

CONDITIONS GENERALES

Contrat à Adhésion Obligatoire

Organismes Co-assureurs :

MMA IARD Assurances Mutuelles, société d'assurance mutuelle à cotisations fixes,

RCS Le Mans 775 652 126

Ci-après dénommée « MMA IARD Assurances Mutuelles »

et

MMA IARD, société anonyme au capital de 537 052 368 euros,

RCS Le Mans 440 048 882

Ci-après dénommée « MMA IARD SA »

Entreprises régies par le code des assurances

Sièges sociaux : 14 boulevard Marie et Alexandre Oyon - 72 030 Le Mans cedex 9

Ci-après dénommées « MMA »

et

SMI, immatriculée au Répertoire SIRENE, sous le numéro SIREN 784 669 954.

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la mutualité et agréée au titre des branches 1,

2, 20 et 21. Siège social : 2, rue de Laborde - 75374 Paris Cedex 08.

Ci-après dénommée « SMI »

CHAPITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

Article - 1 OBJET ET ORGANISATION DU CONTRAT

Le présent Contrat a pour objet, dans le cadre d'une opération collective, d'assurer aux salariés de l'entreprise souscriptrice et éventuellement à leurs Ayants droit, en cas d'Accident, de Maladie ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par la Sécurité sociale au titre des Prestations en nature de l'assurance maladie.

Le présent Contrat liant le Souscripteur et l'Assureur est composé de deux parties indissociables :

- les **Conditions Particulières** qui matérialisent la souscription du Contrat par l'entreprise (dénommée « le Souscripteur »). Elles complètent et modifient, le cas échéant, les Conditions Générales et précisent notamment les catégories de salariés couverts, le caractère obligatoire ou facultatif de la couverture des Ayants droit des salariés, les assiettes, montants et taux des cotisations et les Prestations assurées ;
- les **présentes Conditions Générales** définissant leurs droits et obligations réciproques et l'ensemble des Garanties pouvant être souscrites.

Les Garanties sont assurées par les organismes Co-assureurs : MMA IARD Assurances Mutuelles, société d'assurance mutuelle à cotisations fixes, MMA IARD SA, société anonyme au capital de 537 052 368 euros,

entreprises régies par le code des assurances et SMI, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité.

La signature des Conditions Particulières par le Souscripteur emporte acceptation des Conditions Générales qui y sont liées ainsi que des Statuts de SMI et des Statuts de MMA IARD Assurances Mutuelles.

Le Souscripteur peut acquérir la qualité de « membre honoraire » de SMI et de « sociétaire » de MMA IARD Assurances Mutuelles, et les salariés dûment affiliés sont appelés « Adhérent » et acquièrent la qualité de « membre participant » de SMI dans les conditions et selon les modalités définies par ses statuts et la qualité de « sociétaire » de MMA IARD Assurances Mutuelles, dans les conditions et selon les modalités définies par ses statuts.

Le présent Contrat respecte les dispositions du décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux Garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L.911-7 du code de la Sécurité sociale. Dans le cas où la définition légale ou réglementaire du « Panier de soins » viendrait à être modifiée, les Garanties du présent Contrat seraient modifiées par un avenant de mise en conformité avec les obligations légales, réputé souscrit à la date d'entrée en vigueur de ces mesures.

Le présent Contrat est régi par le code de la mutualité, et notamment le livre II ainsi que par le code des assurances.

Article - 2 PRISE D'EFFET ET DUREE DU CONTRAT

Le Contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions particulières.

Il est souscrit dans le cadre de l'année civile et vient à échéance le 31 décembre de chaque année.

Il se poursuit ensuite annuellement par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties, selon les modalités définies à l'article 4 des présentes Conditions générales.

Article - 3 MODIFICATION DU CONTRAT

Toute modification du Contrat sera constatée par l'émission et la signature d'un avenant.

Le Souscripteur est tenu d'en informer les Adhérents, dans les conditions prévues à l'article 5.3 des présentes Conditions générales.

Article - 4 RESILIATION DU CONTRAT

4.1. Résiliation annuelle à l'initiative du Souscripteur ou de l'Assureur

Le présent Contrat peut être résilié, à l'initiative du Souscripteur ou de l'Assureur, à effet du 31 décembre de chaque année, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée moyennant respect d'un préavis de deux mois avant l'échéance, le cachet de la Poste faisant foi.

4.2. Résiliation à l'initiative de l'Assureur en cas de non-paiement des cotisations

Le présent Contrat peut être résilié, à la demande de l'Assureur, en cas de défaut de paiement des cotisations selon les modalités décrites à l'article 14 des présentes Conditions générales.

Les Adhérents sont informés de la résiliation du Contrat par le Souscripteur et pourront s'adresser pendant le délai de préavis et jusqu'au 31 décembre suivant, au Co-assureur de leur choix, afin de souscrire une Garantie de même nature, relevant de sa gamme individuelle, aux conditions tarifaires correspondant à la catégorie dont ils relèvent.

Article - 5 OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR

5.1. Déclaration du Souscripteur

Le Souscripteur doit répondre avec exactitude aux questions posées par l'Assureur en vue de l'appréciation du risque, tant au moment de la souscription du Contrat qu'au cours de son exécution. Toute erreur ou fausse déclaration de sa part pourra entraîner l'attribution à l'Assureur de dommages et intérêts.

Le Souscripteur doit en outre signaler à l'Assureur tout événement de nature à modifier l'appréciation du risque intervenant entre la signature de la proposition commerciale et la date de prise d'effet du présent contrat.

5.2. Obligation d'affiliation

Le Souscripteur a l'obligation d'affilier au présent Contrat, sous réserve des dispositions relatives aux dispenses d'affiliation reprises à l'article 10 des présentes Conditions générales, l'ensemble de ses salariés appartenant à la catégorie définie dans l'acte instituant les Garanties dans l'entreprise et indiquée à l'article 2 des Conditions particulières jointes.

