

CONDITIONS GÉNÉRALES DE LA NOTICE D'INFORMATION

Santé



CONDITIONS GÉNÉRALES DE LA NOTICE D'INFORMATION

Santé

Le contrat d'assurance de groupe auquel vous êtes affilié est souscrit par votre employeur ou ancien employeur si, à la date d'effet de votre affiliation au contrat, vous bénéficiez des dispositions de l'annexe 2 aux présentes conditions générales.

Ce contrat satisfait aux conditions exigées par les Pouvoirs publics pour répondre à la définition de « **contrat solidaire** » et de « **contrat responsable** » ainsi qu'à celle de la **couverture complémentaire santé minimale** prévue à l'article L.911-7 du Code de la Sécurité sociale en faveur **des salariés** au sens de l'article 2 ci-après.

Selon les indications figurant aux conditions particulières ci-annexées, le contrat souscrit par votre entreprise prévoit :

- soit une seule formule de garanties applicable à l'ensemble des personnes assurées par le contrat ;
- soit plusieurs formules de garanties accordant chacune des niveaux différents de prestations. Dans ce cas, vous choisissez pour vous-même et vos ayants droit inscrits au contrat, la formule de garanties dont vous souhaitez bénéficier. Ce choix est effectué dans les conditions indiquées au paragraphe 3. de l'article 15 ci-après.

Les montants de prestations afférents aux garanties retenues par votre entreprise sont indiqués aux conditions particulières.

Sommaire

Titre I	Généralités	4
Article 1	Objet du contrat	4
Article 2	Définitions	4
Titre II	Remboursements des frais de santé	9
Article 3	Étendue territoriale des garanties - Nature des remboursements	9
Article 4	Montant des remboursements	10
Article 5	Risques exclus	11
Article 6	Règlement des prestations - Déchéance des garanties - Fausses déclarations - Recours subrogatoire	11
Titre III	Autres indemnités	13
Article 7	Naissance - Adoption	13
Article 8	Cure thermique	13
Article 9	Allocation d'obsèques	13
Titre IV	Services tiers payant et calcul des frais restant à charge	14
Article 10	Tiers payant	14
Article 11	Calcul des frais restant à charge	14
Titre V	Exécution du contrat	15
Article 12	Référence légale - Prescription	15
Article 13	Date d'effet - Durée - Reconduction - Résiliation du contrat	15
Article 14	Affiliation du personnel - Personnes assurées	15
Article 15	Prise d'effet de l'affiliation et des garanties - Choix de la formule de garanties	16
Article 16	Cessation de l'affiliation et des garanties	17
Article 17	Obligations de votre entreprise - Nos obligations	19
Article 18	Réclamation(s) - Médiation - Protection des données personnelles	20
	Dématérialisation des échanges relatifs au contrat d'assurance - Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	
Titre VI	Cotisation	23
Article 19	Cotisation	23
Titre VII	Révision	24
Article 20	Révision	24
Annexe 1	Dispositions générales de la garantie casse et réparation des prothèses dentaires	25
Annexe 2	Maintien des garanties aux anciens salariés dans le cadre de la portabilité (article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale)	26

Titre I Généralités

Article 1. *Objet du contrat*

Le contrat d'assurance de groupe souscrit par votre entreprise, complémentaire au Régime obligatoire de protection sociale, a pour objet, dans la limite des frais réels, le versement de prestations en remboursement des frais de santé engagés par vous-même et, sous réserve qu'ils soient inscrits au contrat, par vos ayants droit définis à l'article 2 « Définitions » ci-après.

Les frais pris en compte par l'assureur sont décrits en détail à l'article 3 « Étendue territoriale des garanties - nature des remboursements » et aux Titres III « Autres indemnités » et IV « Services tiers payant et calcul des frais restant à charge ».

Des services (Assistance, Infos santé...) peuvent être proposés sous réserve de mentions en ce sens aux conditions particulières.

Article 2. *Définitions*

ACCIDENT : toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de la personne qui en est victime provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

AFFILIÉ : vous-même en tant que membre du personnel salarié ou ancien salarié de votre entreprise appartenant à la catégorie bénéficiaire définie aux conditions particulières.

AIDES AUDITIVES : appareils améliorant l'audition de la personne qui souffre de déficit auditif.

Synonymes : audioprothèses, prothèses auditives, appareils auditifs.

AN (PAR AN) OU (PAR PÉRIODE D'1 AN) - (PAR PÉRIODE DE 2 ANS) - (PAR PÉRIODE DE 4 ANS) : pour les postes « Optique » et « Aides auditives », la réglementation impose une période minimale de renouvellement, pendant laquelle il n'est pas possible de changer d'équipement.

En ce qui concerne les frais d'acquisition de lunettes, la période d'1 an, de 2 ans ou de 6 mois prise en considération est décomptée à partir de la date d'acquisition de l'équipement complet par la personne assurée ou du dernier élément de l'équipement (soit les verres, soit la monture) en cas d'achat décalé dans le temps de chacun de ces éléments par la personne assurée.

En ce qui concerne les frais d'acquisition d'un appareil auditif, la période de 4 ans prise en considération est décomptée à partir de la date d'acquisition de celui-ci. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Pour les autres frais et sauf stipulation contraire expresse aux conditions particulières, la mention « par an » signifie « par année civile ».

ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE : il s'agit de l'ensemble des actes (prélèvements, analyses...) généralement réalisés par un laboratoire de biologie médicale.

Synonymes : examens de laboratoire, biologie médicale, analyses médicales.

AUXILIAIRES MÉDICAUX : professionnels paramédicaux – à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues... – dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par le Régime obligatoire de protection sociale.

Synonyme : professionnel paramédical.

AYANT(S) DROIT : pour l'application des dispositions du contrat souscrit par votre entreprise et indépendamment des définitions du Régime obligatoire de protection sociale, peuvent être considéré comme ayants droit, sous réserve qu'ils soient inscrits au contrat, votre conjoint, partenaire ou concubin et les enfants à charge (tels que définis contractuellement).

BASE DE REMBOURSEMENT (BR) : tarif servant de référence au Régime obligatoire de protection sociale pour déterminer le montant de son remboursement. On distingue :

- le Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession ;
- le Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au Tarif de convention ;
- le Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Synonymes : base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire, tarif de remboursement du Régime obligatoire.

100 % SANTÉ : dispositif par lequel certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires sont intégralement remboursées par le Régime obligatoire de protection sociale et les contrats de complémentaire santé responsables (donc sans frais restant à la charge des personnes assurées) sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés (prix limites de vente pour les équipements d'optique et les aides auditives et honoraires limites de facturation pour les prothèses dentaires).

Pour ces soins identifiés sous le terme de panier « 100 % santé », qui sont définis réglementairement, les opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite des plafonds tarifaires prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100 % santé ».

Les contrats de complémentaire santé responsables doivent obligatoirement rembourser la différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste et le montant remboursé par le Régime obligatoire de protection sociale, dans la limite des plafonds tarifaires prédéfinis pour les actes des paniers « 100 % santé ».

Les opticiens et les audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement du panier « 100 % santé » et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100 % santé », sous réserve qu'il en existe un qui réponde au besoin de santé.

CHAMBRE PARTICULIÈRE : cette prestation, proposée par les établissements de santé, permet à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle (pour une personne).

La chambre individuelle est facturable au patient lorsqu'il demande expressément à être hébergé en chambre individuelle. La chambre individuelle n'est pas facturable lorsque la prescription médicale impose l'isolement comme, par exemple, dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite.

Une chambre particulière peut être facturée à l'occasion d'une hospitalisation ambulatoire.

Le coût de la chambre individuelle varie selon les établissements et les services. Il peut être remboursé par l'assurance maladie complémentaire dès lors que le tableau de garanties le prévoit.

CHIRURGIE RÉFRACTIVE : désigne les différentes techniques chirurgicales qui permettent de corriger les défauts visuels (telle notamment l'opération de la myopie au laser qui est la plus fréquente).

La chirurgie réfractive comprend les opérations de la myopie, de la presbytie, de l'astigmatisme, de l'hypermétropie... **En revanche, à titre d'exemple, la cataracte, le sclérotome et la trabéculéctomie ne sont pas incluses dans la chirurgie réfractive.**

Le Régime obligatoire de protection sociale ne prend pas en charge ces opérations.
Synonymes : opération ou chirurgie laser des défauts visuels.

CONCUBINAGE : union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre 2 personnes de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple.

CONCUBIN : personne avec laquelle vous vivez en concubinage, exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où :

- vous et votre concubin partagez le même domicile et êtes libres de tout autre lien de même nature (c'est à dire que vous êtes chacun célibataire, veuf, divorcé et n'êtes pas engagé dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité - PACS avec une autre personne) ;
- une déclaration sur l'honneur signée par vous-même et par votre concubin certifiant que le concubinage est notoire et indiquant votre numéro de Sécurité sociale et celui de votre concubin, nous est adressée.

En cas de concubins multiples, seul le concubin qui se trouve à votre charge effective, totale et permanente sera pris en considération. À défaut ou en cas de pluralité de concubins répondant à cette dernière définition, seul le plus âgé, sera retenu.

Si vous vous mariez ou si vous concluez un PACS, votre concubin ne peut plus être considéré comme ayant droit.

Nous nous réservons la possibilité de demander toute preuve de la situation de concubinage, notamment une attestation du Régime obligatoire de protection sociale ainsi que toutes pièces libellées au nom des 2 concubins ou de chacun d'entre eux, de nature contractuelle ou émanant d'un organisme administratif, datées de moins de 3 mois et faisant mention du domicile, telles que le contrat de bail, la facture, le relevé bancaire, l'avis d'imposition, permettant de justifier de l'existence du domicile commun.

CONJOINT : personne avec laquelle vous êtes marié et non séparé de corps judiciairement, exerçant ou non une activité professionnelle.

CONSULTATION DE PSYCHOLOGUE PRISE EN CHARGE PAR LE RO : séance d'accompagnement psychologique réalisée par un psychologue dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice en centre de santé ou en maison de santé faisant l'objet d'une prise en charge par le Régime obligatoire de protection sociale dans le cadre de l'article L. 162-58 du Code de la Sécurité sociale.

Ces séances d'accompagnement psychologiques doivent être distinguées des actes ou frais de psychologues non pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale.

CONTRAT « SOLIDAIRE ET RESPONSABLE » : une complémentaire santé est qualifiée de « solidaire » lorsque s'agissant d'un contrat d'assurance de groupe, l'organisme assureur ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts.

Une complémentaire santé est qualifiée de « responsable » lorsqu'elle répond aux conditions définies par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et les textes publiés pour son application (articles R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale).

Les complémentaires santé « responsables » doivent :

- prendre en charge l'intégralité du ticket modérateur (exception possible pour certains frais ou actes énumérés à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale) ;
- prendre intégralement en charge dans la limite des prix limites de vente et honoraires limites de facturation les frais d'acquisition d'aides auditives, de lunettes (soit pour un équipement complet : une monture et deux verres) et de prothèses dentaires appartenant au panier « 100 % santé » ;
- lorsqu'elles prévoient la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins :

- prévoir des montants de remboursement complémentaires inférieurs lorsque le médecin n'adhère pas à l'un des DPTAM définis ci-après,
 - limiter, en tout état de cause, le remboursement des dépassements d'honoraires de ce médecin à un plafond spécifique.
- prendre en charge le forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée ;
 - lorsqu'elles prévoient la prise en charge des frais d'acquisition de lunettes (soit pour 1 équipement complet : 1 monture et 2 verres) n'appartenant pas au panier « 100 % santé » au-delà de la base de remboursement retenue par le Régime obligatoire :
 - fixer le montant de leur remboursement complémentaire à l'intérieur des planchers et plafonds de garantie prévus par la réglementation (intégrant un remboursement plafonné des montures) et respecter la fréquence de prise en charge de ces frais.
 - lorsqu'elles prévoient la prise en charge des frais d'acquisition d'aides auditives n'appartenant pas au panier « 100 % santé » au-delà de la base de remboursement retenue par le Régime obligatoire :
 - fixer le montant de leur remboursement complémentaire dans la limite du plafond de remboursement prévu par la réglementation pour ces frais et respecter la fréquence de prise en charge de ces derniers.

Les complémentaires santé « responsables » doivent également permettre à la personne assurée de bénéficier auprès de tous les professionnels de santé qui acceptent ce dispositif, d'un système de tiers payant tel que défini au paragraphe 1. de l'article 10 « Tiers payant » ci-dessous.

En revanche, les complémentaires santé « responsables » ne remboursent pas :

- les majorations du ticket modérateur appliquées à titre de sanction par le Régime obligatoire de protection sociale, lorsque l'assuré social ou l'un de ses ayants droit âgé de 16 ans ou plus :
 - n'a pas choisi de médecin traitant
 - ou
 - consulte un médecin hors parcours de soins ;
- les minoration de remboursement du régime social de base lorsque l'assuré refuse un mode de transport partagé ;
- tout ou partie des dépassements d'honoraires que certains médecins spécialistes sont autorisés à appliquer pour les consultations et actes réalisés hors parcours de soins coordonnés ;
- la participation forfaitaire, applicable pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin (à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation) ainsi que pour tout acte de biologie médicale ainsi que prévu au II de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport, ainsi que prévu au III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale.

COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ MINIMALE DES SALARIÉS : une complémentaire santé satisfait à la couverture complémentaire santé minimale des salariés prévue à l'article L.911-7 du Code de la Sécurité sociale dès lors qu'elle répond à la définition de « contrat responsable » indiquée ci-dessus. Elle doit, en outre, prévoir des montants de remboursements complémentaires au moins égaux aux montants minimaux mentionnés à l'article D.911-1 du code précité.

En application de ce dernier article, la couverture complémentaire santé minimale des salariés améliore les remboursements prévus dans le cadre de la législation sur les complémentaires santé responsables par les prises en charge suivantes :

- prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques et des frais de soins d'orthopédie dentofaciale à hauteur au moins de 125 % de la base

de remboursement retenue par le Régime obligatoire de protection sociale (remboursement du Régime obligatoire compris) ;

- **une prise en charge minimum plus élevée en optique pour certains frais de lunettes**, fixée à :

- 100 € pour un équipement mentionné au a du 3° de l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale,
- 150 € pour un équipement mentionné au b et au d du 3° de l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Les autres limites relatives au montant minimum des remboursements ou à la fréquence de prise en charge des frais d'optique par l'assurance maladie complémentaire, prévues par la législation sur la couverture complémentaire santé minimale des salariés sont identiques à celles prévues par la législation sur les complémentaires santé responsables.

DENTAIRE : ce terme désigne les actes et prestations bucco-dentaires réalisés par un chirurgien-dentiste, un orthodontiste ou un stomatologue et qui comprennent : les soins dentaires (consultation, détartrage...), les prothèses dentaires, l'orthodontie, la parodontologie, l'implantologie...

DÉPASSEMENT D'HONORAIRES : part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement du Régime obligatoire de protection sociale et qui n'est jamais remboursée par ce dernier.

