.

Les ayants-droit sont ceux reconnus au titre des remboursements par la Sécurité Sociale française. Peuvent être concernés le conjoint (ou concubin ou partenaire lié par un PACS), les enfants à charge et les ascendants à charge ainsi que les bénéficiaires au sens de l'article L.161-14 du code de la Sécurité Sociale.

Le nouveau-né est garanti à la date de sa naissance si la demande d'affiliation en qualité d'ayant droit en est faite à SMI dans les trois mois qui suivent la naissance (sous réserve que les droits aux prestations du membre participant soient ouverts).

ARTICLE 2 – MODALITES D'AFFILIATION/RESILIATION

L'affiliation individuelle prend effet au 1er jour du mois de réception de la demande de souscription, pour une durée allant jusqu'au 31 décembre de l'année. Elle se poursuit ensuite par tacite reconduction sauf en cas de demande de résiliation.

Pour les membres participants inscrits individuellement, la demande de résiliation doit être notifiée par lettre recommandée avec AR, reçue au plus tard, le 31 octobre pour une prise d'effet au 1er janvier.

En cas de résiliation, le membre participant doit retourner les cartes de tiers payant valides qui sont en sa possession.

Conformément à l'article 27 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 dite "loi informatique et liberté", le membre participant peut obtenir à tout moment communication et le cas échéant, rectification des informations détenues, sur simple demande écrite à SMI.

ARTICLE 3 – PRESTATIONS GARANTIES

Les prestations au verso viennent en complément des remboursements effectués par le régime obligatoire de l'assuré, au titre des prestations en nature de l'assurance maladie. En conséquence, l'absence de prise en charge par le régime obligatoire du membre participant et/ou de ses ayants-droit entraîne l'absence de remboursement de SMI, sauf stipulation expresse contraire.

Les prestations accordées prennent en charge, dans les conditions et limites fixées par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et des textes pris pour son application, les prestations liées à la prévention, aux consultations et prescriptions du médecin traitant mentionné à l'article L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale.

Dans le cas où la définition légale ou réglementaire du « contrat responsable » viendrait à être modifiée, les garanties du contrat SMI seraient réputées respecter les nouvelles dispositions légales. Les prestations dues ou intégrées dès lors prévues par les textes, seront considérées comme intégrées à la définition des garanties.

Dans le cas où le membre participant aurait perçu indûment ou par erreur des prestations, SMI se réserve le droit de lui en réclamer le remboursement.

Peuvent être exclus, les membres qui auraient causé volontairement, aux intérêts de SMI, un préjudice dûment constaté.

Les actes médicaux dont la date est antérieure à la date d'ouverture des droits ne sont pas remboursables, la date de référence étant la date de prescription ou celle figurant sur le décompte.

SMI se réserve le droit, avant ou après le paiement des prestations et afin d'éclaircir sa décision de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent règlement. En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de SMI.

SMI peut également demander à qui de droit, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

Aucune prestation ne sera servie, ni après la date d'effet de la démission, ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs, produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie et de la dépense réellement engagée, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le membre participant peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Les remboursements des frais ne peuvent excéder le montant restant à la charge du membre participant, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

ARTICLE 4 – PROCEDURES DE REMBOURSEMENTS

Les demandes de remboursement sont reçues et traitées par SMI :

, soit par télédéclaration de type « NGENIE » ou autre, directement en provenance du centre de paiement de l'organisme obligatoire dont dépend le bénéficiaire,

soit sur présentation par le membre participant, des décomptes ou relevés de décomptes du Régime Obligatoire, des tickets modérateurs et des factures, seules pièces justificatives ouvrant droit au remboursement. Seuls les documents originaux seront pris en compte par SMI

Aucun des documents reçus par SMI pour effectuer ses remboursements ne sera restitué. Il appartient donc au membre participant de garder, s'il le souhaite, une copie de ses documents avant envoi.

ARTICLE 5 – FORCLUSION

Le membre participant ne pourra prétendre au bénéfice des prestations servies par SMI, pour tout décompte de son régime obligatoire, factures, tickets modérateurs et autres documents, présentés deux ans après la date de soins.

Ce délai s'applique également pour le versement des allocations mariage et naissance, à compter de la date de l'événement ; pour ce qui concerne la prestation « Obsèques », la prescription est de 10 ans à compter de la date de l'événement.