5.3. Information des Adhérents

L'Assureur remettra au Souscripteur une notice d'information qui définira les Garanties souscrites, leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir, le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de Garantie ainsi que les délais de prescription.

Cette notice d'information est établie par l'Assureur, en fonction des Garanties souscrites et des déclarations du Souscripteur, notamment sur la catégorie de personnel bénéficiaire des Garanties. Toute modification du cadre de la Garantie devra être communiquée à l'Assureur aux fins de mise à jour éventuelle de ce document.

Le Souscripteur est tenu de remettre cette notice et les statuts de SMI et de MMA IARD Assurances Mutuelles à chaque Adhérent.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Adhérents, le Souscripteur est tenu de les informer en leur remettant une nouvelle notice établie à cet effet par l'Assureur.

Conformément à l'article L. 221-6 du code de la mutualité et à l'article L.141-4 du code des assurances, la preuve de la remise de la notice à l'Adhérent et des informations relatives aux modifications apportées au règlement incombe au Souscripteur.

5.4. Obligation de paiement des cotisations

Le Souscripteur doit s'acquitter du paiement au titre de chaque salarié affilié des cotisations correspondant à la part patronale et à la part salariale dont il assure le précompte selon la périodicité et le terme indiqués aux Conditions Particulières jointes. Le Souscripteur est seul responsable du paiement de ces cotisations.

CHAPITRE II :ADHERENTS ET BENEFICIAIRES

Article - 6 DEFINITION DES ADHERENTS ET DES BENEFICIAIRES

6.1. Définition des Adhérents

Pour l'application du présent Contrat, il faut entendre par Adhérent l'ensemble des personnes physiques salariées du Souscripteur, définies aux Conditions Particulières et affiliées à titre obligatoire au présent contrat souscrit par leur employeur.

6.2. Définition des Bénéficiaires

Les Bénéficiaires des Prestations de l'Assureur sont les Adhérents et, le cas échéant, sous réserve que le Souscripteur ait opté pour leur couverture et du paiement de la cotisation correspondante, leurs Ayants droit tels que définis aux Conditions particulières et figurant sur le bulletin individuel d'affiliation de l'Adhérent.

Article - 7 AFFILIATION DES ADHERENTS ET DE LEURS AYANTS DROIT

7.1. Affiliation des Adhérents

L'engagement réciproque de l'Adhérent et de l'Assureur résulte de la souscription d'un Contrat collectif par son employeur, auquel il s'affilie obligatoirement par la signature d'un bulletin individuel d'affiliation, en raison de son appartenance à une ou plusieurs catégories de personnel définie au sein de l'acte instituant le Régime et reprise au sein des Conditions particulières jointes.

La qualité d'Adhérent emporte la possibilité d'être représenté en qualité de « membre participant » aux instances de SMI (Assemblée Générale/Conseil d'Administration) selon les modalités fixées par ses statuts et donne accès aux instances de MMA IARD Assurances Mutuelles en qualité de « sociétaire », selon les modalités définies par ses statuts.

7.2. Affiliation des Ayants droit

Les Ayants droit de l'Adhérent tels que définis aux Conditions particulières jointes aux présentes Conditions générales sont affiliés, conformément aux modalités prévues au sein de l'acte instituant le Régime frais de santé, **soit de façon facultative, soit de façon obligatoire.**

Le Souscripteur indique sur sa demande de souscription si l'affiliation des Ayants droit des Adhérents est obligatoire ou facultative :

- **Dans le cas d'une affiliation obligatoire des Ayants droit**, chaque Adhérent doit cotiser conformément à sa situation de famille réelle et signaler impérativement au Souscripteur pour transmission à l'Assureur toute modification de sa situation familiale.
- **Dans le cas d'une affiliation facultative des Ayants droit**, chaque Adhérent a le choix d'affilier ou non tout ou partie de ses Ayants droit. L'Adhérent peut formuler une demande d'affiliation pour tout ou partie de ses Ayants droit à tout moment. L'affiliation prendra alors effet dans les conditions définies à l'article 8.2 des présentes Conditions Générales.

Article - 8 PRISE D'EFFET – DUREE DE L'AFFILIATION

8.1. A l'égard des Adhérents

8.1.1. Prise d'effet de l'affiliation des Adhérents

L'affiliation obligatoire de l'Adhérent au Contrat collectif souscrit par son employeur prend effet dans les conditions précisées aux Conditions particulières jointes aux présentes Conditions générales.

8.1.2. Durée de l'affiliation des Adhérents

L'affiliation obligatoire de l'Adhérent au Contrat collectif souscrit par son employeur poursuit ses effets :

- jusqu'à la résiliation du Contrat collectif obligatoire par le Souscripteur ou par l'Assureur selon les modalités décrites à l'article 4 des présentes Conditions générales,
- ou jusqu'à la rupture du contrat de travail de l'Adhérent,
- ou jusqu'à la sortie de l'Adhérent de la catégorie de personnel bénéficiaire des Garanties,
- ou jusqu'à ce qu'il fasse valoir ses droits à des facultés de dispenses d'affiliation telles que mentionnées dans l'acte instituant le Régime .

8.2. A l'égard des Ayants droit

8.2.1. Prise d'effet

L'affiliation des Ayants droit prend effet, sous réserve de leur déclaration sur le bulletin individuel d'affiliation ou sur un bulletin d'affiliation modificatif, dans les conditions précisées aux Conditions particulières jointes aux présentes Conditions générales.

8.2.2. Durée de l'affiliation des Ayants droit

- **Lorsque l'affiliation des Ayants droit est obligatoire**, l'Adhérent doit demander la radiation de ceux-ci dès lors qu'ils n'ont plus cette qualité au sens des Conditions particulières jointes ou dès lors qu'ils entrent dans un des cas de Dispense d'affiliation prévue par l'acte juridique déterminant les Garanties frais de santé applicables dans l'entreprise.

La radiation de ces Ayants droit intervient dès le 1^{er} jour du mois suivant la réception par l'Assureur de la déclaration de l'Adhérent faite par courrier, accompagnée des justificatifs requis et adressée par l'intermédiaire du service des Ressources Humaines du Souscripteur.