DEVIS : document établi par certains professionnels de santé, présentant les soins ou les prestations proposés et leur prix, de manière préalable à leur achat ou à leur réalisation.

DISPOSITIFS DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE – DPTAM (OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE – OPTAM / OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE CHIRURGIE ET OBSTÉTRIQUE – OPTAM-CO) : Ces dispositifs prennent aujourd'hui la forme de 2 options de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM et OPTAM-Co) qui sont des options ouvertes à certains médecins par la convention avec l'assurance maladie obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de dépassement d'honoraires. En adhérant à cette option, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention.

L'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam) est ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (secteur 2) et à certains médecins de secteur 1 (les médecins de secteur 1 titulaires des titres requis pour accéder au secteur 2 et installés avant le 1^{er} janvier 2013).

L'option de pratique tarifaire maîtrisée, en chirurgie et obstétrique (Optam-Co), est ouverte aux médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Pour savoir si un médecin a adhéré à l'Optam ou l'Optam-co, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

ENFANT À CHARGE : le vôtre et celui de votre conjoint, partenaire ou concubin :

- âgé de moins de 28 ans, n'exerçant aucune activité professionnelle autre que temporaire (emploi saisonnier...) ou accessoire (petit travail d'appoint,...).

L'enfant âgé de 21 ans ou plus devra :

- soit justifier de la poursuite d'études ou d'un contrat d'apprentissage aux conditions prévues par le Code du travail par tout moyen probant (certificat de scolarité ou carte d'étudiant en cours de validité ou copie du contrat d'apprentissage) ;
- soit justifier être à la charge de votre foyer fiscal ou de celui de votre concubin en raison de sa prise en compte dans le quotient familial au titre de l'impôt sur le revenu ;
- soit justifier être à la recherche d'un premier emploi à l'issue de ses études et justifier de son inscription à France Travail.

- quel que soit son âge, s'il est atteint d'une infirmité telle qu'il ne peut se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoit l'allocation prévue par la législation en vigueur en faveur des adultes handicapés. La personne handicapée qui remplit les conditions d'attribution de cette allocation mais à laquelle celle-ci n'est pas versée en raison de son niveau de ressources peut être garantie.

ENTREPRISE (VOTRE ENTREPRISE) : personne morale ou chef d'entreprise qui souscrit le contrat et s'engage aux obligations correspondantes.

ENVOI RECOMMANDÉ ÉLECTRONIQUE : équivalent à l'envoi par lettre recommandée dès lors qu'il satisfait aux exigences de l'article L.100 du Code des postes et communications électroniques.

ÉVOLUTION DE LA VUE : la justification d'une évolution de la vue (selon les seuils définis par la réglementation et figurant dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale) entraînant, la prise en charge par le Régime obligatoire de protection sociale et par nos soins d'une paire de lunettes (soit 1 monture et 2 verres) par période d'1 an (au lieu de 2 ans pour les adultes et enfants de 16 ans et plus, et sans délai, uniquement pour les verres, pour les enfants de moins de 16 ans), résulte :

- soit de la prescription médicale précisant le changement de la correction ;
- soit, dans le cadre d'un renouvellement des lunettes avec adaptation à la vue par l'opticien, du devis ou de la facturation qu'il réalise et qui précise la nouvelle correction. Celle-ci doit être comparée à la correction du dernier équipement ayant fait l'objet, pour la personne considérée, d'un remboursement par la complémentaire santé.

Par ailleurs, pour tous les assurés, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la vue liée à une situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés fixée à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale, sous réserve que cette évolution fasse l'objet d'une nouvelle prescription médicale.

HONORAIRES : il s'agit de la rémunération d'un professionnel de santé libéral.

Les honoraires peuvent être perçus dans un établissement hospitalier (en clinique ou dans le cadre du secteur privé à l'hôpital) ou dans un cabinet.

Les honoraires médicaux (perçus par les médecins et les sages-femmes) se distinguent des honoraires paramédicaux (perçus par les professionnels paramédicaux).

HONORAIRE LIMITE DE FACTURATION (HLF) : montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné.

HOSPITALISATION : séjour comportant au moins une nuitée dans un établissement de santé (public ou privé) y compris établissement de rééducation fonctionnelle, en vue du traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

HOSPITALISATION À DOMICILE (HAD) : alternative à l'hospitalisation classique et permet d'assurer des soins chez le patient.

HOSPITALISATION AMBULATOIRE : séjour d'une durée inférieure à 24 heures consécutives et sans nuitée dans un établissement de santé (hôpital, clinique), le patient arrivant et repartant le même jour.

Synonyme : hospitalisation de jour.

IMPLANTOLOGIE DENTAIRE : l'implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles (en général sous forme de vis) dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles est ensuite fixée une prothèse.

Hormis la prothèse, l'implantologie n'est qu'exceptionnellement remboursée par le Régime obligatoire de protection sociale.

INLAYS ET ONLAYS : techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Dans le cas de caries de volume important, la réalisation d'un inlay ou d'un onlay permet souvent d'éviter de réaliser une prothèse dentaire. Les inlays et onlays ne sont pas des prothèses.

MALADIE : toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente.

MATÉRIEL MÉDICAL : biens médicaux figurant sur la Liste des Produits et Prestations (LPP) remboursables par le Régime obligatoire de protection sociale.

Il s'agit notamment de matériels d'aide à la vie ou nécessaires à certains traitements : pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, fauteuils roulants, lits médicaux, béquilles...
Synonymes : dispositifs médicaux (DM), appareillage (petit ou grand).

MATERNITÉ : grossesse non pathologique, accouchement et ses suites. La maternité n'est considérée ni comme une maladie, ni comme un accident.

MÉDECIN TRAITANT : médecin généraliste ou spécialiste choisi par l'assuré social ou par chaque ayant droit âgé de 16 ans ou plus ou encore par l'un des 2 parents ou le titulaire de l'autorité parentale pour les ayants droit âgés de moins de 16 ans, et dont le nom est communiqué à l'organisme gestionnaire du Régime obligatoire de protection sociale de chacun des intéressés.

MÉDECIN CORRESPONDANT : médecin intervenant en coordination avec le médecin traitant.

MÉDECIN À ACCÈS DIRECT AUTORISÉ : pour certains actes précisés relevant de leur spécialité, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients âgés entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés sans orientation préalable du médecin traitant tout en restant dans le parcours de soins coordonnés.

NOMENCLATURE : les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale et les conditions de leur remboursement. Les principales nomenclatures sont les suivantes :

- pour les actes cliniques (consultations, visites) des sages-femmes, des chirurgiens-dentistes et des médecins ainsi que pour les actes des auxiliaires médicaux et les actes d'orthodontie, il s'agit de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ;
- Le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) est le fichier de référence des professionnels de santé, commun aux organismes du secteur sanitaire et social français. Il est élaboré par l'Etat en collaboration avec les Ordres et l'Assurance Maladie.
Il répertorie l'ensemble des données d'identification, de diplômes, d'activité, de mode et de structure d'exercice de tout professionnel de santé.
- Pour les actes techniques médicaux et paramédicaux (actes de chirurgie, anesthésie...), hors actes d'orthodontie, il s'agit de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ;
- pour les actes de biologie médicale, il s'agit de la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) ;
- pour les biens médicaux hors médicaments (appareillage...), il s'agit de la Liste des Produits et Prestations (LPP) ;
- pour les soins hospitaliers, il s'agit des Groupes Homogènes de Séjours (GHS).

OPTIQUE : les équipements optiques sont des dispositifs médicaux qui permettent de corriger les troubles de la vue tels que l'hypermétropie, l'astigmatisme, la myopie ou encore la presbytie.

Il peut s'agir de lunettes (1 monture + 2 verres) ou de lentilles.

La chirurgie réfractive permet également de corriger certains troubles visuels.

Les équipements entrant dans le panier « 100 % santé » sont remboursés intégralement par les contrats de complémentaire santé responsables, en sus du remboursement du Régime obligatoire de protection sociale, dans la limite des prix maximum que les opticiens s'engagent à respecter. L'offre « 100 % santé » n'est pas exclusive : il est possible d'opter pour un équipement « mixte » composé de verres de l'offre « 100 % santé » et d'une monture « Hors 100 % santé », ou inversement.

ORTHODONTIE : discipline médicale pratiquée par les médecins stomatologues ou les chirurgiens-dentistes. Elle vise à corriger ou à prévenir les déformations ou les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires (dents qui se chevauchent, qui sortent mal, qui sont mal placées ou trop espacées...), grâce à des appareils dentaires.

PACTE CIVIL DE SOLIDARITÉ – PACS : un Pacte Civil de Solidarité est un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du Code civil).

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS : circuit que les patients doivent respecter (hors hospitalisation) pour bénéficier d'un suivi médical coordonné et être remboursé normalement, sans application de sanctions. Organisé autour du médecin traitant, le parcours de soins coordonnés concerne tous les bénéficiaires d'un Régime obligatoire de protection sociale âgés de plus de 16 ans.

Un patient est considéré comme étant toujours dans le parcours de soins, lorsque se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique de son lieu de résidence habituelle, ainsi que prévu à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, il consulte un autre médecin que son médecin traitant.

PARODONTOLOGIE : les maladies parodontales sont des infections bactériennes qui affectent et détruisent les tissus qui entourent et supportent les dents (la gencive, les ligaments, l'os qui supporte les dents...).

Le traitement de parodontologie vise à rétablir et à maintenir la santé de ces tissus. Le Régime obligatoire de protection sociale ne rembourse qu'une partie de ces traitements.

PARTENAIRE : personne avec laquelle vous êtes lié par un PACS, exerçant ou non une activité professionnelle.

PERSONNES ASSURÉES : vous-même (en qualité d'affilié) et, le cas échéant, vos ayants droit inscrits au contrat.

PRIX LIMITE DE VENTE (PLV) : le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. À défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix de vente est libre.

RÉGIME OBLIGATOIRE DE PROTECTION SOCIALE - (RO) : régime obligatoire de Sécurité sociale ou Mutualité sociale agricole ou tout autre régime spécial légalement obligatoire de garanties sociales de salariés.

Eventuellement le régime de Sécurité sociale des Travailleurs non salariés pour votre conjoint, partenaire ou concubin.

RÉSEAU SÉVÉANE : réseau de professionnels de santé que nous proposons et qui est mis en œuvre au titre du contrat souscrit par votre entreprise.

Les audioprothésistes, opticiens et chirurgiens-dentistes, membres de ce réseau ont pris des engagements au bénéfice des personnes assurées par le contrat afin de permettre à ces dernières de mieux maîtriser leurs dépenses de santé pour certains actes ou prestations que ces professionnels de santé effectuent ou délivrent. Par dérogation, les conditions particulières peuvent prévoir un réseau de professionnels de santé autre que celui défini ci-dessus.

SOINS DENTAIRES : ensemble des actes du chirurgien-dentiste ou du stomatologue qui contribuent à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème dentaire : il s'agit des consultations, des soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie, mais aussi des soins chirurgicaux essentiels.

Le praticien conventionné a l'obligation de respecter les tarifs fixés par l'assurance maladie obligatoire française pour ces soins, pour lesquels il ne peut donc pas pratiquer de dépassements d'honoraires (hormis pour les inlays onlays).

SOINS COURANTS : ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux.

Il s'agit par exemple des consultations en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet, soins dentaires...

Les consultations dispensées à l'hôpital en dehors des situations d'hospitalisation (également appelées consultations « en soins externes ») sont considérées comme des soins de ville.

Synonymes : soins ambulatoires, soins de ville, médecine de ville, médecine ambulatoire, médecine de premier niveau, soins primaires.

TÉLÉMÉDECINE : relèvent de la télémédecine les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication. Constituent, entre autres, des actes de télémédecine effectués par un professionnel médical :

- La téléconsultation, qui est une consultation à distance. Il convient de distinguer la téléconsultation médicale prise en charge par le Régime obligatoire de protection sociale pour laquelle les assureurs interviennent en complément, de celle qui peut être incluse dans les services proposés par l'assureur, indépendamment de la Sécurité sociale ;
- La téléexpertise, qui permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux sur la prise en charge d'un patient ;
- La télésurveillance médicale, qui permet à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient.

TICKET MODÉRATEUR : participation restant à la charge de l'assuré, telle que définie au I de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale.

Elle es égale :

- soit à la différence entre la base de remboursement retenue par le Régime obligatoire de protection sociale et le montant du remboursement dû par ce Régime (avant application sur ce montant de la participation forfaitaire ou d'une franchise) ;
- soit à une somme forfaitaire, pour certains actes dits « lourds » ou lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé non suivi d'une hospitalisation.

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail...), ou selon que l'assuré soit atteint d'une affection de longue durée (ALD)...

Il est obligatoirement pris en charge par les contrats d'assurance maladie complémentaires responsables (sauf exceptions).

La participation forfaitaire, les franchises et les dépassements d'honoraires s'ajoutent éventuellement au ticket modérateur, l'ensemble de ces sommes étant laissé à la charge de l'assuré par le Régime obligatoire de protection sociale.

TIERS PAYANT : système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par le Régime obligatoire de protection sociale et/ou les assureurs complémentaires santé pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés au patient.

Synonyme : dispense d'avance des frais.

TRANSPORT SANITAIRE : transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, à des fins de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens de transport terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet.

Les définitions ci-dessus ont pour but d'aider les personnes assurées par le contrat à mieux comprendre les garanties dont elles bénéficient au titre du contrat complémentaire santé souscrit par votre entreprise.

Les organismes d'assurance maladie complémentaire réunis au sein de l'UNO-CAM (Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire) ont élaboré divers documents permettant de mieux comprendre les contrats complémentaires santé.

Ces documents peuvent être librement consultés sur le site internet de l'UNO-CAM, à l'adresse suivante :

<http://www.unocam.fr>

Titre II Remboursement des frais de santé

Article 3. Étendue territoriale des garanties - Nature des remboursements

1. ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties s'exercent pour les frais de santé engagés en France à condition que le Régime obligatoire de protection sociale français les prenne en charge, sauf indication contraire aux conditions particulières.

Les frais engagés hors de France feront l'objet d'une prise en charge à condition que le Régime obligatoire de protection sociale français intervienne.

Si le Régime obligatoire de protection sociale français prend en charge les frais de santé engagés hors de France, nous prendrons ceux-ci en charge selon les garanties prévues au contrat. Dans ce cas, les remboursements seront effectués selon la base de remboursement utilisée par le Régime obligatoire de protection sociale français et à hauteur des niveaux de remboursement prévus pour les médecins non-adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

2. NATURE DES REMBOURSEMENTS

2.1 Frais pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale

Nous remboursons, dans les limites indiquées à l'article 4 « Montant des remboursements » et aux conditions particulières, **les frais donnant lieu à prestation en nature de la part du Régime obligatoire de protection sociale au titre de l'assurance Maladie et Maternité.**

Les actes et frais que nous prenons en compte définis par référence aux nomenclatures de la Sécurité sociale française sont les suivants :

A) Hospitalisation

- Honoraires ;
- Actes chirurgicaux ;
- Frais de séjour ;
- Frais de transport sanitaire.