ARTICLE 6 – RISQUES EXCLUS

Les garanties ne couvrent pas, conformément à l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application :

la participation mentionnée aux II et III de l'article L.322-2 du Code de la sécurité sociale ; cette participation reste donc à la charge des membres participants et de leurs ayants-droit.

conformément à l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et selon les conditions fixées par les textes pris pour son application ;

la majoration du ticket modérateur mise à la charge des assurés par l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale dans le cas où l'assuré n'aurait pas choisi de médecin traitant ou consulterait un autre médecin sans prescription de son médecin traitant,

les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation (visée à l'article L.161-36-2 du Code de la Sécurité sociale) au professionnel de santé auquel il a eu recours d'accéder à son dossier médical personnel et à le compléter.

les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés à l'article L.162-5, 18° du Code de la sécurité sociale ;

tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honneur dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application.

A moins qu'elles ne soient prises en charge par le régime obligatoire du membre participant, ne sont pas garantis les dépenses de santé et d'une façon générale tous les frais résultant :

du fait intentionnel du bénéficiaire.

d'une cause non liée directement par une maladie ou un accident, tels que les cures de rajeunissement, amaigrissement, traitements esthétiques, transformations sexuelles, traitements par psychanalyse.

de séjours en maisons de retraite, services de gérontologie et de gériatrie

du forfait hospitalier acquitté à l'occasion d'un séjour en établissements et/ou services pour maladies nerveuses, mentales ou psychiatriques.

directement ou indirectement du fait de guerres civiles ou étrangères.

En toute hypothèse, et conformément à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale, le contrat prendra en charge les remboursements du contrat responsable.

ARTICLE 7 – POINTS SPECIFIQUES

Auxiliaires de vie : Si prévu au contrat, versement à réception :

Soit de factures originales acquittées accompagnées d'une prise en charge d'un organisme social (CAF, CNAV...)

Soit de chèques emplois services accompagnés d'un certificat médical précisant la nécessité d'une auxiliaire de vie.

Prothèses Hors Nomenclature : Les remboursements de prothèses Hors Nomenclature ne seront effectués au titre des prothèses non remboursées que pour les prothèses réalisées sur dent vivante ou n'utilisant pas la technique de coulée métallique en cas de remplacement d'une dent ;

Maternité : la prime de naissance est versée sur justificatif, pour un même assuré, uniquement pour les enfants issus d'un même lit, nés au cours de la même année.

Allocation Obsèques : Allocation versée sur présentation d'une facture originale acquittée et d'un acte de décès ; les frais seront remboursés à la personne ayant réglé la facture des frais d'obsèques, dans la limite de la dépense engagée.

ARTICLE 8 – PRESCRIPTION – CONTESTATION – DECHEANCE

Toute réclamation concernant un remboursement de prestation ne pourra être reçue deux ans après la date du paiement effectué par SMI

En cas de contestation d'un remboursement, le membre participant a la faculté d'adresser une demande au responsable du service Prestations de SMI

En cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du membre participant, ce dernier est informé des fautes qui lui sont reprochées et invité à fournir des explications ; SMI peut prononcer ensuite l'annulation des droits aux prestations et l'exclusion du membre participant, sous réserve des éventuelles poursuites à engager pour le recouvrement des sommes indûment payées.

ARTICLE 9 – AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel sse 61, rue de Taïbout - 75436 PARIS CÉDEX 09 - France.

ARTICLE 10 – COTISATIONS - REVISION - RECOUVREMENT

Les cotisations sont réévaluées à chaque échéance annuelle en fonction des résultats techniques, des prévisions de consommation et de l'évolution des prestations couvertes.

En cas de modification des dispositions réglementaires ou législatives et/ou des bases de remboursement de la Sécurité Sociale entraînant une modification de tout ou partie des engagements de SMI, le souscripteur et SMI s'engagent à réviser les cotisations à compter, au plus tôt, de la date d'application par la Sécurité Sociale des dispositions et/ou des bases de remboursement nouvelles. En cas de désaccord, les cotisations et les garanties resteront identiques en valeurs absolues à celles appliquées avant les modifications des dispositions réglementaires ou législatives et/ou des bases de remboursement de la Sécurité Sociale ; ces modifications ne pouvant en aucun cas augmenter, en valeurs absolues, les engagements de SMI.

A défaut de paiement de la cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance, la garantie peut être suspendue après un délai de 30 jours à compter de la date de première présentation d'une lettre de mise en demeure.

SMI est en droit de résilier les garanties 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours.

Les frais de mise en demeure et de recouvrement sont imputés au membre participant. Les cotisations restant dues seront majorées des pénalités calculées au taux égal, majoré de 50 %.