En tout état de cause, la résiliation de l'affiliation de l'Adhérent entraîne la résiliation de l'affiliation de ses Ayants droit affiliés, **sous réserve des dispositions de l'article 4 de la Loi Evin telles que définies à l'article 26 des Conditions générales.**

- **Lorsque l'affiliation des Ayants droit est facultative**, l'Adhérent peut demander tous les ans la radiation de tout ou partie de ses Ayants droit affiliés **en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception à l'Assureur au moins deux mois avant la date d'échéance mentionnée au présent Contrat (soit avant le 31 octobre pour une prise d'effet au 1^{er} janvier de l'exercice suivant).**

L'Adhérent doit par ailleurs demander la radiation de ses Ayants droit affiliés dès lors qu'ils n'ont plus cette qualité au sens des Conditions particulières jointes.

La radiation de ces Ayants droit intervient dès le 1^{er} jour du mois suivant la réception par l'Assureur de la déclaration de l'Adhérent faite par courrier, accompagnée des justificatifs requis et adressée par l'intermédiaire du service des Ressources Humaines du Souscripteur.

Si le Souscripteur assure le précompte des cotisations afférentes à la couverture des Ayants droit, l'Adhérent doit informer le service des Ressources Humaines du Souscripteur de cette demande de radiation.

En tout état de cause, la résiliation de l'affiliation de l'Adhérent entraîne la résiliation de l'affiliation de ses Ayants droit affiliés, **sous réserve des dispositions de l'article 4 de la Loi Evin telles que définies à l'article 26 des Conditions Générales.**

Article - 9 MODALITES D'AFFILIATION

Le Souscripteur doit adresser à l'Assureur les pièces suivantes :

9.1. A la souscription

- Un bulletin d'affiliation pour chaque Adhérent, indiquant les nom, prénom, date de naissance et numéro de Sécurité sociale de l'Adhérent et de chaque Ayant droit, ainsi que son adresse.
- Un relevé d'identité bancaire ou de caisse d'épargne de chaque Adhérent.
- Une copie de l'attestation de la carte vitale de chacun des Bénéficiaires assurés sociaux
- La liste des anciens salariés bénéficiant, à la date d'effet du Contrat, du maintien des Garanties conformément aux dispositions de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale (**pendant la période d'indemnisation au titre du chômage après une cessation du contrat de travail, hors faute lourde**), avec indication pour chacun d'eux et, le cas échéant pour leurs Ayants droit régulièrement inscrits, de leurs nom, prénom, adresse, numéro de Sécurité sociale, date de naissance, date de début et de fin de la période de portabilité.

9.2. En cours d'exercice

- **Entrée de nouveaux Adhérents :**
 - o Les pièces prévues au 9.1. des présentes Conditions Générales avec indication de la date d'effet de l'affiliation.
- **Sortie des Adhérents :**
 - o Un état mensuel nominatif du personnel sorti, avec les dates de départ et les motifs de sortie des effectifs.
- **Inscription d'un nouvel Ayant droit**
 - o Un bulletin d'affiliation modificatif avec l'indication des nom et prénom de l'Ayant droit dont l'affiliation est demandée et copie de l'attestation de la carte vitale des nouveaux Bénéficiaires.

Ces états doivent être transmis dans le mois suivant l'événement. En cas de transmission tardive, l'affiliation de Adhérent ou de ses Ayants droit prend effet à la date de transmission des états.

9.3. A chaque renouvellement du Contrat

Au plus tard le 31 janvier de chaque année, un état récapitulatif des Adhérents et des Ayants droit de l'année précédente.

9.4. Exactitude des informations communiquées

Les informations communiquées sont indispensables pour l'attribution des Garanties. Elles permettent à l'Assureur d'apprécier l'assurabilité du groupe pour lequel la Garantie est sollicitée et les conditions de la couverture.

Le Souscripteur atteste sur l'honneur la sincérité des indications contenues dans les états mentionnés ci-dessus.

En conséquence, il engage vis-à-vis de l'Assureur, sa responsabilité en cas de déclaration inexacte donnant lieu à une appréciation erronée des conditions de la délivrance de la Garantie.

Article - 10 DISPENSES D’AFFILIATION AU REGIME FRAIS DE SANTE

Peuvent être dispensés d'affiliation au titre du présent Contrat, sous réserve d'avoir clairement exprimé leur volonté de ne pas cotiser, les salariés et le cas échéant leurs Ayants droit se trouvant dans l'une des situations énoncées dans l'acte instituant le Régime complémentaire Frais de Santé mis en œuvre par le Souscripteur et reconnues, en application des textes en vigueur et notamment de l'article R.242-1-6 du code de la Sécurité sociale, des circulaires de la Direction de la Sécurité Sociale, des instructions fiscales, comme constituant des cas possibles d'exonération d'adhésion dans le cadre d'un Contrat collectif obligatoire.

CHAPITRE III : COTISATIONS

Article - 11 DETERMINATION DES COTISATIONS

Les cotisations et la structure de cotisations retenue sont fixées aux Conditions particulières. Elles sont déterminées en fonction notamment des Garanties souscrites, elles mêmes déterminées compte tenu des dispositions réglementaires ou législatives et des bases de remboursement de la Sécurité sociale en vigueur à la date d'effet du présent Contrat. **En cas de modification de ces dispositions réglementaires ou législatives et/ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale entraînant une modification de tout ou partie des engagements de l'Assureur, les cotisations peuvent être révisées conformément à l'article 12 des présentes conditions générales.**

Les cotisations sont exprimées en euros, en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale, en pourcentage de la masse salariale ou en pourcentage du salaire.

L'Assureur ne peut instituer des différences de cotisations basées sur l'état de santé des Adhérents et de leurs Ayants droit.

Article - 12 EVOLUTION DES COTISATIONS

12.1. Indexation automatique

Les cotisations sont automatiquement indexées à chaque échéance annuelle N en fonction de l'évolution du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale constatée entre l'exercice N-1 et N.