B) Soins courants

- Honoraires médicaux ;
- Honoraires paramédicaux ;
- Honoraires des psychologues ;
- Analyses et examens de laboratoire ;
- Radiologie et petite chirurgie ;
- Médicaments : pharmacie prescrite ;
- Matériel Médical :
 - » Frais d'appareillages, de prothèses (hors aides auditives, optique et prothèses dentaires), d'orthopédie (y compris renouvellement, réparations, frais d'expédition du matériel et frais de déplacement de l'intéressé),
- Frais de transport sanitaire ,
- Cures thermales.

C) Aides auditives

- Aides auditives prescrites médicalement.

D) Optique

- Frais de lunettes (verres, monture) et de lentilles prescrites médicalement

(sauf exceptions prévues par le Code de la Santé publique) ;

- Prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur par l'opticien lors du renouvellement de l'équipement.

E) Dentaire (y compris actes de prévention)

- Frais de soins dentaires, d'inlays / onlays ;
- Frais de prothèses dentaires (dont inlay core) ;
- Frais de parodontologie ;
- Frais d'orthodontie.

2.2 Frais non pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale

Peuvent également être pris en charge par l'assureur, sous réserve d'être prévus aux conditions particulières, les actes ou frais énumérés ci-après :

- le forfait journalier des établissements hospitaliers (hors établissements médico-sociaux) et le forfait journalier des établissements médico-sociaux, laissé à la charge des assurés sociaux, pour son montant fixé par l'arrêté prévu à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale ;
- les frais de chambre particulière, y compris en hospitalisation ambulatoire ;
- les frais d'accompagnement d'une personne assurée hospitalisée (hébergement et nourriture) facturés par l'établissement hospitalier, y compris dans les « maisons de parents » ;
- les frais de téléphone, télévision, accès au réseau internet facturés par l'établissement qui accueille la personne assurée et achat de journaux sur le lieu de l'hospitalisation ;
- les actes ou frais d'ostéopathie, de chiropraxie, de psychothérapie

[Le praticien qui a effectué les actes doit satisfaire aux dispositions législatives et/ou réglementaires en vigueur : praticien ayant un titre exclusif et un code ADELI/RPPS correspondant à l'une des 3 spécialités ci-dessus ou professionnel de santé ayant la qualité de médecin, auxiliaire médical, sage-femme.

En outre en ce qui concerne l'ostéopathie et la chiropraxie, les actes effectués doivent également satisfaire aux dispositions législatives et/ou réglementaires en vigueur] ;

- les actes ou frais d'acupuncture, d'étiopathie, d'hypnothérapie, consultations de psychanalystes, de psychologues, consultations ou frais de psychomotriciens, d'homéopathie

[ces actes doivent être effectués par des professionnels de santé appartenant au corps médical et/ou possédant un numéro d'enregistrement au répertoire ADELI/RPPS délivré par l'Agence régionale de santé du lieu d'exercice]

- les consultations diététiques,

[ces actes doivent être effectués par un diététicien possédant un numéro d'enregistrement au répertoire ADELI/RPPS délivré par l'Agence régionale de santé du lieu d'exercice] ;

- et lorsqu'ils sont prescrits médicalement :

- les actes effectués par un professionnel de santé,
- les prothèses auditives et autres prothèses médicales (hors optique et prothèses dentaires),
- les frais de pharmacie,

- les frais de moyens contraceptifs,
- les frais de vaccins,
- les traitements d'aide au sevrage tabagique,
- les lentilles correctrices figurant à la nomenclature.
- les frais de chirurgie réfractive
- les frais supplémentaires de traitements particuliers des verres, dans la limite des plafonds de remboursement par équipement prévus aux conditions particulières pour la garantie Optique.

Toutefois, nous ne prenons pas en charge les frais engagés pour les traitements de teinte des verres de lunettes permanente ou non (notamment surcoût pour verres photochromiques) et pour les produits d'entretien des lentilles ;

- les actes d'orthodontie réalisés par les médecins stomatologues ou chirurgiens dentistes (**ne peuvent pas être pris en charge les soins et équipements facturés par télédentisterie**) ;
- les frais de prothèses dentaires,

Toutefois, sauf mention contraire expresse en ce sens aux conditions particulières, les frais de prothèses dentaires provisoires non prises en charge par le Régime obligatoire de protection sociale ne sont pas pris en charge par l'assureur.

- les frais de parodontologie et implantologie ;
- les frais de blanchiment des dents (lorsque les actes sont effectués par un chirurgien-dentiste) ;
- les actes de prévention dentaire (pose de vernis fluoré, détartrage approfondi) ;
- les actes ou frais de procréation médicale assistée ;
- les frais d'hébergement et de transport engagés lors d'une cure thermale prise en charge par le RO ;
- la pratique d'une activité sportive sur prescription médicale (ALD).

Article 4. Montant des remboursements

Nous déterminons le remboursement des frais et actes définis à l'article 3 « Étendue territoriale des garanties - Nature des remboursements », **acte par acte et dans la limite des frais réellement engagés.**

Le montant de nos remboursements est indiqué aux conditions particulières.

Sur mention expresse aux conditions particulières, pour les frais d'optique et dentaires, le montant des remboursements pour certaines dépenses peut tenir compte de l'appartenance ou non de l'opticien ou du chirurgien-dentiste au réseau des professionnels de santé applicable au titre du contrat.

Cela étant, vous et vos ayants droit inscrits au contrat demeurez totalement libres de vous adresser aux professionnels de santé de votre choix.

Vous pouvez, sur simple appel au numéro de téléphone indiqué sur les documents que nous vous avons communiqués et, le cas échéant, sur consultation de l'espace client sécurisé qui vous est dédié sur notre site internet, obtenir communication des coordonnées des audioprothésistes, opticiens et chirurgiens-dentistes membres du réseau Séviane à la date de votre demande.

En outre, pour certains travaux de prothèses dentaires réalisés par un chirurgien-dentiste membre du réseau Séviane, la personne assurée (qu'il s'agisse de vous-même ou de l'un de vos ayants droit) peut bénéficier lorsque l'ensemble des conditions requises sont remplies, d'une garantie CASSE ET RÉPARATION pendant une période de 10 ans. Les conditions de mise en jeu et conditions d'application de cette garantie sont décrites en détail dans l'annexe 1 aux présentes conditions générales.

Dispositions applicables dans le cadre des contrats « responsables » et de la « couverture complémentaire santé minimale des salariés » :

il est rappelé que les montants minimum de remboursement ainsi que les limites et/ou montants maximum de remboursement, prévus par la réglementation définissant les notions de « contrat responsable » et de « couverture complémentaire santé minimale des salariés » et indiqués à l'article 2 « Définitions » ci-dessus, sont applicables dans le cadre du contrat souscrit par votre entreprise.

Autres limites concernant le montant des remboursements :

- en ce qui concerne les actes pour lesquels les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés, nous établissons notre remboursement sur la base du tarif retenu par le Régime obligatoire de protection sociale pour calculer ses prestations ;
- en aucun cas, nous ne pouvons prendre en charge les dépassements d'honoraires ne faisant pas l'objet d'une déclaration au Régime obligatoire de protection sociale ;
- notre prestation pour les actes médicaux et d'hospitalisation engagés lors d'une cure thermale prise en charge par le Régime obligatoire de protection sociale est limitée au montant du ticket modérateur ;
- Dans le cas où notre remboursement tient compte de l'appartenance ou non de l'opticien ou du chirurgien-dentiste consulté au réseau des professionnels de santé mis en œuvre au titre du contrat, la détermination des limites de garantie s'effectue sur la base applicable au professionnel de santé auprès duquel la 1^{ère} dépense (achat d'un 1^{er} élément de l'équipement -soit les verres, soit la monture- en ce qui concerne les lunettes) a été engagée.

Assurances cumulatives :

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 votre charge ou à celle de votre ayant droit après les remboursements de toute nature auxquels vous avez (il a) droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du Code de la Sécurité sociale.

Pour l'application des dispositions ci-dessus, 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, vous ou votre ayant droit pouvez obtenir l'indemnisation en vous adressant à l'organisme de votre choix.

SOUS PEINE DE DÉCHÉANCE, VOUS DEVEZ FAIRE LA DÉCLARATION DES ASSURANCES CUMULATIVES. CETTE OBLIGATION EST VALABLE PENDANT TOUTE LA DURÉE DE L'AFFILIATION AU CONTRAT.

Nous déterminons la limitation des remboursements au montant des frais réellement engagés pour chaque poste ou acte garanti.

Disposition applicable dans chacun des cas de déchéance de garanties prévus ci-dessus :

Dans les cas de déchéance de garanties prévus ci-dessus, nous prendrons néanmoins en charge les frais et actes considérés à hauteur des montants minimum de prestations prévus par la réglementation applicable au contrat « responsable », compte tenu du montant des dépenses réellement engagées par la personne assurée.

Article 5. Risques exclus

Sauf mention contraire aux conditions particulières, seuls sont exclus de l'assurance dans le cadre des garanties souscrites :

- **les frais n'ouvrant pas droit aux prestations en nature du Régime obligatoire de protection sociale au titre de l'assurance Maladie ou de l'assurance Maternité (dont notamment les frais de prothèses dentaires provisoires non prises en charge par le Régime obligatoire de protection sociale) ;**
- **les frais ne figurant pas à la nomenclature de la Sécurité sociale.**

Article 6. Règlement des prestations - Déchéance des garanties - Fausses déclarations - Recours subrogatoire

1. RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

1.1 Demandes de remboursement et versement des prestations

Les demandes de remboursement doivent, en application des dispositions de l'article 12 relatives à la prescription, nous être présentées dans un délai maximum de 2 ans suivants les soins ou la date de la facture d'hospitalisation.

Les prestations que nous devons au titre du contrat souscrit par votre entreprise sont payables en France et en euros. Elles seront versées dans un délai de 15 jours ouvrés (définis comme 15 jours effectivement travaillés chez l'assureur) suivant la date à laquelle nous recevons les pièces justificatives nécessaires à leur règlement.

1.2 Pièces justificatives

Sauf dans le cas de télétransmission par l'organisme gestionnaire du Régime obligatoire de protection sociale dont relève la personne assurée, du décompte de ses prestations, notre remboursement intervient sur présentation :

- des bordereaux du Régime obligatoire de protection sociale ;
- accompagnés d'une pièce justificative du montant des frais réels lorsqu'ils ne sont pas indiqués sur le bordereau délivré par ce Régime ou lorsque celui-ci n'intervient pas.

Il est précisé que pour les actes ou frais refusés ou non pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale mais garantis au titre du contrat, notre remboursement est subordonné à la présentation de factures détaillées et de pièces justificatives complémentaires, dont les prescriptions médicales le cas échéant.

Toutefois, pour les actes et traitements dentaires à honoraires libres ou ceux non pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale, notre remboursement est en tout état de cause subordonné à la fourniture :

- d'un devis préalable au traitement,
- et de la note d'honoraires détaillée suite au traitement.

Lorsque les conditions particulières prévoient le remboursement des frais suivants non pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale :

- consultations des diététiciens non médecins, de psychologues ou de psychanalystes,
- consultations ou frais de psychomotriciens, d'homéopathie,
- actes ou frais de chiropraxie, d'ostéopathie, d'acupuncture, d'étiopathie et/ou d'hypnothérapie,

notre intervention est subordonnée à la fourniture d'une facture acquittée établie sur papier à en-tête, indiquant les coordonnées du praticien consulté ou qui a effectué les actes [nom, prénom, lieu d'exercice -adresse professionnelle-], son numéro d'enregistrement au répertoire ADELI/RPPS, permettant ainsi de vérifier sa qualité ainsi que les nom et prénom de la personne soignée et la date de réalisation des soins.

1.3 Contrôle médical

Nous nous réservons la possibilité de demander toutes autres justifications qui nous paraîtraient nécessaires, tout justificatif à caractère médical devant être adressé à notre médecin conseil ou à notre professionnel de santé consultant sous pli confidentiel.

Nous nous réservons également la possibilité d'effectuer des contrôles, voire des expertises médicales effectués par un professionnel de santé indépendant de notre choix dont les honoraires sont à notre charge pour les frais dentaires, l'optique, l'hospitalisation, les aides auditives. Lors de ces contrôles ou expertises, la personne assurée pourra se faire assister, à ses frais, du professionnel de santé de son choix ou opposer les conclusions de son propre praticien.

Si vous-même ou l'un de vos ayants droit refusez de transmettre les justificatifs réclamés ou de vous soumettre à l'expertise médicale que nous vous demandons, nous pourrions refuser la mise en jeu de la garantie et le remboursement des frais considérés.

En cas de contestation des conclusions de l'expertise, la personne assurée devra adresser à notre médecin conseil, dans les 30 jours suivant la notification, sous enveloppe confidentielle, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant l'objet de la contestation et joindre les éléments médicaux argumentés. Si le désaccord persiste, il sera mis en place une expertise d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins, un troisième désigné par leurs soins ou s'ils n'ont pu s'accorder, par le président du Tribunal judiciaire de la résidence de la personne assurée, sur requête de la partie la plus diligente. Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième ainsi que les frais de sa désignation sont supportés à parts égales par les deux parties.

En cas de récupération de la part du Régime obligatoire de protection sociale, à la suite d'un contrôle de praticien effectué après un remboursement, nous nous réservons le droit de récupérer toutes prestations indûment réglées à vous-même ou à votre ayant droit, au titre du contrat.

2. DÉCHÉANCE DES GARANTIES

Nous pourrions vous refuser et/ou le cas échéant refuser à vos ayants droit affiliés le bénéfice des garanties dès lors que nous constatons que vous ou vos ayants droit avez, intentionnellement, soit effectué une fausse déclaration de sinistres impactant une garantie du contrat, soit fourni de faux renseignements ou utilisé des documents faux ou dénaturés à l'occasion d'une demande de règlement.

3. FAUSSES DÉCLARATIONS

Conformément aux dispositions de l'article L.113-8 du Code des assurances, le présent contrat est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle.

Conformément aux dispositions de l'article L.113-9 du Code des assurances, toute omission ou déclaration inexacte non intentionnelle dans la déclaration du risque entraîne :

- ***une augmentation de prime ou la résiliation du contrat si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée avant tout sinistre ;***
- ***une réduction de l'indemnité en proportion du taux de prime qui aurait été réellement due par rapport à la prime payée et une résiliation du contrat si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée après le sinistre.***

4. RECOURS SUBROGATOIRE

Il s'agit du droit dont dispose un assureur de récupérer auprès du responsable d'un sinistre les sommes qu'il a prises en charge.

Lorsque vous-même et/ou le cas échéant vos ayants droit assurés êtes atteints d'une affection ou êtes victimes d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, nous disposons d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son assureur. Vous et/ou le cas échéant vos ayants droit assurés atteints de blessures imputables à un tiers devez impérativement nous en informer lors de la demande de prestations.

Lorsque vous-même ou l'un de vos ayants droit inscrits au contrat êtes victimes d'un accident de la circulation (impliquant un véhicule automobile), vous devez, sous peine de déchéance, déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident qui le sollicite, le nom de notre organisme en tant que tiers payeur.

