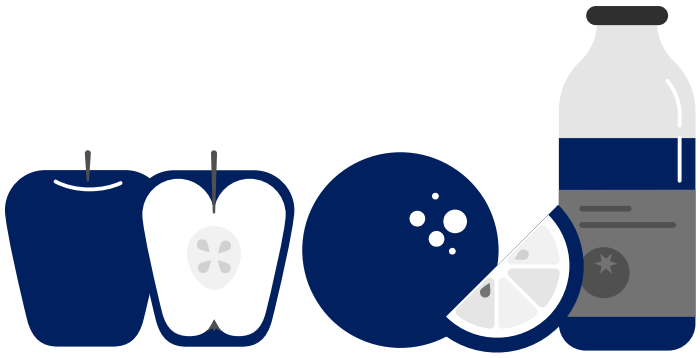
proxigood

Santé collective



Commerce de détail alimentaire non spécialisé (IDCC 1505)

C O N D I T I O N S G É N É R A L E S

Notice d'information du produit PROXIGOOD

(Valant Conditions Générales)

Souscrit auprès de SMATIS FRANCE – 6 rue du Piave – 16 900 Angoulême,
immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° 781 166 293, Mutuelle régie par le Livre 2 du Code de la Mutualité
Distribué par HOWDEN COLLECTIVES CONSEIL - SARL au capital de 10 000 €
Tour Carpe Diem – 31 place des Corolles – 92400 Courbevoie – RCS 534 059 092 – N° ORIAS 12065002
SG Santé – HSCG | SAS au capital de 457 340 € | N° ORIAS 15 001 350
Immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 493 349 682 | Siège social : Tour Carpe Diem – 31 place des Corolles – 92400 Courbevoie

SOMMAIRE

PRÉAMBULE **3**
GLOSSAIRE ET DÉFINITIONS **4**
I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES **7**
1.1 Objet du contrat **7**
1.2 Éléments régissant le contrat **7**
1.3 Territorialité **7**
1.4 Application et durée du contrat **8**
1.5 Incontestabilité **8**
1.6 Prescriptions **8**
1.7 Protection des données personnelles **9**
II – CONDITIONS D'AFFILIATION DES ADHÉRENTS **10**
2.1 Adhésion de l'entreprise **10**
2.2 Prise d'effet et durée de l'adhésion d'entreprise **10**
2.3 Obligations de l'entreprise adhérente **10**
2.4 Affiliation des salariés et de leurs ayants droit **11**
2.4.1 Caractère obligatoire de l'affiliation 11
2.4.2 Affiliations des salariés 11
2.4.3 Affiliations des ayants droit 11
2.4.4 Prise d'effet des affiliations 12
III – GARANTIES ET EXCLUSIONS **13**
3.1 Nature des garanties **13**
3.2 Exclusions **14**
IV - SUSPENSION ET CESSATION DES GARANTIES **15**
4.1 Suspension des garanties **15**
4.2 Cessation des garanties **15**
4.2.1 Termes de l'affiliation d'un salarié 15
4.2.2 Termes de l'affiliation des ayants droit 16
V - MAINTIEN DES GARANTIES **17**
5.1 Maintien des garanties au titre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité Sociale **17**
5.1.1 Les obligations de l'entreprise adhérente 17
5.1.2 Les obligations de l'ancien salarié 17
5.1.3 Durée du maintien des garanties 17
5.2 Maintien des garanties au titre de l'article 4 de la Loi Evin **18**
VI - RÈGLEMENT DES PRESTATIONS **19**
6.1 Liste des documents justificatifs obligatoires **19**
6.2 Tiers-payant **20**
6.3 Prise en charge hospitalière **20**
6.4 Subrogation **20**
6.5 Contrôle **21**
VII - COTISATIONS **22**
7.1 Taux de cotisation **22**
7.2 Cotisations au titre de la garantie de base **22**
7.3 Cotisations au titre de la garantie optionnelle **23**
7.2 Sanctions en cas de non-paiement des cotisations **23**
VIII - RÉVISION DU CONTRAT **24**
IX - RÉSILIATION **24**
X – DISPOSITIONS DIVERSES **25**
10.1 Réclamations **25**
10.2 Autorités de contrôle **25**
10.3 Répétition de l'indu **25**
10.4 Espace client sur internet **26**

PREAMBULE

Le présent contrat d'assurance est un contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit auprès de SMATIS France par les entreprises relevant la **Branche « Commerce de détail alimentaire non spécialisé »** et distribué par HOWDEN Collectives Conseil. Il est régi par le Code de la Mutualité.
Le présent contrat a pour objet la mise en œuvre des garanties Frais de Santé dans un cadre collectif et obligatoire au profit du personnel défini aux Conditions Particulières.