12.2. Révision des cotisations

Les cotisations peuvent par ailleurs être réévaluées à chaque échéance annuelle en fonction des résultats techniques du présent Contrat, des prévisions de consommation et de l'évolution des Prestations couvertes.

Néanmoins, lorsque le risque se trouve aggravé, ou 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 l'Assureur, le Souscripteur et l'Assureur 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.

Les cotisations intègrent les taxes, notamment la TSA (Taxe de solidarité additionnelle), en vigueur à la date d'effet du présent Contrat.

Toute évolution des montants de ces taxes ou toute nouvelle taxe ou impôt que la réglementation imposerait au titre du présent Contrat seront répercutées sur les cotisations.

En tout état de cause, toute révision des cotisations fait l'objet d'un avenant signé entre le Souscripteur et l'Assureur.

En cas de désaccord entre les parties sur la signature d'un avenant, les cotisations et les Garanties resteront identiques (sous réserve de l'article 17 des présentes Conditions générales) 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 l'Assureur.

En cas de signature d'un avenant révisant les cotisations, les Adhérents en sont informés par le Souscripteur.

Article - 13 PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est annuelle et le mode de paiement est défini aux Conditions particulières.

Le Souscripteur paie les cotisations de la période initiale sur les bases de l'effectif assuré au jour de la prise d'effet du Contrat. Les mois suivants se calculent suivant le même principe, à savoir, prise en compte de l'effectif assuré au premier jour du mois concerné et comprennent les régularisations en entrées et en sorties du mois précédent.

En cas de prise d'effet de l'affiliation de l'Adhérent et / ou de ses Ayants droit en cours de mois, les cotisations sont proratisées en fonction du nombre de jours d'affiliation.

La responsabilité du paiement des cotisations correspondant aux Garanties souscrites à titre obligatoire et aux éventuels précomptes correspondant aux Garanties souscrites à titre facultatif, incombe exclusivement au Souscripteur du Contrat.

Les cotisations sont payables par chèque, par prélèvement bancaire ou de caisse d'épargne et par virement.

Article - 14 DEFAULT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

14.1. Défaut de paiement des cotisations précomptées par le Souscripteur

A défaut de paiement de la cotisation ou fraction de cotisation due, dans les dix (10) jours de son échéance, la Garantie peut être suspendue après un délai de trente (30) jours à compter de l'envoi d'une lettre de mise en demeure adressée au Souscripteur.

Dans la lettre de mise en demeure que l'Assureur adresse au Souscripteur, il l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la Garantie.

L'Adhérent est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par le Souscripteur est susceptible d'entraîner la résiliation du Contrat collectif.

L'Assureur a le droit de résilier le Contrat collectif dix (10) jours après le délai de trente (30) jours précité.

Le Contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de l'Assureur, ont été payées à l'Assureur les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

14.2. Défaut de paiement des cotisations non précomptées par le Souscripteur

Lorsque le Souscripteur n'assure pas le précompte de la cotisation à la charge de l'Adhérent, à défaut de paiement de sa cotisation par l'Adhérent dans les dix (10) jours de son échéance, la Garantie peut être suspendue trente (30) jours après la mise en demeure de l'Adhérent.

L'Assureur peut résilier les Garanties dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours précité.

Lors de la mise en demeure, l'Adhérent est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des Garanties.

La Garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'Assureur la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension, ainsi que, éventuellement les frais de poursuite et de recouvrement.

CHAPITRE IV : GARANTIES ET PRESTATIONS

Article - 15 NATURE ET ÉTENDUE DES GARANTIES ET PRESTATIONS

Les Garanties et Prestations accordées au titre du présent Contrat viennent en complément des remboursements effectués par un Régime Obligatoire de Sécurité sociale au titre des Prestations en nature de l'assurance maladie. En conséquence, l'absence de prise en charge par un Régime Obligatoire de la Sécurité sociale entraîne l'absence de remboursement par l'Assureur, sauf stipulation expresse contraire prévue aux conditions particulières jointes.

La nature et l'étendue des Garanties du présent Contrat sont précisées en Annexe 1 des Conditions particulières et s'entendent à législation et réglementation constantes. Elles sont déterminées, de même que leurs expressions, leurs règles d'application et leurs modes de liquidation, en fonction des dispositions réglementaires ou législatives et des bases de remboursement de la Sécurité sociale en vigueur à la date d'effet du présent Contrat.

Compte tenu de l'entrée en vigueur de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), l'expression, les règles d'application et les modes de liquidation des Garanties seront adaptées par l'Assureur au plus tôt, à la date d'application par la Sécurité sociale des dispositions et/ou des bases de remboursement (CCAM) nouvelles, de telles sortes que les Garanties et remboursements exprimés en fonction des anciennes règles et nomenclatures restent les mêmes (dans la mesure du possible) sous l'empire des nouvelles dispositions et bases de remboursement (CCAM) et que l'incidence de ces nouvelles dispositions et bases de remboursement (CCAM) soit neutralisée à l'égard des parties et des Bénéficiaires.

Cependant, si les modifications des dispositions réglementaires ou législatives et/ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale entraînent une modification de tout ou partie des engagements de l'Assureur, le Souscripteur et l'Assureur s'engagent à réviser la nature et l'étendue des Garanties à

compter, au plus tôt, de la date d'application par la Sécurité sociale des dispositions et/ou des bases de remboursement nouvelles.

Toute révision des Garanties fait l'objet d'un avenant signé entre le Souscripteur et l'Assureur.

Toute modification de Garanties et Prestations entraînera l'émission par l'Assureur d'une nouvelle notice d'information qui devra être remise par le Souscripteur à l'ensemble des Adhérents.