Conformément au Code des assurances, le bénéficiaire des prestations nous donne subrogation dans ses droits en vue d'engager toute action récursoire à l'encontre de tout tiers responsable.

Dans les cas de refus de garanties prévus ci-dessus, nous prendrons néanmoins en charge les frais et actes considérés à hauteur des montants minimum de prestations prévus par la réglementation applicable au contrat « responsable », compte tenu du montant des dépenses réellement engagées par vous-même et/ou vos ayants droit assurés.

Titre III Autres indemnités

Chacune des 3 garanties suivantes est accordée sous réserve que les conditions particulières prévoient son attribution.

Article 7. Naissance - Adoption

En cas de naissance d'un de vos enfants, nous versons une indemnité sur présentation de l'acte de naissance de l'enfant.

Le montant de l'indemnité est fixé aux conditions particulières.

Lorsque les conditions particulières le prévoient, cette indemnité est également versée en cas d'adoption d'un enfant mineur sur présentation du jugement d'adoption.

Article 8. Cure thermique

Pour chaque cure thermique prise en charge par le Régime obligatoire de protection sociale, nous versons une indemnité sur présentation des justificatifs des frais d'hébergement et/ou de transport relatifs à la cure thermique considérée, restant à votre charge ou à la charge de vos ayants droit inscrits au contrat, après remboursement éventuel du Régime obligatoire de protection sociale.

Cette indemnité est limitée, en tout état de cause, au montant de ces frais demeurant à charge, avec un maximum fixé aux conditions particulières.

Article 9. Allocation d'obsèques

1. DÉFINITION DE LA GARANTIE

Cette garantie a pour objet de verser une **allocation** en cas de décès.

Lorsque le montant de l'allocation est fixé en pourcentage du montant du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS), celui-ci est retenu pour sa valeur en vigueur à la date du décès.

Les personnes assurées et le montant de l'allocation sont indiqués aux conditions particulières.

Le montant de l'allocation que nous versons est éventuellement limité selon les dispositions du paragraphe 2.2 « Mode de règlement de la prestation » ci-dessous.

En tout état de cause, votre conjoint, partenaire ou concubin et vos enfants à charge ne pourront être pris en considération pour l'application de cette garantie qu'à la condition expresse qu'à la date de son décès l'ayant droit considéré ait été effectivement inscrit au contrat pour bénéficier également des autres garanties prévues par le contrat.

2. MODALITÉS DE PAIEMENT DE LA PRESTATION

2.1 Formalités à accomplir en cas de sinistre

Votre entreprise doit déclarer le décès le plus rapidement possible en nous adressant les pièces justificatives nécessaires au règlement, notamment :

- une déclaration attestant que vous faisiez toujours partie de son personnel à la date du décès,
- un extrait de l'acte de décès,
- tout document prouvant l'identité et la situation de famille,
- un justificatif du paiement des frais d'obsèques.

2.2 Mode de règlement de la prestation

L'allocation garantie est versée :

- si vous décédez : à votre conjoint ou partenaire, à défaut et dans la limite du montant des frais d'obsèques réellement engagés, à la personne ayant supporté les frais d'obsèques ;

- en cas de décès de votre conjoint, partenaire ou concubin ou d'un enfant : à vous-même ;
- en cas de décès simultanés de vos ayants droit inscrits au contrat et de vous-même : dans la limite du montant des frais d'obsèques réellement engagés, à la personne ayant supporté les frais d'obsèques.

Titre IV Services Tiers payant et Calcul des frais restant à charge

Article 10. Tiers payant

Un service de TIERS PAYANT est mis à votre disposition au titre du contrat souscrit par votre entreprise.

1. DÉFINITION – OBJET

Ce service permet aux personnes assurées de bénéficier, auprès de tous les professionnels de santé qui acceptent ce dispositif, de la dispense d'avance des frais :

- au moins à hauteur de la base de remboursement, en ce qui concerne les prestations faisant l'objet des garanties du contrat et remboursées par le Régime obligatoire de protection sociale ;
- pour l'intégralité de son montant (tel que fixé par l'arrêté prévu par l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale) et sans limitation de durée, en ce qui concerne le forfait journalier appliqué par les établissements hospitaliers ;
- à hauteur des frais réels dans la limite des prix limites de vente ou des honoraires limites de facturation en ce qui concerne les soins et actes relevant du panier « 100 % santé ».

2. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

Nous vous délivrons une attestation de tiers payant qui devra nous être restituée dans toutes les circonstances suivantes :

- en cas de résiliation du contrat,
- si vous ou l'ayant droit ne remplissez plus les conditions d'ouverture des droits requis au titre du Régime obligatoire de protection sociale dont vous relevez,
- en cas d'utilisation ou de tentative d'utilisation frauduleuse du système,
- et en tout état de cause, à la date de cessation de votre affiliation au contrat ou dès lors que l'ayant droit ne répond plus à la définition de l'article 2 « Définitions ».

Nous nous réservons le droit de réclamer, tant à votre entreprise, qu'à vous-même ou à votre ayant droit, et le cas échéant au professionnel de santé, tout indu ou tout document relatif au système de tiers payant.

Article 11. Calcul des frais restant à votre charge

Sur votre demande, nous pouvons établir pour les frais ou actes à honoraires libres ou avec dépassements d'honoraires et pour ceux non pris en charge par le Régime obligatoire, un calcul des éventuelles prestations en nature de ce Régime obligatoire et de celles potentiellement versées au titre du contrat souscrit par votre entreprise, vous permettant ainsi de déterminer le montant des frais qui restera à votre charge.

Ce calcul sera effectué sur présentation des devis du professionnel de santé.

Titre V Exécution du contrat

Article 12. Référence légale - Prescription

1. RÉFÉRENCE LÉGALE

Le contrat d'assurance de groupe auquel vous êtes affilié est régi par le Code des assurances et notamment par ses articles L.141-1 et suivants.

Les déclarations de votre entreprise et les vôtres servent de base aux garanties du contrat.

2. PRESCRIPTION

En application de l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où nous en avons eu connaissance ;
- 2° en cas de sinistre, 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'assuré à notre rencontre a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le souscripteur, l'assuré, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par ce dernier.

En application de l'article L.114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption suivantes :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil) ;
- une demande en justice (même en référé), jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice 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 (articles 2241 et 2242 du Code civil). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code civil) ;
- un acte d'exécution forcée ou une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du Code civil).

Il est rappelé que l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt la prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (article 2245 du Code civil).

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (article 2246 du Code civil).

Le délai de prescription peut être interrompu également par :

- la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre ;
- l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, que nous vous adressons en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et que vous nous adressez en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Article 13. Date d'effet - Durée - Reconduction - Résiliation du contrat

Le contrat est souscrit pour une première période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet.

Il est reconduit tacitement le 1^{er} janvier de chaque année, pour des périodes successives d'1 an, sauf dénonciation par nous-même ou par votre entreprise, notifiée 2 mois au moins avant chaque date de reconduction ou en cas d'exercice, par votre entreprise, de son droit de résiliation infra-annuelle conformément à l'article L.113-15-2 du Code des assurances.

Article 14. Affiliation du personnel - Personnes assurées

1. AFFILIATION DES MEMBRES DU PERSONNEL

Doivent être inscrits à l'assurance :

- tous les membres du personnel salarié de votre entreprise affiliés au Régime obligatoire de protection sociale dont le contrat de travail est en cours - y compris :
 - ceux dont le contrat de travail est suspendu et qui bénéficient d'un maintien de salaire total ou partiel ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par votre entreprise ou de revenus de remplacement versés par votre entreprise,
 - ceux bénéficiant des dispositions légales applicables en matière de cumul emploi/retraite,

appartenant à la catégorie bénéficiaire définie aux conditions particulières, sous réserve des dispenses d'affiliation de droit prévues par la réglementation en vigueur et celles admises par celle-ci lorsque ces dernières sont prévues par l'acte instituant le régime complémentaire santé (accord collectif, référendum ou décision unilatérale) et qui nous ont été déclarées par votre entreprise,

ainsi que :

- tous les anciens salariés bénéficiant d'un maintien de garanties dans le cadre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, au titre d'un précédent contrat d'assurances collectives complémentaire santé et qui, à la date de cessation ou de rupture de leur contrat de travail, appartenaient à la catégorie bénéficiaire définie aux conditions particulières.

2. PERSONNES ASSURÉES - CATÉGORIES

Selon les dispositions prévues dans l'acte instituant le régime complémentaire santé, qui nous ont été déclarées par votre entreprise et précisées aux conditions particulières, les garanties du contrat sont accordées :

- **Famille ou affilié quelle que soit sa situation de famille** : à vous-même, en qualité d'affilié, et à vos ayants droit éventuels, l'ensemble de ces personnes assurées étant rattaché à la catégorie « Famille ».

Dans ce cas, l'inscription au contrat de vos ayants droit découle de plein droit de votre propre affiliation au contrat.

- **Isolé ou affilié sans ayant droit - Ménage ou affilié avec ayant(s) droit :**
 - à vous seul à l'exclusion de vos ayants droit, vous êtes dans ce cas rattaché à la catégorie « **Isolé** »,

ou

- à vous-même et à vos ayants droit, l'ensemble de ces personnes assurées étant rattaché à la catégorie « **Ménage** ».

Dans ce cas, votre rattachement à l'une ou l'autre de ces catégories Isolé/Ménage est soit obligatoirement déterminé en fonction de votre situation de famille, soit laissé à votre libre choix.

La solution retenue par votre entreprise est précisée aux conditions particulières.

- **Isolé ou affilié sans ayant droit - Duo ou affilié avec 1 ayant droit - Famille ou affilié avec 2 ayants droit ou plus :**

- à vous-même et, le cas échéant, à vos ayants droit, dans les conditions précisées ci-après :

Lorsque l'inscription des ayants droit au contrat est obligatoire, votre rattachement à l'une des 2 catégories Isolé/Famille définies ci-dessous est obligatoirement déterminé en fonction de votre situation de famille :

- › si vous êtes seul garanti par le contrat (en qualité d'affilié), à l'exclusion de vos ayants droit éventuels, vous êtes alors rattaché à la catégorie « **Isolé** »,
- › si vous-même ainsi que vos ayants droit (quel que soit leur nombre) êtes garantis par le contrat, l'ensemble de ces personnes assurées est alors rattaché à la catégorie « **Famille** ».

Toutefois si vous êtes inscrit en catégorie Famille, le contrat prévoit, sur mention aux conditions particulières, que des cotisations spécifiques seront appliquées selon que vous ayez 1 seul ayant droit inscrit au contrat ou 2 ayants droit ou plus inscrits au contrat.

La structure de cotisation appliquée au titre du contrat est alors « Isolé ou affilié sans ayant droit / Duo ou affilié avec 1 ayant droit / Famille ou affilié avec 2 ayants droit ou plus ».

Lorsque l'inscription des ayants droit au contrat est facultative, votre rattachement à l'une ou l'autre des 3 catégories Isolé/Duo/Famille définies ci-dessous est laissé à votre libre choix :

- › si vous êtes seul garanti par le contrat (en qualité d'affilié), à l'exclusion de vos ayants droit éventuels, vous êtes alors rattaché à la catégorie « **Isolé** »,
- › si vous-même ainsi qu'un ayant droit, êtes garantis par le contrat, vous et votre ayant droit assuré êtes alors rattachés à la catégorie « **Duo** »,
- › si vous-même ainsi que vos ayants droit (au nombre de 2 ou plus) sont garantis par le contrat, l'ensemble de ces personnes assurées est alors rattaché à la catégorie « **Famille** ».

- **Adulte / Enfant :**

- à vous-même et à votre conjoint, partenaire ou concubin ; vous, et le cas échéant, votre conjoint, partenaire ou concubin, êtes alors rattachés chacun individuellement à la catégorie « **Adulte** »,

et

- aux enfants à charge ; les enfants considérés sont alors rattachés chacun individuellement à la catégorie « **Enfant** ».

Dans ce cas, l'inscription au contrat de vos ayants droit est :

- soit obligatoire,
- soit laissée, et ce pour chacun d'entre eux individuellement, à votre libre choix.

La solution retenue par votre entreprise est précisée aux conditions particulières.

- **Affilié / « Conjoint » / Enfant :**

- à vous-même, en tant que membre (ou ancien membre) du personnel assuré ; vous êtes alors rattaché à la catégorie « **Affilié** »,
- à votre conjoint, partenaire ou concubin ; votre conjoint, partenaire ou concubin, est alors rattaché à la catégorie « **Conjoint** »,

et

- aux enfants à charge ; les enfants considérés sont alors rattachés chacun individuellement à la catégorie « **Enfant** ».

Dans ce cas, l'inscription au contrat de vos ayants droit est :

- soit obligatoire,
- soit laissée, et ce pour chacun d'entre eux individuellement, à votre libre choix.

La solution retenue par votre entreprise est précisée aux conditions particulières.

Il est précisé que :

- dans toutes les situations prévues ci-dessus, les ayants droit (votre conjoint, partenaire du PACS ou concubin, les enfants à charge) pris en considération sont ceux qui nous ont été déclarés et qui répondent aux définitions de l'article 2 ;
- dans tous les cas prévus ci-dessus, de rattachement individuel des ayants droit au contrat, seuls seront pris en compte les ayants droit visés à l'alinéa précédent pour lesquels la cotisation nécessaire à leur prise en charge nous est payée ;
- dans tous les cas où l'inscription des ayants droit au contrat est laissée à votre libre choix, vous pouvez dans les conditions définies au paragraphe 1. « Prise d'effet de l'affiliation » de l'article 15 ci-après, demander postérieurement à votre propre affiliation au contrat, en fonction de la structure de cotisation(s) retenue par votre entreprise et précisée aux conditions particulières, soit l'inscription de certains ou de l'ensemble de vos ayants droit au contrat avec, le cas échéant, changement de la catégorie à laquelle vous êtes rattaché.

Article 15. *Prise d'effet de l'affiliation et des garanties – Choix de la formule de garanties*

1. PRISE D'EFFET DE L'AFFILIATION

- **En ce qui vous concerne :** Votre affiliation prend effet à la même date que le contrat ou le jour de votre entrée dans l'effectif assurable, sous réserve que vous ayez rempli le bulletin d'affiliation que nous vous avons fourni et que vous nous l'ayez retourné.
- **En ce qui concerne vos ayants droit :** L'inscription des ayants droit prend effet dans les conditions suivantes :
 - **lorsqu'elle est obligatoire ou lorsqu'elle découle de plein droit de votre propre affiliation au contrat**, l'inscription des ayants droit prend effet à la même date que pour vous-même, ou à la date de la modification de votre situation de famille en cas de mariage, de conclusion d'un PACS, de concubinage ou de naissance d'enfants.
 - **Lorsqu'elle est laissée à votre libre choix**, l'inscription des ayants droit prend effet :
 - › à la même date que pour vous-même, lorsque vous demandez l'inscription des intéressés au contrat concomitamment à votre propre affiliation,
 - › ou, lorsque vous demandez l'inscription de vos ayants droit postérieurement à votre propre affiliation au contrat :
 - immédiatement en cas de changement de situation de famille ou si

la demande a pour cause le terme normal d'une garantie antérieure couvrant les ayants droit, **sous réserve que cette situation ait été portée à notre connaissance dans un délai de 2 mois suivant la date de la modification ;**

- au 1^{er} janvier suivant dans les autres cas ou lorsque le délai de 2 mois ci-dessus n'aura pas été respecté.

2. PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet pour vous et, le cas échéant, pour vos ayants droit, à la date d'affiliation ou d'inscription telle qu'elle est prévue ci-dessus.

Il est précisé que nous ne prenons en charge que les soins réalisés au titre d'actes prescrits à compter de la date d'effet des garanties.

3. CHOIX DE LA FORMULE DE GARANTIES

Ainsi que prévu en préambule aux présentes conditions générales, le contrat souscrit par votre entreprise peut prévoir aux conditions particulières, plusieurs formules de garanties. Dans ce cas :

- l'ensemble des personnes assurées par le contrat bénéficie des prestations prévues par la formule de garanties dénommée aux conditions particulières sous le terme de « formule socle » ;
- la (ou les) autre(s) formule(s) de garanties proposée(s), exposée(s) aux conditions particulières, a (ont) pour objet d'améliorer les prestations ou remboursements prévus pour certains postes ou actes par la formule socle.

Lorsque vous êtes affilié au contrat en tant que membre du personnel salarié de votre entreprise, le choix de la formule de garanties vous appartient individuellement. Ce choix est applicable tant pour vous-même que pour vos ayants droit éventuellement inscrits au contrat. Il devra être indiqué sur le bulletin individuel d'affiliation complété et signé par vos soins lors de votre affiliation au contrat.

À défaut de choix formel de votre part ou si le choix que vous avez exprimé est irrecevable, la formule socle sera alors automatiquement appliquée.

Ultérieurement, vous conservez la **possibilité de changer de formule de garanties ou de résilier la formule optionnelle précédemment souscrite**, tant pour vous-même que pour vos ayants droit éventuellement inscrits au contrat :

- **en cas de modification, dûment justifiée, de votre situation de famille** (en cas de mariage, de conclusion d'un PACS, de concubinage, de divorce, rupture du PACS ou cessation du concubinage, décès du conjoint, partenaire du PACS ou concubin, naissance d'enfant, ...) **sous réserve que la demande en soit faite dans les 2 mois suivant la date de cette modification ;**
- **à effet du 1^{er} janvier d'un exercice civil sous réserve que la demande nous en soit faite, 2 mois au moins avant cette date.**

Pour ce faire, vous devrez compléter et signer un nouveau bulletin que nous vous fournissons et sur lequel vous indiquerez la nouvelle formule de garanties retenue et le cas échéant la (ou les) modification(s) de votre situation de famille.

Si les délais de 2 mois ci-dessus ne sont pas respectés ou si le nouveau choix exprimé est irrecevable, vous-même ainsi que vos ayants droit inscrits au contrat continuerez à bénéficier de la formule de garanties précédemment retenue.

En tout état de cause, dans tous les cas, vous-même ainsi que l'ensemble de vos ayants droit inscrits au contrat devez bénéficier de la même formule de garanties.

Il est précisé que des dispositions particulières sont prévues par l'annexe 2 aux présentes conditions générales concernant la formule de garanties qui vous est applicable ainsi, le cas échéant, qu'à vos ayants droit inscrits au contrat lorsque vous bénéficiez du maintien des garanties dans le cadre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Article 16. Cessation de l'affiliation et des garanties

1. CESSATION DE L'AFFILIATION

Votre affiliation au contrat cesse :

- à la date de résiliation du contrat.

Dès que le contrat est résilié, il ne peut en aucun cas être maintenu dans ses effets, à titre individuel.

Dans ce cas, si vous en faites la demande, vous pourrez contracter aux conditions de souscription et aux tarifs en vigueur, l'un des contrats que nous proposons à titre individuel. Toutefois, des conditions d'admission simplifiées sont réservées aux personnes définies au paragraphe 5. « Adhésion à un contrat individuel » ci-après ;

- à la date de rupture ou de cessation de votre contrat de travail, quel qu'en soit le motif, si vous quittez votre entreprise avant l'âge d'admission à la retraite, sauf application des dispositions du paragraphe 4. « Maintien des garanties sans contrepartie de cotisation » ci-dessous ou de l'annexe 2 ci-après.

En outre, lorsqu'à la date de rupture de votre contrat de travail, vous êtes licencié ou invalide mais ne pouvez bénéficier des dispositions du paragraphe 4. « Maintien des garanties sans contrepartie de cotisation » ou de l'annexe 2 précités, les dispositions du paragraphe 5. « Adhésion à un contrat individuel » ci-après seront alors applicables ;

- en cas de suspension de votre contrat de travail, à la date à laquelle vous cessez de bénéficier d'une indemnisation, sauf demande de maintien des garanties par votre entreprise dans les conditions et limites du paragraphe 3. « Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail » ci-après ;
- à la date à laquelle vous cessez d'appartenir à la catégorie de personnel visée aux conditions particulières ;
- si les cotisations vous concernant ne sont pas réglées (sous réserve des modalités prévues à l'article L.141-3 du Code des assurances) ;
- à la date de votre cessation totale d'activité liée à la liquidation de la pension de l'assurance vieillesse du Régime obligatoire de protection sociale. A cette date, les dispositions du paragraphe 5. « Adhésion à un contrat individuel » ci-après seront applicables.

2. CESSATION DES GARANTIES

Les garanties du contrat prennent fin pour vous et vos ayants droit à la date de la cessation de l'affiliation, telle qu'elle est prévue ci-dessus.

Les garanties cessent en tout état de cause pour vos ayants droit :

- **Pour votre conjoint** : à la date à laquelle la décision de divorce ou de séparation de corps devient définitive,
ou **pour votre partenaire** : à la date de rupture du PACS,
ou **pour votre concubin** : à la date à laquelle cesse le concubinage,
- **Pour les enfants** : dès qu'ils cessent d'être à charge au sens du contrat souscrit par votre entreprise.

Toutefois, les enfants handicapés continuent à être garantis tant qu'ils bénéficient des allocations légales d'adultes handicapés ou tant qu'ils remplissent les conditions pour en bénéficier, lorsque l'allocation ne leur est pas versée en raison de leur niveau de ressources.

En outre, lorsque l'inscription au contrat de vos ayants droit est laissée à votre libre choix, les garanties cessent également pour chacun de vos ayants droit dans les conditions suivantes :

- lorsque vous aurez valablement demandé votre rattachement à une catégorie ne permettant plus de le garantir (par exemple, lorsqu'inscrit en catégorie « Ménage », « Duo » ou « Famille » vous demandez valablement votre rattachement à la catégorie « isolé ») ;

- ou lorsque vous aurez valablement demandé la cessation à effet du 1^{er} janvier prochain, de son inscription au contrat, au moyen de l'imprimé fourni par nos soins ;
- ou s'il cesse de figurer sur le bordereau d'ajustement annuel des cotisations qui nous est fourni par votre entreprise dans l'une des catégories « Adulte » ou « Enfant » ou encore « Conjoint » ou « Enfant » correspondantes prévues au contrat ;
- ou si les cotisations correspondantes nécessaires à sa prise en charge ne sont pas réglées (sous réserve de la mise en œuvre des modalités prévues à l'article L.141-3 du Code des assurances à votre égard).

Il est précisé que nous ne prenons en charge que les soins réalisés antérieurement à la date de cessation des garanties.

3. DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

3.1 Cas où la période de suspension du contrat de travail est indemnisée

L'ensemble des garanties du contrat vous est maintenu (ainsi qu'à vos ayants droit inscrits au contrat) pour la période au titre de laquelle vous bénéficiez :

- d'un maintien, total ou partiel, de salaire ;
- d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par votre entreprise ;
- ou d'un revenu de remplacement versé par votre entreprise.

Le bénéfice de l'ensemble des garanties du contrat vous est maintenu ainsi qu'à vos ayants droit inscrits au contrat, sur les mêmes bases que celles prévues pour les affiliés exerçant leur activité professionnelle.

Les cotisations correspondantes, calculées sur les mêmes bases que celles applicables pour les affiliés exerçant effectivement leur activité professionnelle, doivent continuer à nous être versées.

Lorsque le contrat prévoit plusieurs formules de garanties, les garanties maintenues au titre des présentes dispositions tant à vous-même qu'à vos ayants droit inscrits au contrat, sont celles correspondant à la formule de garanties applicable à la date de suspension de votre contrat de travail.

3.2 Cas où la période de suspension du contrat de travail n'est pas indemnisée

Conformément aux paragraphes 1. « Cessation de l'affiliation » et 2. « Cessation des garanties » de l'article 16 « Cessation de l'affiliation et des garanties », les garanties prennent fin à la date à laquelle vous cessez de bénéficier d'une indemnisation, sauf demande de maintien formulée par votre entreprise dans les conditions et limites ci-dessous.

Lorsque votre contrat de travail est suspendu et que vous ne percevez pas ou plus d'indemnisation, votre entreprise peut, sur demande spécifique, et compte tenu des dispositions de l'acte de droit du travail instituant le régime de santé, solliciter le maintien des garanties auprès de nos services. **Cette demande doit être formulée avant la fin de la période d'indemnisation.**

Cette demande de maintien de garanties faite par votre entreprise s'applique à l'ensemble de son personnel affiliable, présent et futur, dont le contrat de travail est suspendu pour la même cause.

Pendant cette période de maintien des garanties, les cotisations sont dues pour vous-même et pour vos ayants droit inscrits au contrat, sur les mêmes bases que celles prévues pour les affiliés exerçant leur activité professionnelle.

Lorsque le contrat prévoit plusieurs formules de garanties, les garanties maintenues au titre des présentes dispositions tant à vous-même qu'à vos ayants droit inscrits au contrat, sont celles correspondant à la formule socle uniquement.

Les modalités de ce maintien sont précisées, lors de la souscription, aux conditions particulières ou par avenant à la demande de votre entreprise.

3.3 Dans tous les cas, dès que vous bénéficiez des dispositions du paragraphe 4.1 « En cas d'invalidité permanente et totale » ci-après, les cotisations cessent d'être dues pour vous-même et vos ayants droit inscrits au contrat.

4. MAINTIEN DES GARANTIES SANS CONTREPARTIE DE COTISATION

Sous certaines conditions, les garanties peuvent être maintenues sans contrepartie de cotisation.

4.1 En cas d'invalidité permanente et totale

En cas d'invalidité permanente et totale ayant entraîné votre cessation définitive d'activité professionnelle et à condition que votre contrat de travail soit rompu, les garanties du contrat vous sont maintenues ainsi qu'à vos ayants droit inscrits au contrat (sous les réserves précisées ci-après lorsque le contrat souscrit par votre entreprise prévoit plusieurs formules de garanties) sur les mêmes bases que celles prévues pour les affiliés exerçant leur activité professionnelle.

Lorsque l'inscription des ayants droit au contrat se fait individuellement dans l'une des catégories « adulte » ou « enfant » ou encore « conjoint » ou « enfant », vous ne pourrez demander leur inscription qu'en cas de changement de situation de famille et pour les seules personnes ayant acquis la qualité d'ayant droit du fait de ce changement.

Lorsque vous êtes assuré en catégorie « isolé » ou « duo », vous ne pourrez demander à changer de catégorie qu'en cas de changement de situation de famille.

Lorsque le contrat souscrit par votre entreprise prévoit plusieurs formules de garanties, les garanties maintenues au titre du présent paragraphe tant à vous-même qu'à vos ayants droit inscrits au contrat, sont celles correspondant à la formule socle uniquement.

En conséquence, lorsqu'à la date de rupture de votre contrat de travail consécutive à votre état d'invalidité permanente et totale ayant entraîné votre cessation définitive d'activité professionnelle, vous bénéficiez d'une formule de garanties offrant un niveau de garanties et de prestations plus élevé que celui de la formule socle, vous pourrez, si vous souhaitez conserver un niveau de garanties et de prestations supérieur à celui de la formule socle, souscrire l'un des contrats que nous proposons à titre individuel dans les conditions d'admission simplifiées prévues au paragraphe 5. « Adhésion à un contrat individuel » ci-après.

Les garanties sont maintenues tant que vous percevez du Régime obligatoire de protection sociale une rente au titre de l'assurance invalidité de 2^e ou 3^e catégorie ou au titre de la législation sur les accidents du travail correspondant à un taux au moins égal à 66 %.

Les cotisations relatives aux garanties du contrat cessent d'être dues tant pour vous-même que pour vos ayants droit, après la rupture de votre contrat de travail.

Ce maintien de garanties sans contrepartie de cotisation cesse en tout état de cause :

- **si vous décédez, à la date de votre décès.** À cette date, les dispositions du paragraphe 5. « Adhésion à un contrat individuel » ci-après concernant les ayants droit survivants seront alors applicables ;
- **à la date de résiliation du contrat**, quelle qu'en soit l'origine.

Ce maintien de garanties sans contrepartie de cotisation cesse au plus tard :

- pour vous-même et vos ayants droit, à la date de liquidation de la pension de l'assurance vieillesse du Régime obligatoire de protection sociale dont vous relevez, y compris pour inaptitude au travail,
- et en outre pour les enfants, comme il est dit pour eux au paragraphe 2. « Cessation des garanties » ci-dessus.

4.2 Si vous décédez alors que vous êtes couvert par le présent contrat en tant que salarié

Les garanties du contrat sont maintenues à vos ayants droit survivants si vous décédez, à condition :

- qu'ils bénéficient des prestations du Régime obligatoire de protection sociale ;
- qu'ils acceptent la proposition de maintien de la couverture complémentaire santé que nous leur faisons, au plus tard au terme d'un délai de 6 mois suivant la date de votre décès ;
- qu'ils soient inscrits au contrat à la date de votre décès ;
- qu'ils figurent sur les avis d'échéance de cotisation et les états nominatifs annuels établis par votre entreprise avec la mention « ayant droit » et l'indication de la date de votre décès.

Sont également considérés comme ayant droit du salarié décédé, vos enfants nés moins de 300 jours après votre décès.

Ce maintien de garanties sans contrepartie de cotisation cesse en tout état de cause à la date de résiliation du contrat, quelle qu'en soit l'origine, et au plus tard :

- au terme d'une période maximum d'un an à la suite du décès ;
- le jour où le conjoint, partenaire ou concubin se remarie ou se marie ou souscrit un (nouveau) PACS.

La garantie indemnité de naissance éventuellement souscrite n'est maintenue au conjoint, partenaire ou concubin que pour vos enfants nés moins de 300 jours après votre décès.

Lorsque le contrat prévoit plusieurs formules de garanties, les garanties maintenues au titre du présent paragraphe et pendant toute la durée de ce maintien sont celles correspondant à la formule de garanties dont vous et vos ayants droit bénéficiez à la date de votre décès.