En tout état de cause, les cotisations antérieures restent dues à SMI et celle-ci a la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous moyens de droit.

ARTICLE 11 – SUBROGATION (Extrait de l'Art. 27 des Conditions Générales des contrats « Frais de santé » de SMI, dont dépendent les garanties au verso)

SMI est subrogée de plein droit aux membres participants et aux ayants-droit, victimes d'un accident dans leur action contre les tiers responsables, que la responsabilité de tiers soit entière ou qu'elle soit partagée, et dans la limite des dépenses exposées par SMI à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

ARTICLE 12 – PORTABILITE DES DROITS

Depuis le 01/07/09, le membre participant radié des effectifs de l'entreprise (sauf pour faute lourde) peut maintenir l'ensemble de ses garanties complémentaires pour une durée égale à celle du dernier contrat de travail, prise en compte en mois entiers dans la limite de 9 mois, sous réserve de bénéficier de l'assurance chômage et d'en faire la demande auprès de son employeur ; la répartition du financement employeur/salarié reste identique.

ARTICLE 13 – DISPOSITIONS LOI EVIN

Dans le cadre d'un contrat collectif à caractère obligatoire et en application de l'article 4 de la loi CVIN, tout salarié venant à bénéficier, soit d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, soit d'une pension de retraite du régime de Sécurité Sociale ou de prestations de chômage par suite de privation d'emploi, ou cessant d'appartenir au personnel du souscripteur, bénéficie de la faculté de continuer à être couvert par une garantie de frais médicaux et chirurgicaux, sous réserve d'en faire la demande auprès de SMI au plus tard dans les six mois suivant la rupture du contrat de travail. Les tarifs, applicables en pareil cas, peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs dans les conditions fixées par décret.

Les ayants droit garantis du chef d'un membre participant décédé et qui étaient mentionnés sur le bulletin individuel d'adhésion du membre participant peuvent bénéficier de la faculté de continuer à être couverts pendant douze mois moyennant le paiement d'une cotisation, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois suivant le décès.

Les salariés cessant d'appartenir à l'effectif du souscripteur pour d'autres motifs, ont la possibilité de souscrire à titre individuel, dans les trois mois suivant leur départ de l'entreprise, une garantie de frais médicaux et chirurgicaux, dans les conditions en vigueur au jour de la demande.

POUR CONTACTER SMI

2 rue de Laborde - 75374 PARIS Cedex 08

11 place Bellecour - 69288 LYON Cedex 02

2, rue du Capitaine Bernard - 97300 Cayenne

Serveur vocal SMI SANTE disponible 7j/7 - 24 h/24

☎ 08.90.64.91.66 (0,15 C / min à partir d'un poste fixe)

Site Internet : www.mutuelle-smi.com

Service «Relation Adhérents» du lundi au vendredi
(N° d'appel figurant sur votre certificat d'adhésion.)

**Dès réception
de votre numéro d'adhésion,
vous aurez accès :**

SITE INTERNET

www.mutuelle-smi.com

Vous accédez à votre dossier pour obtenir des informations sécurisées (consultations des remboursements de prestations) ou pour télécharger des documents de gestion.

SMI SANTÉ

24h/24, 7j/7

08 90 64 91 66 (0,11€/mn depuis un poste fixe)

Ce service audiotel vous renseigne sur les remboursements des 6 dernières semaines et vous informe sur les principales procédures de gestion.

SERVICE RELATION ADHÉRENTS

0 820 820 710 (0,11€/mn depuis un poste fixe)

**du lundi au jeudi de 8h30 à 17h45
(16h45 le vendredi) sans interruption**

Une équipe constituée de 25 Assistants-Conseils est à votre disposition pour répondre à vos questions et vous guider dans la gestion de votre contrat (remboursements, prise en charge hospitalière etc...)

SMI, « MUTUELLE AVANT TOUT »

SMI est une des premières mutuelles interprofessionnelles françaises, **spécialiste de l'entreprise en matière de protection sociale**.

SMI accompagne au quotidien **591 000 bénéficiaires** en leur garantissant des solutions adaptées à leurs besoins, des services et conseils pratiques, dans le respect de ses **valeurs fondatrices**, la solidarité, la générosité et le respect de ses engagements.

Soucieuse du service à apporter à ses clients, SMI continue son développement en s'appuyant sur les principes essentiels tels que la transparence, la rigueur, l'éthique.

SMI est une mutuelle certifiée ISO 9001/2008 pour l'ensemble de ses activités.