Article - 16 ATTRIBUTION DES GARANTIES ET PRESTATIONS

Les Prestations prévues à l'Article 6 des Conditions particulières jointes sont servies sous réserve que les titulaires de la Garantie, soient liés au Souscripteur par un contrat de travail non suspendu ou par un contrat de travail suspendu et indemnisé au sens de l'article 23.1 des Conditions générales, à la date de prescription des soins, que cette date soit postérieure à la date d'effet du présent Contrat et que ces salariés appartiennent à la catégorie définie aux présentes Conditions particulières.

Article - 17 DISPOSITIF CONTRAT RESPONSABLE

17.1. Obligation de prise en charge

Conformément à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale, le présent Contrat intègre la prise en charge :

- de l'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R.322-1 du code de la Sécurité sociale, sauf pour les Prestations de santé visées aux 6°, 7°, 10 ° et 14° de ce même article ;
- sous réserve que la Garantie figure aux Conditions particulières jointes aux présentes Conditions générales, des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au Contrat d'Accès aux Soins prévu par la convention nationale visée à l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité ;
- du Forfait journalier des établissements hospitaliers, sans limitation de durée ;
- sous réserve que la Garantie figure aux Conditions particulières jointes aux présentes Conditions générales, des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, dans les conditions et limites posées par l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale, pour les dispositifs d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement.

17.2. Interdictions de prise en charge

Les Garanties définies au présent Contrat ne couvrent pas, conformément à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :

- **la participation forfaitaire de 1 euro mentionnée au II de l'article L.322-2 du code de la Sécurité sociale sur chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale (Plafond annuel : 50 € par assuré. Ne sont pas concernés par cette participation les bénéficiaires de la CMU, les enfants de moins de 18 ans et femmes enceintes à partir du 6ème mois de grossesse) ;**
- **la majoration de la participation mise à la charge de l'assuré par l'article L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et l'article L.1111-15 du code de la Santé Publique dans le cas où l'assuré n'a**

pas choisi de Médecin traitant, consulte un autre médecin sans prescription de son Médecin traitant ou n'accorde pas l'autorisation d'accès à son dossier médical personnel au professionnel de santé ;

- **les dépassements autorisés d'honoraires sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes, visés à l'article L.162-5, 18° du code de la Sécurité sociale, pour les patients qui les consultent sans prescription préalable de leur Médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins ;**
- **les franchises médicales mentionnées à l'article L. 322-2 III du code de la sécurité sociale (Plafond annuel : 50 € par assuré. Cette franchise ne s'applique pas pour les bénéficiaires de la CMU, les enfants de moins de 18 ans et les femmes enceintes à partir du 6ème mois de grossesse.)**

*** 50 centimes d'euro par boîte de médicament ou flacon, à l'exception de ceux délivrés lors d'une hospitalisation ;**

*** 50 centimes d'euro par acte paramédical, à l'exception de ceux pratiqués lors d'une hospitalisation ;**

*** 2 euros par transport sanitaire, sauf transport d'urgence.**

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

Dans le cas où la définition légale ou réglementaire du « contrat responsable » viendrait à être modifiée, les Garanties du présent Contrat seraient réputées respecter les nouvelles dispositions légales. Les interdictions ou obligations de prise en charge seront immédiatement considérées comme intégrées à la définition des Garanties.

Article - 18 ÉTENDUE TERRITORIALE

Les Garanties et Prestations définies aux Conditions particulières ne sont acquises qu'aux Adhérents exerçant leur activité en France (Départements et Collectivités d'Outre-mer compris) ou aux salariés détachés dès lors qu'ils bénéficient des remboursements d'un Régime Obligatoire de la Sécurité sociale Française.

Elles s'étendent aux Accidents et Maladies survenus à l'étranger lorsque le Régime Obligatoire du Bénéficiaire s'applique et que les séjours en dehors du territoire français ne dépassent pas trois mois par an en une ou plusieurs périodes. Les Prestations sont alors payées en euros.

Article - 19 RISQUES EXCLUS

Sauf disposition contraire mentionnée au tableau des Garanties et Prestations joint en annexe aux Conditions particulières, sont exclus les frais résultant de séjours en maisons de retraite, services de gériatrie et de gérontologie.

N'ouvriront droit à remboursement de la part de l'Assureur que les Prestations expressément mentionnées dans le tableau de Garanties et celles relevant des Garanties entrant dans le cadre des contrats dits responsables fixé par l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

Article - 20 DEMANDES DE PRESTATIONS

20.1. Les demandes de remboursement sont reçues et traitées par l'Assureur :

- soit par télétransmission de type « NOEMIE » ou autre, directement en provenance du centre de paiement de l'organisme obligatoire dont dépend le Bénéficiaire,
- soit sur présentation, par l'Adhérent, des décomptes ou relevés de décomptes de l'organisme de Sécurité sociale, des tickets modérateurs et des factures, seules pièces justificatives ouvrant droit au remboursement. **Seuls les documents originaux seront pris en compte par l'Assureur.**

20.2. Aucun des documents reçus par l'Assureur pour effectuer ses remboursements ne sera restitué. Il appartient donc à l'Adhérent de garder, s'il le souhaite, une copie de ses documents avant envoi.

20.3. Dans le cas où l'Adhérent aurait perçu indûment ou par erreur des Prestations, l'Assureur se réserve le droit de lui en réclamer le remboursement.

L'Adhérent est en outre tenu de restituer à l'Assureur sa carte de tiers payant dès la date de sa radiation du présent Contrat.

20.4. Toute fausse déclaration de la part de l'Adhérent est susceptible d'entraîner la nullité de la Garantie conformément à l'article 27 des présentes Conditions Générales.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à l'Assureur qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Article - 21 DROIT AUX PRESTATIONS

21.1. Les actes médicaux dont la date est antérieure à la date d'ouverture des droits ou postérieure à la date de démission, de radiation ou d'exclusion ne sont pas remboursables. **La date de référence est celle de la décision de la Sécurité sociale (pour les soins pris en charge par le Régime Obligatoire) et / ou celle de la facture (pour les actes non remboursés par le Régime Obligatoire).**

21.2. Pour déterminer l'antériorité de la Maladie, de l'affection ou de l'Accident au titre desquels les Prestations sont demandées, l'Assureur se réserve le droit, préalablement ou postérieurement au remboursement des Prestations, de faire procéder à un examen du Bénéficiaire concerné par un praticien de santé désigné ou agréé par eux, dans le but de vérifier si les conditions de remboursement mentionnées ci-dessus sont effectivement remplies.