4.3. Dispositions applicables au terme du maintien de garanties accordé sans contrepartie de cotisation

Au terme du maintien des garanties prévu aux paragraphes 4.1 « En cas d'invalidité permanente et totale » et 4.2 « En cas de décès du salarié affilié » ci-dessus, nous vous adresserons si vous êtes invalide ou adresserons à vos ayants droit survivants si vous êtes décédé, une proposition de maintien de la couverture complémentaire santé, au plus tard dans le délai de 2 mois de la cessation de la période de maintien des garanties à titre temporaire prévu ci-dessus et sous réserve que vous-même ou vos ayants droit survivants, selon le cas, répondiez aux définitions de l'article 4 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

Les intéressés (vous-même si vous êtes invalide, vos ayants droit survivants si vous êtes décédé) devront accepter la proposition de maintien de la couverture complémentaire santé que nous leur faisons, au plus tard, au terme d'un délai de 6 mois suivant la cessation du maintien des garanties.

Dans tous les cas, les intéressés devront toutefois justifier avoir droit aux prestations en nature du Régime obligatoire de protection sociale à titre obligatoire ou personnel, à la date de cessation du maintien des garanties prévu aux paragraphes 4.1 « En cas d'invalidité permanente et totale » et 4.2 « En cas de décès du salarié affilié » précités.

L'entrée en vigueur de la couverture complémentaire santé que nous proposons à titre individuel prendra effet dans les conditions suivantes :

- dès la date d'effet de la cessation du maintien des garanties prévu ci-dessus dans le cadre du contrat collectif, sous réserve du paiement des cotisations correspondantes depuis cette date ;
- le jour où l'intéressé accepte la proposition que nous lui avons faite, dans le cas contraire.

5. ADHÉSION À UN CONTRAT INDIVIDUEL

Nous adresserons aux personnes cessant d'être garanties par le contrat et susceptibles de bénéficier des dispositions de l'article 4 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, une proposition de maintien de la couverture complémentaire santé, au plus tard dans le délai de 2 mois à compter de l'événement les plaçant dans une situation leur ouvrant droit au bénéfice des dispositions de l'article 4 de

la Loi n° 89-1009 précitée (date de cessation de votre contrat de travail, expiration de la période de maintien à titre temporaire des garanties du contrat collectif dont vous bénéficiez en tant qu'ancien salarié de votre entreprise, date de votre décès ou encore expiration de la période de maintien à titre temporaire des garanties du contrat collectif dont vos ayants droit survivants ont bénéficié en tant que tels).

Les personnes considérées visées par l'article 4 « Maintien des garanties sans contrepartie de cotisation » précité devront accepter la proposition de maintien de la couverture complémentaire santé que nous leur faisons, au plus tard, au terme d'un délai 6 mois suivant la date de l'événement considéré.

L'entrée en vigueur de la couverture complémentaire santé que nous proposons prendra effet dans les conditions suivantes :

- dès la date de la cessation des garanties du contrat collectif, sous réserve du paiement des cotisations depuis cette date ;
- le jour où l'intéressé accepte la proposition que nous lui faisons, dans le cas contraire.

Il convient de noter que si vous décédez alors que vous êtes bénéficiaire d'un maintien temporaire de garanties dans le cadre du contrat collectif en votre qualité d'ancien salarié de votre entreprise, vos ayants droit survivants qui étaient eux-mêmes bénéficiaires des garanties du contrat à la date de cet événement doivent nous faire la déclaration de votre décès dans un délai maximum de 30 jours à compter de sa date de survenance.

Article 17. Obligations de votre entreprise – Nos obligations

1. OBLIGATIONS DE VOTRE ENTREPRISE

1.1 À votre égard (en votre qualité d'affilié)

Votre entreprise doit :

- conformément aux dispositions de l'article L.141-4 du Code des assurances :
 - vous remettre, en votre qualité d'affilié, une notice que nous avons établie et qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre, (et composée, en ce qui concerne le contrat souscrit auprès de notre entreprise, des présentes conditions générales et des conditions particulières ci-annexées) ;
 - vous informer par écrit ainsi que vos ayants droit des modifications apportées à vos (leurs) droits et obligations ;
- vous prévenir ainsi que les ayants droit et les bénéficiaires d'un maintien de garanties, de la résiliation du contrat.

Par ailleurs, en application des dispositions de l'article L.141-3 du Code des assurances, votre entreprise doit vous adresser si vous n'avez pas acquitté une cotisation afférente au contrat, à votre charge au plus tôt 10 jours après la date du non-paiement de la cotisation considérée, une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre doit stipuler qu'à l'issue d'un délai de 40 jours à compter de cet envoi, vous et/ou vos ayants droit sont exclus du contrat d'assurance ou du bénéfice des couvertures facultatives en raison du non-paiement de la cotisation.

En tout état de cause, votre entreprise est tenue de nous payer, jusqu'à l'issue de cette procédure, la totalité des cotisations qui nous sont dues.

1.2 À notre égard

Votre entreprise doit notamment payer les cotisations ainsi qu'il est prévu à l'article 19 « Cotisation » et nous fournir les documents nécessaires à l'exécution du contrat tels que prévus contractuellement, concernant votre affiliation et, le cas échéant, l'inscription de vos ayants droit au contrat, le paiement des cotisations et, éventuellement, le règlement des prestations que nous devons au titre du contrat.

2. NOS OBLIGATIONS

2.1 À l'égard de votre entreprise

Nous nous engageons à remettre à votre entreprise, la notice mentionnée au paragraphe 1.1 « À votre égard (en votre qualité d'affilié) » ci-dessus ainsi qu'à lui communiquer les taux de cotisations applicables à compter du 1^{er} janvier de chaque nouvel exercice.

2.2 À l'égard des personnes assurées répondant aux définitions de l'article 4 de la loi « Evin » n° 89-1009 du 31 décembre 1989

Nous adresserons aux personnes susceptibles de bénéficier des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 cessant d'être garanties par le contrat, une proposition de maintien de la couverture complémentaire santé, au plus tard dans le délai de 2 mois à compter de l'événement entraînant la cessation des garanties du contrat collectif en leur faveur (cessation de votre contrat de travail, expiration de la période de maintien à titre temporaire des garanties du contrat collectif dont vous bénéficiez en tant qu'ancien salarié de votre entreprise, survenance de votre décès ou encore expiration de la période de maintien à titre temporaire des garanties du contrat collectif dont vos ayants droit survivants ont bénéficié à ce titre).

Article 18. Réclamation(s) – Médiation – Protection des données personnelles – Dématérialisation des échanges relatifs au contrat d'assurance – Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

L'ensemble des coordonnées des services et/ou sites internet visés au présent article est précisé aux conditions particulières.

1. RÉCLAMATION(S) – MÉDIATION

Une réclamation est l'expression orale ou écrite d'un mécontentement envers un professionnel. Une demande de service ou de prestation, d'information ou d'avis n'est pas une réclamation.

Pour toute réclamation relative à votre contrat d'assurance, vous pouvez vous adresser à votre interlocuteur habituel ou à votre Service de la Relation Clientèle par téléphone ou par courrier au numéro et à l'adresse identifiés aux conditions particulières attachées aux présentes.

S'il n'est pas donné satisfaction à votre réclamation orale, nous vous invitons à nous écrire.

En cas de réclamation écrite, nous accuserons réception de celle-ci dans un délai maximum de 10 jours ouvrables à partir de sa date d'envoi.

Notre réponse doit vous être apportée par écrit 2 mois au plus tard à compter de l'envoi de votre réclamation.

Si cette réponse ne vous satisfait pas, ou si aucune réponse ne vous a été apportée à l'issue de ces 2 mois, vous disposez du droit de saisir la Médiation de l'Assurance sur son site internet ou par courrier, sans préjudice du droit de saisir la justice.

Si vous le souhaitez, notre Service Réclamations est également à votre disposition via le site internet et par courrier aux adresses qui sont indiquées aux conditions particulières.

Les coordonnées de nos services et sites Internet ainsi que de la Médiation de l'Assurance visées au présent article sont précisées aux conditions particulières.

2. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Des données à caractère personnel sont recueillies par l'assureur à différentes étapes de ses activités commerciales ou d'assurance concernant les affiliés ou les personnes parties ou intéressées aux contrats.

Ces données personnelles sont traitées par l'assureur, en qualité de responsable de traitement, en conformité avec les réglementations en vigueur relatives au traitement de ces données et à la protection de la vie privée, notamment les dispositions

de la loi informatiques et libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement 2016/679 du 27 avril 2016). Les données personnelles sont conservées conformément à la durée nécessaire à l'exécution du contrat, puis archivées jusqu'à l'extinction des délais de prescription légaux applicables.

3. DROITS DES PERSONNES

Les personnes précitées disposent, en justifiant de leur identité :

- du droit de prendre connaissance des informations dont dispose l'assureur et de demander à les compléter ou les corriger (droits d'accès et de rectification) ;
- du droit de demander l'effacement de leurs données ou d'en limiter l'utilisation (droit de suppression des données ou de limitation) ;
- du droit de s'opposer à l'utilisation de leurs données, notamment concernant la prospection commerciale (droit d'opposition) ;
- du droit de récupérer les données qu'elles ont personnellement fournies à l'assureur pour l'exécution de leur contrat ou pour lesquelles elles ont donné leur accord (droit à la portabilité des données) ;
- du droit de définir des directives relatives à la conservation, l'effacement et la communication de leurs données après leur décès.

Ces droits peuvent être exercés par courrier postal, par courriel ou par internet, les coordonnées des services et sites concernés étant indiquées aux conditions particulières.

Concernant les données de santé, ces droits s'exercent par courrier postal auprès du Médecin-conseil de l'assureur dont les coordonnées figurent aux conditions particulières.

Les personnes concernées peuvent également formuler une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) si elles estiment que l'assureur a manqué à ses obligations concernant leurs données.

Dans le cadre de ses obligations, l'assureur est tenu de vérifier régulièrement que les données concernant les personnes sont exactes, complètes et à jour. À cette fin, l'assureur peut être amené à solliciter les personnes précitées pour vérifier ou compléter ces informations.

4. POURQUOI L'ASSUREUR COLLECTE-T-IL DES DONNÉES PERSONNELLES ?

Leur traitement est nécessaire à la passation, la gestion et l'exécution du contrat et des garanties, à la gestion des relations commerciales et contractuelles, à la gestion du risque de fraude ou à l'exécution de dispositions légales, réglementaires ou administratives en vigueur, selon les finalités détaillées ci-dessous.

4.1 Passation, gestion, exécution des contrats et gestion commerciale des clients et prospects

Les données recueillies par l'assureur à différentes étapes de la souscription ou de la gestion des contrats d'assurance sont nécessaires aux objectifs suivants :

- l'étude des besoins en assurance afin de proposer des contrats adaptés à chaque situation ;
- l'examen, l'acceptation, le contrôle et la surveillance du risque ;
- la gestion des contrats (de la phase précontractuelle à la résiliation du contrat), et l'exécution des garanties du contrat ;
- la gestion des clients ;
- l'exercice des recours, et la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'élaboration des statistiques et études actuarielles ;
- la mise en place d'actions de prévention ;
- le respect d'obligations légales ou réglementaires ;
- la conduite d'activités de recherche et développement dans le cadre de la vie du contrat.

Ces informations sont destinées, dans la limite de leurs attributions, au conseiller

ou contact habituel, aux services de l'assureur en charge de la gestion commerciale ou de la passation, gestion et exécution des contrats et à ses délégataires, intermédiaires, partenaires, mandataires, sous-traitants ou aux autres entités du Groupe Groupama dans le cadre de l'exercice de leurs missions.

Elles peuvent également être transmises s'il y a lieu aux organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, aux co-assureurs, réassureurs, organismes professionnels et fonds de garanties, ainsi qu'à toutes personnes directement ou indirectement intéressées au contrat et à son exécution, et à toutes personnes habilitées au titre de Tiers Autorisés (juridictions, arbitres, médiateurs, ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que services en charge du contrôle interne).

Des données de santé sont susceptibles d'être traitées dès lors qu'elles sont nécessaires à la passation, la gestion ou l'exécution des contrats d'assurance ou d'assistance. Ces informations sont traitées dans le respect de la confidentialité médicale et avec votre accord. S'agissant de protection sociale, les personnes concernées acceptent expressément ce recueil et les traitements nécessaires.

Elles sont exclusivement destinées aux médecins-conseil de l'assureur ou d'entités du Groupe Groupama en charge de la gestion des garanties, à son service médical ou aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement (notamment ses délégataires ou experts médicaux). Ces informations peuvent également être utilisées par des personnes habilitées au titre de la lutte contre la fraude.

En cas de conclusion d'un contrat, les données sont conservées pour la durée du contrat prolongée de la durée de gestion des éventuels sinistres ou litiges en cours, et jusqu'à expiration des délais légaux de prescription.

En l'absence de conclusion d'un contrat (données prospects) :

- les données de santé sont conservées 5 ans maximums à des fins probatoires ;
- les autres données pourront être conservées 3 ans maximums.

4.2 Prospection commerciale

L'assureur et les entreprises du Groupe Groupama (Assurances, Banque et Services) ont un intérêt légitime à mener des actions de prospection vers leurs clients ou prospects, et mettent en œuvre des traitements nécessaires à :

- la réalisation d'opérations relatives à la gestion des prospects ;
- l'acquisition des données relatives aux clients ou prospects dans le respect des droits des personnes ;
- la conduite d'activités de recherche et développement dans le cadre des activités de gestion de la clientèle et de prospection.

L'utilisation de certains moyens pour la réalisation des opérations de prospection est faite sous réserve de l'obtention de l'accord des prospects. Il s'agit de :

- l'utilisation de l'adresse email ou du numéro de téléphone pour la prospection électronique ;
- l'utilisation des données de navigation afin de proposer des offres personnalisées (voir notice cookies sur le site internet pour en savoir plus) ;
- la communication des données à des partenaires.

Toute personne peut s'opposer à tout moment à la réception de publicités par courrier, email ou téléphone auprès des services de l'assureur (voir ci-avant Droits des personnes).

Pour la prospection par téléphone ou par voie électronique (mail, SMS/MMS), les personnes précitées peuvent également s'opposer en réglant leurs préférences dans leur espace personnel ou à partir du lien de désabonnement prévu dans les envois de l'assureur.

Pour la prospection par téléphone, elles peuvent aussi s'opposer en s'inscrivant gratuitement sur la liste d'opposition BLOCTEL (www.bloctel.gouv.fr) qui interdit aux professionnels avec lesquels elles n'ont pas de relation contractuelle en cours de les démarcher par téléphone.

4.3 Lutte contre la fraude à l'assurance

Les personnes précitées sont également informées que l'assureur met en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de leur dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe Groupama.

Dans ce cadre, des données personnelles concernant les personnes précitées peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des entités du Groupe Groupama dans le cadre de la lutte contre la fraude. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

L'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance (ALFA) peut être destinataire de données à cette fin.

Les personnes sont également informées qu'ALFA met en œuvre un dispositif mutualisé des données des contrats d'assurance et des sinistres déclarés auprès des assureurs à des fins de lutte contre la fraude. Les droits sur ces données peuvent être exercés à tout moment par courrier à ALFA, 1, rue Jules Lefebvre - 75431 Paris Cedex 09.