VOS AVANTAGES EN CHOISSANT SMI

TARIF DE GROUPE AVANTAGEUX SPÉCIALEMENT NÉGOCIÉ AVEC I.T.G.

Couverture immédiate sans délai d'attente

3 niveaux de couverture au choix : Régime 1, Régime 2 et Régime 3

- Vous pouvez mettre en place le régime choisi :
- soit pour vous seul
 - soit en faire bénéficier également tout ou partie de votre famille

Vous pouvez adapter votre régime en fonction de l'évolution de votre situation.

REMBOURSEMENTS SOUS 48 HEURES

ASSISTANCE À DOMICILE SMI

CARTE DE TIERS PAYANT

Cette carte vous dispense de faire l'avance de frais de santé chez de nombreux praticiens de santé (pharmacie, laboratoire, radiologie...) dans la limite des montants des garanties souscrites.

DES SERVICES À VOTRE DISPOSITION

ADOCYS

Plate-forme d'expertise, pour y voir plus clair dans vos soins dentaires, optiques et audio-prothèse.



Composez le **0 820 029 019** (0,11 € / mn depuis un poste fixe)

En adressant aux experts de la plate-forme ADOCYS le devis réalisé par le professionnel de santé concerné (dentiste, opticien ou audio prothésiste), vous bénéficierez sous 48 heures (à réception du devis) :

- Des résultats de l'analyse des prestations figurant sur votre devis en fonction des tarifs pratiqués dans votre région au regard des bonnes pratiques et des prix du marché,
- d'une prise en charge (paiement direct au fournisseur)

PRIORITÉ SANTÉ MUTUALISTE

En matière de santé êtes-vous sûr d'être bien informé ?

Ce service mutualiste exclusif vous est proposé par votre mutuelle SMI et vous garantit :

- **Une information** claire et validée par des professionnels de santé (sur les maladies cardio-vasculaires, cancer, dépendance aux addictions, maintien de l'autonomie des personnes âgées ou en situation de handicap...)
- **Une aide à l'orientation** qui vous permet de connaître les établissements de qualité et les associations spécialisées dans la pathologie recherchée proches de votre domicile pour vous et les membres de votre famille
- **Un accompagnement personnalisé** qui peut associer votre médecin au programme