L'Adhérent doit faire toute diligence pour obtenir de ses médecins traitants, tous les documents relatifs à son état de santé, susceptibles d'être portés à la connaissance du Médecin conseil de l'un de l'Assureur pour lui donner la possibilité d'apprécier le point de départ de l'affection.

Tout refus ou toute réticence qui empêcherait le Médecin conseil d'accomplir sa mission, entraînerait la perte des droits aux Prestations, sauf cas de force majeure. Dans le cas où l'Adhérent aurait perçu indûment des Prestations, l'Assureur lui en réclamera le remboursement.

21.3. Aucune Prestation ne sera servie après la date d'effet de la cessation des Garanties, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouvertures des droits étaient antérieurement réunies.

Dans l'hypothèse où la date de décision de la Sécurité sociale ou la date de la facture serait postérieure à la date de démission, radiation ou exclusion, aucune Prestation ne serait versée.

Il en sera de même pour les cas de suspension prévus à l'article 23.2 des présentes conditions générales.

Article - 22 PAIEMENT DES PRESTATIONS

Le règlement des Prestations est effectué par virement direct sur compte bancaire ou de caisse d'épargne, ou par chèque, directement aux Adhérents ou à une tierce personne désignée sur la demande d'affiliation au Contrat.

Un avis de paiement appelé décompte ou relevé de décomptes est envoyé par l'Assureur aux Adhérents.

Des accords d'échanges informatisés ont été signés avec l'ensemble des C.P.A.M. de France, permettant de faire bénéficier les assurés du Régime Général ou Local de la gestion NOEMIE.

La mise en place est automatique pour tous les salariés et leurs Ayants droit sauf :

- en cas de refus de l'assuré notifié par courrier ;
- si la gestion NOEMIE fonctionne déjà auprès d'un autre organisme complémentaire.

Article - 23 SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL ET EFFET SUR LES GARANTIES ET PRESTATIONS

23.1. Suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnisation par l'employeur

L'affiliation au présent Contrat des salariés définis à l'article 2 des Conditions particulières jointes est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors que pendant cette période de suspension, ils bénéficient d'un maintien de salaire, total ou partiel, d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par leur employeur, qu'elles soient versées directement par celui-ci ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

La cotisation du Souscripteur au financement du Régime est versée pendant toute la période de suspension indemnisée du contrat de travail et le salarié dont le contrat de travail est suspendu reste redevable de sa part de cotisation.

Les Garanties définies au présent Contrat sont maintenues pendant toute sa période de suspension donnant lieu à indemnisation par l'employeur.

23.2. Suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation par l'employeur

Dès lors que le salarié ne bénéficie plus d'un maintien total ou partiel de son salaire, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par celui-ci ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, la Garantie est suspendue de plein droit. Il en est ainsi dans les cas de suspension du contrat de travail prévus par le code du Travail et notamment :

- Congé sans solde,
- Congé sabbatique,
- Congé pour création d'entreprise,
- Congé parental d'éducation,
- Service national, périodes d'exercices militaires, de mobilisation ou de captivité.

- Tout autre cas de congé ne donnant pas lieu à indemnisation par l'employeur et reconnu par la législation en vigueur.

La suspension de la Garantie de l'Adhérent entraîne la suspension de la Garantie pour ses Ayants droit dûment affiliés.

La suspension intervient de plein droit, tant pour l'Adhérent que pour ses Ayants droit affiliés, à la date de la cessation de l'activité professionnelle de l'Adhérent, sous réserve que l'Assureur en soit informé par le Souscripteur, et s'achève dès la reprise effective du travail par l'Adhérent, au sein de l'entreprise, sous réserve que l'Assureur en soit informé par le Souscripteur dans un délai de un mois suivant la reprise.

Au-delà de ce délai, la Garantie ne prend effet qu'à compter du premier jour du mois suivant la réception, par l'Assureur, de la déclaration du Souscripteur. Pendant la période de suspension de la Garantie, aucune cotisation n'est due au titre de l'Adhérent ou de ses Ayants droit.

Les Prestations, dont la date des soins se situe durant cette période de suspension, ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent Contrat.

Article - 24 CESSATION DES GARANTIES

24.1. A l'égard des Adhérents

Les Garanties cessent au titre du présent Contrat :

- à l'issue de la procédure de suspension des Garanties en cas de non paiement des cotisations telle que prévue à l'article 14 des présentes ;

- à la date de rupture du contrat de travail de l'Adhérent, sous réserve des dispositions afférentes à la portabilité des droits ;

- à la date de la liquidation de la retraite de la Sécurité sociale de l'Adhérent, à l'exception des personnes en situation de cumul emploi retraite au sein du Souscripteur tel que défini par l'article L. 161-22 du code de la Sécurité sociale ;

- à la date à laquelle l'Adhérent cesse d'appartenir à la catégorie définie aux conditions particulières du présent Contrat ;**

- à la date à laquelle l'Adhérent se prévaut d'une des facultés de Dispense d'affiliation prévue dans l'acte instituant le Régime frais de santé ;**

- et, en tout état de cause, à la date de résiliation du présent Contrat par l'Assureur ou le Souscripteur.

Seuls les frais engagés postérieurement à la date d'effet de la Garantie et antérieurement à cette date de résiliation sont pris en charge dans les conditions définies au présent Contrat.