Les données traitées pour la lutte contre la fraude sont conservées 5 ans maximums à compter de la clôture du dossier de fraude. En cas de procédure judiciaire, les données seront conservées jusqu'à la fin de la procédure, et à l'expiration des prescriptions applicables.

Les personnes inscrites sur une liste de fraudeurs présumés, seront désinscrites passé le délai de 5 ans à compter de l'inscription sur cette liste.

4.4 Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Pour répondre à ses obligations légales, l'assureur met en œuvre des traitements ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, ainsi que la mise en œuvre de mesures restrictives et de gel des avoirs.

Les données utilisées à cette fin sont conservées 5 ans minimum à compter de la réalisation des opérations ou de la fin de la relation d'affaires.

Le droit d'accès aux données relatives aux traitements mis en œuvre aux fins de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

4.5 Satisfaction/Qualité de services

Dans son intérêt et celui de ses clients, l'assureur mesure et cherche à améliorer continuellement la qualité de ses services et de ses offres. Des enquêtes de satisfaction peuvent notamment être réalisées.

Dans ce cadre, les échanges par courrier, e-mail ou téléphone entre l'assureur et les personnes précitées peuvent être enregistrés et analysés.

Les enregistrements téléphoniques sont conservés pour une durée maximale de 6 mois et les autres éléments nécessaires à l'amélioration de la qualité de services sont conservés pour une durée maximale de 3 ans.

4.6 Études, Statistiques

L'assureur et les entités du Groupe Groupama (ou leurs sous-traitants) sont également susceptibles d'utiliser et exploiter des données à caractère personnel concernant les personnes précitées à des fins statistiques ou d'études, en vue notamment de faire évoluer leurs offres de produits et services, de personnalisation de leurs relations avec l'intéressé.

Ces données peuvent être associées, combinées ou inclure des données personnelles concernant les personnes précitées, collectées automatiquement ou communiquées par la personne elle-même.

Elles peuvent également être combinées avec des données statistiques ou agrégées issues de différentes sources internes ou externes.

5. TRANSFERTS D'INFORMATIONS HORS DE L'UNION EUROPÉENNE

Les données personnelles sont traitées au sein de l'Union Européenne. Toutefois, des données peuvent faire l'objet de transferts vers des pays hors Union Européenne, dans le respect des règles de protection des données et encadrées par des garanties appropriées (ex : clauses contractuelles types de la commission européenne, pays présentant un niveau de protection des données reconnu comme adéquat...).

Ces transferts peuvent être effectués pour l'exécution des contrats, la lutte contre la fraude, le respect d'obligations légales ou réglementaires, la gestion d'actions ou contentieux permettant notamment à l'assureur d'assurer la constatation, l'exercice ou la défense de ses droits en justice ou pour les besoins de la défense des personnes concernées. Certaines données, strictement nécessaires à la mise en œuvre des prestations d'assistance, peuvent aussi être transmises hors de l'Union Européenne dans l'intérêt de la personne concernée ou de la sauvegarde de la vie humaine.

6. DÉMATÉRIALISATION DES ÉCHANGES RELATIFS AU CONTRAT D'ASSURANCE

6.1 Échanges dématérialisés avec la contractante et l'affilié

S'agissant des informations et documents relatifs au contrat, vous êtes informé que nous pouvons échanger de façon dématérialisée et notamment vous fournir ou mettre à votre disposition ces informations et documents sur support autre que le papier et notamment par courrier électronique et/ou via votre espace client sécurisé.

Par la communication de votre adresse électronique lors de la souscription ou en cours de contrat, vous reconnaissez que cette dématérialisation est adaptée à votre situation.

Vous pouvez, à tout moment, vous opposer à la dématérialisation et nous demander, par tout moyen, qu'un support papier soit utilisé et ce, sans frais à votre charge.

Pour ce faire, vous pouvez nous adresser un courrier ou un courrier électronique ou nous appeler. Vous pouvez également faire votre choix à partir de votre espace client sécurisé.

Vous vous engagez à nous informer sans délai de toute modification de votre adresse électronique et, plus généralement, de tout changement de votre situation pouvant avoir une quelconque incidence sur la gestion de votre contrat.

6.2 Mise à disposition d'un espace client sécurisé

Nous pouvons mettre à votre disposition un espace client sécurisé vous permettant :

- de prendre connaissance d'informations et de documents que nous déposons.
Il peut s'agir des informations et documents (notamment précontractuels ou contractuels) fournis sur support durable autre que le papier ou sur tout autre support et déposés dans l'espace client sécurisé afin que vous puissiez vous y reporter ;
- de bénéficier d'un service de consultation et de gestion de votre contrat.

6.2.1 Code d'accès

L'accès à l'espace client sécurisé se fait au moyen d'un code d'accès composé d'un identifiant et d'un mot de passe. Le mot de passe vous est communiqué de façon sécurisée sur la base des éléments d'identification fournis par vos soins.

Ce code d'accès confidentiel, strictement personnel, a pour fonction de vous identifier, permettant ainsi de garantir votre habilitation à consulter et à gérer votre contrat dans l'espace client.

Vous vous engagez à assurer la confidentialité de votre code d'accès.

En cas de perte ou de vol du code d'accès confidentiel, vous devez impérativement et sans délai nous en informer, afin qu'un nouveau mot de passe vous soit attribué.

Les conséquences directes ou indirectes résultant de l'absence d'opposition ou d'une opposition tardive seront de votre responsabilité exclusive.

En cas de négligence de votre part, vous êtes seul responsable de la consultation ou de l'accomplissement d'opérations de gestion résultant de l'utilisation frauduleuse, détournée ou non autorisée par un tiers de votre code d'accès confidentiel.

6.2.2 Acceptation des Conditions Générales d'Utilisation (CGU)

Lors de la première connexion à l'espace client sécurisé au moyen de votre code d'accès, vous devez prendre connaissance et accepter les conditions générales d'utilisation dudit espace client pour pouvoir effectuer l'ensemble des opérations de consultation et de gestion de votre contrat et pour prendre connaissance des informations et documents que nous mettons à votre disposition.

6.3 Convention de preuve

La présente convention de preuve s'applique :

- à la fourniture par nos soins d'informations ou de documents par courrier électronique envoyé à votre attention ;
- à la mise à disposition par nos soins d'information ou de documents sur l'espace client sécurisé ;
- aux opérations de consultation et de gestion de votre contrat que vous avez effectuées dans votre espace client sécurisé.

Vous, en tant qu'affilié, et nous-même, en qualité d'assureur, acceptons et reconnaissons mutuellement que :

- toute opération de consultation ou de gestion, et plus généralement toute opération effectuée dans votre espace client sécurisé, après authentification au moyen de votre code d'accès confidentiel sera réputée être effectuée par vous-même ;
- les informations contenues dans les écrans de consultation ou de gestion et liées aux opérations que vous avez réalisées dans votre espace client sécurisé et conservées informatiquement par nos services vous seront opposables et auront valeur de preuve ;
- concernant les échanges dématérialisés entre la contractante, l'affilié et nous-même, les données relatives à ces échanges et enregistrées dans notre système d'information seront opposables à la contractante et l'affilié et auront valeur de preuve. De manière générale, les données contenues dans notre système d'information vous sont opposables et auront valeur de preuve concernant l'application des dispositions du contrat.

7. LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

En tant qu'entreprise d'assurance, l'assureur est assujéti aux dispositions légales et réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme des dispositions des articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

L'assureur est ainsi tenu à des obligations d'identification, de connaissance de ses clients et de vigilance constante, qui justifient le recueil d'informations auprès de ses Clients.

Titre VI Cotisation

Article 19. Cotisation

1. FIXATION ET CALCUL DE LA COTISATION

Selon les indications figurant aux conditions particulières du contrat souscrit par votre entreprise, les garanties du contrat sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle fixée taxes actuelles comprises, qui peut être déterminée :

- soit en pourcentage du montant du plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- soit en pourcentage des salaires ou rémunérations annuel(le)s des affiliés, tel(le)s que défini(e)s aux conditions particulières ;

Dans ce dernier cas, les dispositions suivantes sont applicables :

- En cas de suspension de votre contrat de travail vous ouvrant droit à indemnisation par votre entreprise, l'assiette servant de base au calcul de la cotisation correspondra à celle du montant de l'indemnisation versée dans le cadre de la suspension de votre contrat de travail ;
- En cas de suspension de votre contrat de travail non indemnisée et maintien des garanties dans les conditions précisés à l'article 16. « Cessation de l'affiliation et des garanties » les cotisations sont dues sur les mêmes bases que celles prévues pour les affiliés en activité et seront indiquées aux conditions particulières ou par avenant.

Les cotisations afférentes aux garanties du contrat complémentaire santé souscrit par votre entreprise sont payables en France et en euros.

Toute taxe ou contribution de nature fiscale ou sociale qui deviendrait applicable au contrat souscrit par votre entreprise et dont la récupération ne serait pas interdite, serait payable en même temps que la cotisation et viendrait majorer le montant à nous payer.

2. AJUSTEMENT ANNUEL

La cotisation afférente aux garanties du contrat souscrit par votre entreprise est révisée au 1^{er} janvier de chaque année en fonction du taux d'accroissement annuel de la consommation médicale des comptes nationaux de la Santé et des résultats techniques enregistrés (rapport « sinistres à cotisations »).

À compter du jour où elle a connaissance d'une majoration des taux de cotisation applicables, votre entreprise aura la possibilité de résilier le contrat dans un délai de 30 jours.

De même à compter du jour où vous aurez connaissance d'une majoration des taux de cotisation relatifs aux couvertures facultatives que vous avez souscrites, vous aurez la possibilité de résilier ces couvertures dans un délai de 30 jours en adressant à l'assureur une lettre, un courrier électronique ou tout autre moyen prévu à l'article L.113-14 du Code des assurances. Un mois après la date d'expédition ou de remise de la notification, ces couvertures facultatives seront résiliées. Toutefois, si ce délai d'un mois expire au cours du 4^e trimestre de l'année en cours, la résiliation deviendra effective au 31 décembre, à 24 heures.

Il est précisé que le prorata de cotisation afférent à la période de garantie courue jusqu'à la date de résiliation est calculé sur l'ancien tarif et demeurera exigible.

3. PAIEMENT DES COTISATIONS

3.1 Modalités de paiement des cotisations par votre entreprise

Les cotisations versées par votre entreprise nous sont payables par trimestre, à terme échu.

3.2 Modalités de paiement par vous-même en tant qu'affilié des cotisations relatives aux couvertures facultatives que vous avez éventuellement souscrites

Lorsque ces dispositions sont applicables, elles font l'objet d'une mention en ce sens aux conditions particulières.

Nous appelons directement auprès de vous (en votre qualité d'affilié au contrat souscrit par votre entreprise), les cotisations relatives aux couvertures facultatives que vous avez éventuellement souscrites (formule de garanties optionnelles et/ou extension du bénéfice des garanties aux ayants droit).

Ces cotisations sont payables mensuellement et d'avance par prélèvement sur votre compte bancaire. La mise en œuvre de cette disposition nécessite que vous nous fournissiez conjointement à votre bulletin d'affiliation ou lors de la déclaration de changement de votre situation de famille, un mandat ou autorisation de prélèvement complété et signé ainsi que le Relevé d'Identité Bancaire correspondant.

Nous vous délivrerons alors un échéancier lors de votre souscription initiale d'une ou plusieurs des couvertures facultatives proposées dans le cadre du contrat complémentaire santé collectif souscrit par votre entreprise, puis ultérieurement au début de chaque nouvelle année civile d'assurance et ce, tant que les couvertures facultatives que vous avez souscrites demeureront en vigueur.

Cet échéancier indiquera les références de votre compte bancaire sur lequel les cotisations seront prélevées, le montant exprimé en euros des cotisations correspondantes aux couvertures facultatives que vous avez souscrites ainsi que les dates auxquelles ces cotisations seront prélevées. Ces montants en euros correspondent à la somme obtenue en appliquant le taux de cotisation afférent à chacune des couvertures facultatives que vous avez souscrites, au montant du salaire plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'année civile considérée.

En outre, **vous devrez nous faire directement et ce, dans un délai de 10 jours civils maximum, la déclaration de toute modification relative à vos coordonnées bancaires**, accompagnée des nouveaux mandat ou autorisation de prélèvement et Relevé d'Identité Bancaire correspondants.

Par ailleurs en cas de modification en cours d'année civile :

- des couvertures facultatives que vous avez souscrites, en raison d'un changement intervenu dans votre situation de famille,
- du tarif applicable aux couvertures facultatives que vous avez souscrites,
- des références de votre compte bancaire,
- de votre adresse,
- ou de votre état civil (mariage, divorce, conclusion ou rupture du PACS),

nous vous adresserons un nouvel échéancier pour la période de garanties restant à courir jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Votre demande de souscrire une garantie facultative prévue par le contrat sera irrecevable dans les cas suivants :

- si le mandat ou autorisation de prélèvement complété par vos soins et/ou votre Relevé d'Identité Bancaire ne sont pas joints à votre bulletin d'affiliation ou à votre déclaration de changement de situation de famille ;
- si ce mandat ou autorisation de prélèvement est incomplet ;
- en l'absence d'une parfaite identité entre les coordonnées du compte figurant sur le Relevé d'Identité Bancaire et celles indiquées sur le mandat ou autorisation de prélèvement automatique qui nous sont transmis.

Ces documents ne vous seront pas à nouveau réclamés lors de la modification des garanties facultatives que vous souscrivez, sous réserve que les documents qui nous ont été précédemment transmis demeurent valables.

4. DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

4.1 Défaut de paiement des cotisations par votre entreprise

Conformément aux dispositions de l'article L.113-3 du Code des assurances, à défaut de paiement par votre entreprise, d'une cotisation dans les 10 jours suivant son échéance et indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice, la garantie est suspendue 30 jours après la mise en demeure de payer résultant de l'envoi de notre part à votre entreprise, d'une lettre recommandée imposée par la réglementation et stipulant que 10 jours après l'expiration de ce délai, si la cotisation n'est pas acquittée, le contrat est résilié.

4.2 Défaut de paiement par vous-même (en tant qu'affilié) des cotisations relatives aux couvertures facultatives que vous avez éventuellement souscrites

Les dispositions ci-après sont applicables lorsque celles prévues au paragraphe 3.2 « Modalités de paiement par vous-même en tant qu'affilié des cotisations relatives aux couvertures facultatives que vous avez éventuellement souscrites » ci-dessus sont mises en œuvre au titre du contrat souscrit par votre entreprise.

En cas d'impossibilité de prélever tout ou partie des cotisations relatives aux couvertures facultatives que vous avez souscrites, sur votre compte bancaire à la date de prélèvement d'une échéance, nous sommes alors mandatés par votre entreprise pour vous adresser en application des dispositions de l'article L.141-3 du Code des assurances, au plus tôt 10 jours après la date de non-paiement de votre part, de la (ou des) cotisation(s) considérée(s), une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre stipulera qu'à l'issue d'un délai de 40 jours à compter de son envoi, l'ensemble des couvertures facultatives que vous avez souscrites sera résilié en raison du non-paiement des cotisations y afférant.