VOS GARANTIES

GARANTIES	REMBOURSEMENTS Y COMPRIS LE REMBOURSEMENT SS dans la limite des FR		
	Régime 1	Régime 2	Régime 3
FRAIS MEDICAUX			
Consultations / Visites Généralistes	120 % de la BR	200 % de la BR	500 % de la BR
Consultations / Visites Spécialistes	120 % de la BR	200 % de la BR	500 % de la BR
Analyses Laboratoire	120 % de la BR	200 % de la BR	500 % de la BR
Auxiliaires médicaux : orthophonistes, infirmiers, ...	120 % de la BR	200 % de la BR	500 % de la BR
Actes d'imagerie médicale et d'échographie	120 % de la BR	200 % de la BR	500 % de la BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie (en cabinet ou en ambulatoire)	120 % de la BR	200 % de la BR	500 % de la BR
PHARMACIE			
Pharmacie	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
Vaccins non pris en charge par la SS mais prescrits médicalement	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels
DENTAIRE			
Soins dentaires	150 % de la BR	200 % de la BR	500 % de la BR
Orthodontie prise en charge par la SS	300 % de la BR	390 % de la BR	390 % de la BR
Orthodontie non prise en charge par la SS	/	/	200 % de la BR
Prothèses dentaires prises en charge par la SS	300 % de la BR	390 % de la BR	500 % de la BR
Prothèses dentaires non prises en charge par la SS (hors dents provisoires)	220 % de la BR	310 % de la BR	400 % de la BR
Implantologie	/	Forfait annuel de 150 Euros par bénéficiaire	Forfait annuel de 400 Euros par bénéficiaire
Parodontologie non prise en charge par la SS	/	Forfait annuel de 50 Euros par bénéficiaire	Forfait annuel de 100 Euros par bénéficiaire
OPTIQUE			
Verres pris en charge par la SS			
Verres unifocaux			Forfait annuel de 10 % du PMSS par bénéficiaire
Verres multifocaux			Forfait annuel de 12 % du PMSS par bénéficiaire
Monture prise en charge par la SS			Forfait annuel de 5 % du PMSS par bénéficiaire
Lentilles prises en charge par la SS	100 % de la BR + Forfait annuel global pour les verres, monture et lentilles de 240 Euros	100 % de la BR + Forfait annuel global pour les verres, monture et lentilles de 300 Euros	Forfait annuel de 10 % du PMSS par bénéficiaire
Lentilles non prises en charge par la SS (y compris lentilles jetables)			Forfait annuel de 10 % du PMSS par bénéficiaire
Chirurgie réfractive de l'œil (sous réserve que le forfait global optique ne soit pas utilisé au titre de la même année)	/	Forfait annuel de 11 % du PMSS par bénéficiaire	Forfait annuel de 30 % du PMSS par bénéficiaire
PROTHESES MEDICALES			
Orthopédie et autres prothèses non dentaires	100 % de la BR + Forfait annuel de 656 Euros par bénéficiaire	100 % de la BR + Forfait annuel de 656 Euros par bénéficiaire	100 % de la BR + Forfait annuel de 700 Euros par bénéficiaire
Prothèses auditives	100 % de la BR + Forfait annuel de 656 Euros par bénéficiaire	100 % de la BR + Forfait annuel de 656 Euros par bénéficiaire	100 % de la BR + Forfait annuel de 700 Euros par bénéficiaire
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE (hors ambulatoire)			
Frais de séjour	120 % de la BR	200 % de la BR	500 % de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et autres honoraires	120 % de la BR	200 % de la BR	500 % de la BR
Forfait hospitalier	100 % du forfait en vigueur au jour de l'hospitalisation (sauf établissements et services pour maladies nerveuses, mentales ou psychiatriques)	100 % du forfait en vigueur au jour de l'hospitalisation (sauf établissements et services pour maladies nerveuses, mentales ou psychiatriques)	100 % du forfait en vigueur au jour de l'hospitalisation (sauf établissements et services pour maladies nerveuses, mentales ou psychiatriques)
Lit accompagnant (pour enfant jusqu'à 12 ans)	100 % des Frais Réels limités à 30 jours par hospitalisation	100 % des Frais Réels limités à 30 jours par hospitalisation	100 % des Frais Réels limités à 30 jours par hospitalisation
Chambre particulière (hors ambulatoire)	1,5 % du PMSS par jour dans la limite de 30 jours par Hospitalisation	2 % du PMSS par jour	3 % du PMSS par jour
MATERNITE / ADOPTION			
Forfait global	320 Euros par famille	400 Euros par famille	500 Euros par famille
Chambre particulière maternité	1,5 % du PMSS par jour (limité à 12 jours par maternité)	2 % du PMSS par jour (limité à 12 jours par maternité)	3 % du PMSS par jour (limité à 12 jours par maternité)
MAISON DE REPOS ET DE CONVALESCENCE			
TRANSPORT TERRESTRE	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
CURES THERMALES prises en charge par la SS			
Transport, soins, hébergement	100 % de la BR + Forfait annuel de 290 euros	100 % de la BR + Forfait annuel de 445 Euros	100 % de la BR + Forfait annuel de 500 euros
Ostéopathes, chiropracteurs, acupuncteurs (praticiens inscrits à l'ordre des médecins)	/	30 Euros par séance limité à 3 séances par année civile	45 Euros par séance limité à 3 séances par année civile
ASSISTANCE			
	Oui	Oui	Oui

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (valeur 2010 = 2885 €) / BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale / FR = Frais Réels

En secteur non conventionné, les remboursements des garanties prévues dans le tableau ci-dessus, sont limités au tarif de responsabilité.

Dans le cadre de la réforme de la Sécurité Sociale et de l'entrée en vigueur progressive de la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux), SMI pourra être amenée à modifier en cours d'année, l'expression des garanties ci-dessus et à adapter leur mode de liquidation.

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

Vous pouvez choisir une structure de cotisation qui correspond parfaitement à votre famille

SITUATION	REGIME 1	REGIME 2	REGIME 3
1 Bénéficiaire (consultant seul)	49,05 €	63,76 €	84,53 €
2 Bénéficiaires (consultant + 1 ayant droit)	98,09€	127,52 €	166,75 €
3 Bénéficiaires et plus (consultant + 2 ayants droit ou plus)	129,83 €	168,77 €	200,51 €

Ces cotisations sont applicables pour toute souscription à la présente gamme en 2010 et sont maintenues, à législation constante, au titre de l'exercice 2011. Toute nouvelle taxe ou impôt que la réglementation imposerait au titre du présent contrat sera toutefois répercutée, dès sa date d'entrée en vigueur, sur les présentes cotisations et mise à votre charge. Il en va ainsi, sous réserve de sa promulgation, de la taxe de 3,5 % sur les contrats solidaires et responsables.