24.2. A l'égard des Ayants droit affiliés

Les Garanties cessent au titre du présent Contrat :

- à la date à laquelle l'Ayant droit n'a plus cette qualité au sens de l'article 2 des Conditions Particulières jointes ;**

- **à la même date que celle à laquelle l'Adhérent cesse de bénéficier des Garanties ;**
- **si l'affiliation des Ayants droit est facultative, à la date à laquelle l'Adhérent demande leur radiation dans les conditions prévues à l'article 8.2.2 des présentes Conditions Générales ou leur Dispense d'affiliation dans les conditions prévues dans l'acte instituant le Régime frais de santé.**

Article - 25 PORTABILITE DES DROITS

En application de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale, un dispositif de « portabilité » permet aux salariés de bénéficier en cas de rupture de leur contrat de travail **(à l'exclusion d'une rupture pour faute lourde)** ouvrant droit à une prise en charge par le Régime d'assurance chômage, d'un maintien de la couverture frais de santé en vigueur dans l'entreprise, dans les mêmes conditions que les salariés en activité.

Pour ce faire, lorsque l'Assureur est informé par l'employeur du départ d'un salarié, il contacte l'ex-salarié dont le contrat de travail est rompu pour l'informer de ses droits relatifs à la portabilité, à charge pour ce dernier de transmettre à l'Assureur les justificatifs d'inscription et d'indemnisation par Pôle Emploi requis.

25.1. Prise d'effet, durée et cessation du maintien des Garanties

Le maintien des Garanties prévues au sein de l'acte instituant le Régime et faisant l'objet d'un précompte par l'employeur 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 consécutifs exécutés au sein de l'Adhérent. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois.**

L'Assureur s'engage à assurer la prise en charge du dispositif de portabilité dont bénéficiaient les salariés de l'Adhérent avant la souscription du présent Contrat.

A contrario et sous réserve des dispositions de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite Loi Evin, lors de la résiliation du présent Contrat, les anciens salariés du Souscripteur bénéficiant du dispositif de portabilité ne seront pas pris en charge par l'Assureur.

25.2. Obligations de l'Adhérent

L'Adhérent devra faire parvenir à l'Assureur le justificatif initial attestant de sa prise en charge par l'assurance chômage et renouveler l'envoi d'une attestation chaque trimestre durant la période de maintien des Garanties.

En cas de remise tardive des justificatifs visés ci-dessus, le service de Prestations au titre de la portabilité sera suspendu jusqu'à réception de ces justificatifs par l'Assureur et le versement des Prestations sera rétroactif. **Faute de recevoir ce document la portabilité cessera immédiatement.**

En tout état de cause, la portabilité des droits cessera dès que l'Adhérent ne sera plus pris en charge par le régime d'assurance chômage. Il s'engage, en conséquence, à informer l'Assureur de tout événement entraînant la suppression de sa prise en charge (reprise d'un emploi, radiation, etc...).

L'Assureur se réserve le droit, pour toute demande de Prestation, de demander tout justificatif d'affiliation et de perception des allocations de retour à l'emploi. En cas de constatation de l'absence ou de la perte de la qualité de ressortissant de l'assurance chômage, l'Assureur sera fondé à refuser le versement de la Prestation demandée. Si des Prestations ont déjà été versées, ils pourront en demander le remboursement.

25.3. Définition des Garanties et Prestations

Les Garanties et Prestations maintenues sont identiques à celles en vigueur chez le Souscripteur pour la catégorie de salariés actifs à laquelle appartenait l'ancien salarié avant la rupture de son contrat de travail. Toute modification des Garanties pendant la période de portabilité sera immédiatement applicable aux anciens salariés bénéficiaires de la portabilité.

25.4. Modalités de financement

Le financement de la portabilité des droits est intégré aux cotisations du Régime de « remboursement des frais médicaux » des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre.

La cotisation visée aux Conditions Particulières jointes prend en compte un coût moyen de la portabilité, calculé sur la base d'une proportion de 96 salariés cotisants pour 4 anciens salariés en portabilité. Dès lors, les parties conviennent expressément qu'en cas de réduction substantielle des effectifs de plus de 15 % (en cas de liquidation, en cas de plan de sauvegarde de l'emploi, etc.), l'employeur sera redevable d'une cotisation qui sera calculée par l'Assureur, en fonction de la proportion entre les salariés et les anciens salariés bénéficiaires de la portabilité tel que prévu par l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale.

Article - 26 MAINTIEN DES GARANTIES « LOI EVIN »

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, peuvent bénéficier, à titre individuel, du maintien de la Garantie, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaires médicaux :

- les anciens salariés, bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient du maintien des Garanties tel que prévu par l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale;

L'Assureur adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des Garanties à titre temporaire.

- les personnes garanties au titre de l'Adhérent 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 de l'Adhérent.

Au moment de leur départ de l'entreprise, ces salariés pourront obtenir le maintien à leur profit de Garanties identiques à celles du contrat des actifs auprès de l'Assureur.

Les conditions tarifaires, respectant les maxima fixés par décret, dans lesquelles les organismes maintiennent cette couverture à titre individuel, ainsi que les tarifs de la gamme standard individuelle peuvent être communiqués sur simple demande auprès de l'Assureur.

L'Assureur informe les Bénéficiaires de ce droit dans les deux mois de l'évènement qui y donne naissance.

Le Souscripteur s'engage à informer l'Assureur du départ ou du décès de l'un de ses salariés dans le mois suivant la survenance de cet événement.

Les Garanties prennent effet le 1^{er} jour du mois suivant la cessation du contrat de travail ou la fin de la portabilité quelle que soit la date de la demande. En cas de demande tardive, les cotisations sont dues pour toute la période de garantie.

Article - 27 FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE DE L'ADHERENT

La Garantie accordée à l'Adhérent par l'Assureur est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à l'Assureur qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts conformément à l'article L.221-14 du code de la mutualité et à l'article L.113-8 du code des assurances.

Dans tous les cas, l'Assureur n'est engagé que sur la base des éléments qui lui ont été communiqués par le Souscripteur.

De surcroît, si à l'occasion d'une demande de remboursement, l'Adhérent ou ses Ayants droit fournissent intentionnellement des documents faux ou dénaturés, ou des réponses délibérément inexacts, ces derniers s'exposent à des poursuites pénales et seront tenus des sommes indûment perçues.