Au plus tard dans les 8 jours suivant l'envoi de cette lettre de mise en demeure, nous adresserons à votre entreprise, une lettre l'informant du non-paiement par vos soins des cotisations afférentes aux couvertures facultatives que vous avez souscrites et de l'envoi à votre attention de la lettre recommandée de mise en demeure imposée par la réglementation. A cet égard, il est rappelé que jusqu'à la

résiliation effective des couvertures facultatives que vous avez souscrites, votre entreprise est tenue de nous payer la totalité des cotisations qui nous sont dues.

Toutefois, en cas de paiement par vos soins de l'ensemble des cotisations échues que nous avons appelées et qui restent dues de votre part, avant la date de résiliation effective des couvertures facultatives que vous avez souscrites, la résiliation annoncée dans la lettre de mise en demeure deviendrait alors sans objet et les couvertures facultatives souscrites continueraient de produire leurs effets dans les conditions normales du contrat.

Titre VII Révision

Article 20. Révision

Les garanties sont définies en prenant en considération la réglementation du Régime obligatoire de protection sociale français en vigueur lors de la souscription du contrat par votre entreprise.

Si ultérieurement, une nouvelle réglementation ou les dispositions prises par l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie en application des dispositions législatives ou réglementaires alors en vigueur entraînent une modification des engagements de votre entreprise et/ou des nôtres, les dispositions suivantes seront applicables en cours d'exercice selon le contexte et les contraintes réglementaires :

- lorsque la révision est motivée par la nécessité de conserver au contrat complémentaire santé souscrit par votre entreprise, son caractère « responsable » :
 - nous indiquerons à votre entreprise les modifications nécessaires pour conserver au contrat son caractère « responsable ».

En cas de refus par votre entreprise des modifications que nous lui avons indiquées, nous résilierons le contrat.

- lorsque la modification du contrat complémentaire santé souscrit par votre entreprise est motivée par d'autres évolutions de la législation ou réglementation de la Sécurité sociale :
 - nous procéderons à l'ajustement de la cotisation. En cas de refus de cet ajustement par votre entreprise, nous pourrions résilier le contrat. Toutefois, nous nous réservons aussi la faculté d'établir notre remboursement en référence à la législation en vigueur lors de la souscription du contrat.

Annexe 1 Dispositions générales de la garantie casse et réparation des prothèses dentaires

1. OBJET DE LA GARANTIE

Nous garantissons pour une période 10 ans, à compter de la date de réalisation définitive des prothèses, les prothèses dentaires conjointes et adjointes en résine réalisées pour les personnes garanties par le contrat (soit vous-même et vos ayants droit inscrits au contrat) dès lors que les intéressées restent assurées sans interruption par le contrat.

Les travaux prothétiques doivent **obligatoirement** :

- avoir fait l'objet d'un devis ;
- avoir été effectués par un chirurgien-dentiste membre du réseau des professionnels de santé Sévéane ;
- avoir fait l'objet d'une note d'honoraires détaillée ayant permis l'édition d'un certificat de garanties remis à la personne assurée.

Si l'ensemble de ces conditions ne sont pas remplies, la garantie n'intervient pas.

2. CE QUI EST GARANTI

- pour les prothèses conjointes : en cas de casse, le remplacement à l'identique de la prothèse, tel que mentionné sur le certificat de garantie remis à la personne assurée, aux frais réels déclarés par le chirurgien-dentiste membre du réseau des professionnels de santé Sévéane, au jour de la nouvelle réalisation prothétique ;
- pour les prothèses adjointes en résine : pour leur réadaptation ou la casse de la base résine, le versement d'une prestation de 150 €, dans la limite des frais réels, pour les appareillages adjoints réalisés chez un chirurgien-dentiste membre du réseau des professionnels de santé Sévéane.

• Prothèses concernées

- Pour les prothèses conjointes : toutes les couronnes, bridges.
- Pour les prothèses adjointes : les appareillages entièrement réalisés en résine.

• Réalisation

La pose initiale de la prothèse, le remplacement ou la réparation de la prothèse devra obligatoirement être réalisé chez un chirurgien-dentiste membre du réseau des professionnels de santé Sévéane.

Pour les bridges, le remplacement devra être effectué à l'identique.

• Remboursement

Le remboursement interviendra après réception de la note d'honoraires.

3. FONCTIONNEMENT DE LA GARANTIE

La garantie est accordée pour les prothèses que nous avons intégralement ou partiellement prises en charge.

Le certificat de garantie comportant la période de validité, le descriptif précis de la prothèse, sa localisation (le numéro de la dent en cas de prothèse conjointe) et son prix devra être fourni. Il accompagnera le devis du chirurgien-dentiste membre du réseau des professionnels de santé Sévéane, qui réalisera les travaux de réparation. Ceux-ci ne peuvent commencer qu'après réponse de notre part, qui interviendra à compter de la date de réception du dossier, dans un délai de 7 jours ouvrés maximum. Ce délai peut être supérieur à 7 jours ouvrés si nous demandons un examen dentaire réalisé par un chirurgien-dentiste désigné par nos soins. Nous pouvons être amenés à réclamer toutes pièces que nous jugerons utiles.

La garantie n'est accordée qu'une seule fois pour une même prothèse.

Elle est accordée à défaut d'intervention de la garantie d'assurance responsabilité civile professionnelle du chirurgien-dentiste membre du réseau des professionnels de santé Sévéane lorsque cette responsabilité est susceptible d'être engagée.

4. EXCLUSIONS

Sont exclus de par la nature de la garantie :

Pour les prothèses conjointes :

- toute nouvelle réalisation prothétique faisant suite à une dépose de la prothèse garantie pour cause de reprise de carie ou infection apicale ;
- les implants ;
- les Inlays core.

Pour les prothèses adjointes :

- tous actes autres que la casse de la prothèse en résine ;
- les stellites.

Sont exclus par ailleurs :

- Les dommages esthétiques liés à la rétraction gingivale et à l'usure de la prothèse.

Nous pouvons également refuser la mise en jeu de la garantie casse et réparation si la personne assurée :

- transmet une fausse déclaration ;
- n'est plus assurée par le présent contrat ;
- refuse de se soumettre à l'éventuel examen dentaire demandé par l'assureur.

Annexe 2 Maintien des garanties aux anciens salariés dans le cadre de la portabilité (article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale)

L'affiliation au contrat et les garanties qu'il prévoit vous sont maintenues dans les conditions précisées ci-après, si le contrat de travail conclu avec votre entreprise est rompu et si vous répondez aux conditions ci-dessous.

1. CONDITIONS DU MAINTIEN DES GARANTIES

Les garanties du contrat vous sont maintenues en tant qu'ancien salarié de votre entreprise, sous réserve que cette dernière vous ait déclaré auprès de nous en tant que tel et que vous remplissiez les conditions cumulatives suivantes :

- le droit à couverture au titre du contrat souscrit par votre entreprise doit vous avoir été ouvert avant la date de cessation du contrat de travail qui vous liait à celle-ci ;
- votre contrat de travail doit être rompu, ainsi donne droit à maintien de garanties :
 - tout licenciement **sauf en cas de faute lourde**,
 - la rupture conventionnelle du contrat de travail,
 - la rupture du contrat de travail pendant la période d'essai,
 - l'arrivée à terme du CDD,
 - la rupture pour motif légitime et sérieux du CDD à objet défini,
 - la démission légitime,
 - la démission visée au II de l'article L.5422-1 du Code du travail,
 - la rupture du contrat d'apprentissage ou en alternance ;
- la cessation de votre contrat de travail doit vous ouvrir droit à prise en charge par le régime de l'assurance chômage, quelle que soit l'origine de cette cessation.

En tant qu'ancien salarié de votre entreprise, vous bénéficiez du maintien des garanties du contrat aux mêmes clauses et conditions que les salariés en activité chez votre ancienne entreprise affiliés au contrat. Toute modification des garanties intervenant au cours de la période de maintien des garanties est applicable aux bénéficiaires de ce maintien.

Ce maintien des garanties s'étend à vos ayants droit s'ils sont inscrits au contrat collectif complémentaire santé à la date de cessation de votre contrat de travail.

Lorsque le contrat souscrit par votre entreprise prévoit plusieurs formules de garanties, les garanties maintenues au titre des présentes dispositions et pendant toute la durée du maintien des garanties qu'elles prévoient sont celles correspondant à la formule de garanties applicable tant à vous-même qu'à vos ayants droit inscrits au contrat, à la date de cessation ou de rupture de votre contrat de travail.

2. PRISE D'EFFET ET DURÉE DU MAINTIEN DES GARANTIES

La prise d'effet du maintien des garanties est fixée à la date de cessation de votre contrat de travail.

La durée de ce maintien est égale à celle de votre période d'indemnisation par l'assurance chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs, que vous avez conclu(s) avec votre entreprise. Cette durée est appréciée en nombre de mois, le cas échéant, arrondie au nombre supérieur. **La durée de ce maintien ne peut toutefois excéder 12 mois.**

Si à la date d'effet du contrat ou à la date de votre entrée dans l'effectif affiliable, vous bénéficiez du maintien des garanties dans le cadre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité Sociale, en tant qu'ancien salarié de votre entreprise, les dispositions suivantes seront alors applicables :

- le maintien des garanties prendra effet à la date de votre affiliation au contrat, objet de la présente notice ;
- la durée de ce maintien est, en tout état de cause, limitée à la durée fixée à la date de cessation de votre contrat de travail et restant à courir à compter de la date de votre affiliation au contrat, objet de la présente notice.

3. CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES

Le maintien des garanties cesse :

- à l'issue de la période indiquée au paragraphe 2. « Prise d'effet et durée du maintien des garanties » ci-dessus ;
- si vous êtes radié des listes des bénéficiaires du régime de l'assurance chômage, à la date à laquelle vous cessez de bénéficier du régime de l'assurance chômage,

et en tout état de cause :

- à la date de liquidation de votre pension d'assurance vieillesse du Régime obligatoire de protection sociale y compris pour inaptitude au travail,
- à la date de résiliation du contrat collectif. Dès que le contrat est résilié, il ne peut être maintenu dans ses effets à titre individuel.

Dès lors que la cessation du présent maintien des garanties pour l'une des quatre causes mentionnées ci-dessus nous est déclarée, nous vous adresserons sous réserve que vous répondiez aux définitions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, une proposition de maintien de la couverture complémentaire santé, au plus tard dans le délai de 2 mois à compter de la cessation de la période de maintien des garanties à titre temporaire prévu par les présentes dispositions. Vous devrez accepter la proposition de maintien de la couverture complémentaire santé que nous vous faisons, au plus tard, au terme d'un délai de 6 mois suivant la cessation du maintien des garanties. Dans tous les cas, vous devrez en outre justifier avoir droit aux prestations en nature du Régime obligatoire de protection sociale à titre obligatoire ou personnel, à la date de cessation du maintien des garanties prévu par les présentes dispositions.

L'entrée en vigueur de la couverture complémentaire santé que nous vous proposons prendra effet :

- dès la date d'effet de la cessation du maintien des garanties prévu ci-dessus dans le cadre du contrat collectif, sous réserve du paiement des cotisations correspondantes depuis cette date ;
- le jour où vous acceptez la proposition que nous vous avons faite, dans le cas contraire.

En outre, le maintien des garanties cesse également :

- dès que vous retrouvez un emploi, même à temps partiel, quelle que soit la durée de cette reprise d'activité.

Le maintien des garanties cesse pour vos ayants droit comme il est indiqué ci-dessus pour vous-même et en tout état de cause aux dates limites fixées spécifiquement pour chacun d'eux à la notice d'information du contrat souscrit par votre entreprise ainsi qu'en cas de survenance de votre décès.

Dans ce dernier cas, les dispositions du paragraphe 5. « Adhésion à un contrat individuel » de l'article 16 ci-avant concernant les ayants droit survivants seront applicables.

4. RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Vous devez pouvoir justifier, pendant toute la durée du maintien des garanties, de votre prise en charge par le régime de l'assurance chômage. Ainsi à notre demande, ou lors de la demande de règlement des prestations, outre les documents prévus au contrat nécessaires à ces règlements, vous devrez transmettre la justification de votre prise en charge par le régime de l'assurance chômage (dernier décompte des allocations chômage perçues, en principe) et, le cas échéant, celles des indemnités journalières qui vous sont versées par le Régime obligatoire de protection sociale.

À défaut de production de ce justificatif, nous pourrions refuser ou suspendre la prise en charge des prestations.

5. FINANCEMENT DU MAINTIEN DES GARANTIES

Il est précisé qu'aucune cotisation ne peut vous être réclamée, en tant qu'ancien salarié de votre entreprise, à compter de la date de cessation du contrat de travail qui vous liait à cette dernière, pour le financement du maintien des garanties prévu ci-dessus.

6. VOS OBLIGATIONS À NOTRE ÉGARD AU TITRE DU PRÉSENT MAINTIEN DES GARANTIES

À la date de cessation du contrat de travail qui vous liait à votre entreprise, vous vous engagez, en tant qu'ancien salarié de cette dernière, à nous adresser, les documents suivants :

- une copie du certificat de travail qui vous a été délivré par votre entreprise ;
- une attestation de votre prise en charge par l'assurance chômage (France Travail).

Postérieurement à votre admission au bénéfice du maintien des garanties prévu par les présentes dispositions, vous vous engagez à :

- nous informer dès que vous en avez connaissance, de la cessation du service à votre profit des allocations prévues par le régime de l'assurance chômage, notamment en nous transmettant l'information qui vous a été délivrée par cet organisme,
- nous déclarer toute reprise d'une activité professionnelle de votre part, même à temps partiel et quelle que soit la durée de cette reprise,
- nous déclarer, la perte par un des membres de votre famille inscrits au contrat, de la qualité d'ayant droit au sens du contrat (en cas de divorce, rupture du PACS, cessation du concubinage, perte par un enfant de la qualité d'enfant à charge au sens du contrat) et ce, dès que l'événement considéré intervient, au moyen de l'imprimé que nous vous avons fourni à cet effet.

7. OBLIGATIONS DE VOTRE ENTREPRISE

Votre entreprise s'engage :

- à nous déclarer chacun de ses anciens salariés remplissant les conditions de maintien des garanties, dans les 10 jours suivant la date de cessation de son contrat de travail ;
- à signaler le présent maintien de garanties sur le certificat de travail remis aux anciens membres de son personnel et à informer ces derniers, par écrit, des modifications apportées à leurs droits et obligations postérieurement à la cessation de leur contrat de travail ainsi que de la résiliation du contrat.

Groupama Gan Vie

Société anonyme au capital de 1 371 100 605 € - RCS Paris 340 427 616 - APE : 6511Z
Siège social : 8-10 rue d'Astorg - 75383 Paris Cedex 08 - Tél. : 01.44.56.77.77

Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09

Les produits d'assurance de Groupama Gan Vie sont notamment distribués par
Gan Assurances et, sous la marque Gan Eurocourtage par les courtiers et Gan Prévoyance