CHAPITRE V :DISPOSITIONS DIVERSES

Article - 28 PRESCRIPTION

Conformément aux articles L. 221-11 et L. 221-12 du code de la mutualité et aux articles L.114-1 et L.114-2 du code des assurances, toutes les actions dérivant du Contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, sauf si les Bénéficiaires en cas de décès de l'assuré sont les Ayants droit de la victime, où ce délai est alors porté à 10 ans. Toutefois, pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action de l'Adhérent ou de ses Ayants droit contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent ou l'Ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription telles que définies par les articles 2240 et suivants du code civil :

- **Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,**
- **Demande en justice, même en référé, ou lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure,**
- **Mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou acte d'exécution forcée.**

La prescription est également interrompue dans les cas ci-après :

- **Désignation d'expert à la suite d'un sinistre,**
- **Envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (par l'Assureur à l'assuré en ce qui concerne le paiement de la prime ; par l'assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de la Prestation).**

Article - 29 AUTORITÉ DE CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution sise 61, rue de Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09 - France.

Article - 30 SUBROGATION

L'Assureur est subrogé de plein droit aux Adhérents et aux Ayants droit, victimes d'un Accident dans leur action contre les tiers responsables, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée, et dans la limite des dépenses exposées par l'Assureur 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.

En est exclue, la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la Prestation versée par l'Assureur n'indemnise ces éléments de préjudice.

Si l'Adhérent et/ou ses Ayants droit bénéficient d'une assurance permettant son indemnisation (assurance individuelle, personnes transportées en automobile, etc...) ils doivent demander à l'Assureur le règlement des Prestations dues et réclamer à l'Assureur, s'il y a lieu, un complément de Prestations dans la limite de la catégorie à laquelle ils appartiennent, si toutefois ils n'ont pu obtenir la totalité du remboursement de leur Assureur.

De même, en cas d'Accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des Ayants droit leur demeure acquise.

Article - 31 PRINCIPE INDEMNITAIRE

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, de l'article L. 224-8 du code de la mutualité et de l'article L.121-4 du code des assurances, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une Maladie, une maternité ou un Accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'Adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la Sécurité sociale.

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. Dans cette limite, le Bénéficiaire du Contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Article - 32 INFORMATIQUE ET LIBERTES - CNIL

Les informations personnelles et nominatives, concernant les Adhérents, recueillies par l'Assureur, font l'objet d'un traitement informatisé afin de gérer les affiliations.

L'ensemble des informations recueillies dans le cadre de la gestion d'un dossier de Prestations est destiné à mettre en œuvre les Garanties auxquelles le Bénéficiaire peut prétendre. Ces informations sont uniquement transmises aux prestataires sollicités par l'Assureur dans l'organisation de la gestion. En aucun cas, une information gérée ne fait l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers au Contrat à des fins commerciales.

En application de la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, toute personne physique peut demander communication, rectification ou suppression de toute information la concernant qui figurerait dans les fichiers de l'Assureur ou, le cas échéant de ses mandataires et réassureurs, en adressant un courrier simple au siège de SMI, en sa qualité de Co-assureur gestionnaire du présent Contrat, à l'adresse suivante : SMI – Service CNIL – 2, rue de Laborde – 75374 PARIS Cedex 08.

Les personnes qui ont connaissance des informations données par l'Adhérent dans le cadre de la gestion de son contrat sont tenues au secret professionnel.

Article - 33 RECLAMATION

Si le Souscripteur ou les Adhérents souhaitent faire part, par téléphone, par courrier, par mail ou en face à face, de leur Mécontentement, ils peuvent contacter leur interlocuteur habituel qui transmettra, si nécessaire, la question relevant de compétences particulières, au service chargé en priorité de traiter leur réclamation sur cette question.

L'interlocuteur est là pour les écouter et leur apporter une réponse avec, si besoin, l'aide des services concernés.

Quel que soit le sujet de la réclamation, l'Adhérent devra indiquer :

- la nature exacte de la réclamation ;
- le numéro du Contrat concerné ;
- son adresse et son état civil complet (nom de famille et nom d'usage) ;
- ses date et lieu de naissance (ou ceux du ou des Bénéficiaires concernés) ;
- toute autre référence portée à sa connaissance : numéro de compte, numéro de dossier en cours.

Le Souscripteur ou les Adhérents recevront un accusé de réception sous 10 jours ouvrables maximum. Ils seront tenus informés de l'avancement de l'examen de leur situation et recevront, sauf exception, une réponse au plus tard dans les deux mois qui suivent la réception de leur réclamation.

Si leur Mécontentement persiste, ou si ce premier échange ne leur donne pas satisfaction, le Souscripteur ou les Bénéficiaires pourront solliciter directement le service Réclamations de SMI, en sa qualité de Co-assureur gestionnaire du Contrat, à l'adresse suivante : SMI – Service Qualité – 2, rue de Laborde – 75374 PARIS CEDEX 08.

Le service Réclamations, après avoir réexaminé tous les éléments de leur demande, fera part de son analyse dans les deux mois.

Article - 34 MEDIATION

En cas d'échec de la procédure de traitement des réclamations, le Souscripteur ou les Adhérents peuvent saisir le médiateur de l'Apériteur à l'adresse suivante :

Médiation MMA Collectives S
10 boulevard Alexandre Oyon
72030 le Mans cedex 9

Le médiateur peut être saisi soit par le Souscripteur, soit par l'Adhérent ou son Ayant droit **après épuisement des procédures internes de résolution des différends et seulement si aucune action contentieuse n'a été engagée.**

La décision rendue par le médiateur engage l'Assureur.

En cas d'échec de ces démarches, le Souscripteur ou l'Adhérent conservent l'intégralité de leurs droits à agir en justice.

Article - 35 DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Les opérations de l'Assureur sont réalisées conformément à la réglementation en vigueur et selon des procédures internes décrites par l'Assureur.

L'Assureur se réserve le droit de demander tout justificatif sur l'origine des versements conformément aux articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