SMATIS France : Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité - SIREN n° 781 166 293 Siège social 6 rue du Piave 16 900 Angoulême qui assure les garanties Frais de Santé.

SMATIS France est également désignée par le terme **« Organisme Assureur »** dans les présentes Conditions Générales.

HOWDEN COLLECTIVES CONSEIL - Société de courtage d'assurances exerçant sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), dont le siège social est situé Tour Carpe Diem – 31 place des Corolles – 92400 Courbevoie - SARL au capital de 10 000 € – Numéro SIREN 534 059 092. Intermédiaire en assurance enregistré à l'ORIAS sous le numéro 12065002.

HOWDEN COLLECTIVES CONSEIL est également désignée par le terme le **« Distributeur »** dans les présentes Conditions Générales.

SG Santé – HSCG est l'organisme gestionnaire de ce contrat d'assurance par délégation de l'Organisme Assureur. **SGSanté – HSCG** est une SAS au capital de 457 340 €, dont le siège social est situé Tour Carpe Diem – 31 place des Corolles – 92400 Courbevoie - RCS de Nanterre 493 349 682 - Intermédiaire en assurance enregistré à l'ORIAS sous le numéro 15 001 350.

SG Santé – HSCG est également désignée par le terme le **« Gestionnaire »** dans les présentes Conditions Générales.

L'entreprise adhérente est la personne morale, qui souscrit au présent contrat d'assurance.

Le contrat d'assurance est un contrat de type **« solidaire » et « responsable »,** c'est-à-dire qu'il s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux conformément aux dispositions des articles L871-1 et L862-4 du code de la Sécurité Sociale et des décrets d'application (articles R871-1 et R871-2 du code de la Sécurité Sociale).

Les garanties couvrent au minimum à hauteur de 100% de la Base de Remboursement les frais de santé donnant lieu à remboursement de la Sécurité Sociale (y compris le remboursement du Régime Obligatoire d'assurance maladie). De même, aucune exclusion mentionnée au sein des présentes Conditions Générales ne saurait s'appliquer aux obligations de prise en charge prévues aux articles L.871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

En conséquence, les garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant le « contrat responsable et solidaire ». Il en sera de même pour les niveaux de cotisations.

Afin de vous faciliter la compréhension de ces Conditions Générales, un Glossaire comportant les définitions des différents termes utilisés, figure en pages suivantes.

Assurance Maladie Obligatoire : régimes obligatoires français, couvrant tout ou une partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

Assuré : le salarié de l'entreprise adhérente entrant dans la catégorie de personnel couverte aux Conditions Particulières, ainsi que les anciens salariés bénéficiaires du maintien des droits au titre de la portabilité (art. L.911-8 du Code de la Sécurité sociale)

Auxiliaires Médicaux : professionnels paramédicaux, à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues…

Avenant : document signé de l'organisme assureur formalisant une modification de votre contrat, qui s'appliquera dès la date d'effet de celui-ci.

Ayants droit : membres de la famille d'un assuré (son conjoint et ses enfants) bénéficiaires des garanties du contrat.
Les ayants droit sont :

- Le conjoint (est assimilé au conjoint le Partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité ou le concubin vivant maritalement avec l'assuré).
- Les enfants de l'assuré et ceux de son conjoint, à condition :
  - o d'être âgés de moins de 21 ans,
  - o d'être âgés de moins de 28 ans s'ils justifient de la poursuite de leurs études dans l'enseignement secondaire, supérieur, professionnel ou sont sous contrat d'apprentissage, poursuivent une formation professionnel en alternance dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion, d'un contrat de professionnalisation, ou dans le cadre d'une inscription au CNED (Centre national d'enseignement à distance) ; à la recherche d'un premier emploi et inscrits à PÔLE-EMPLOI en qualité de primo demandeurs d'emploi. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi.
  - o quel que soit leur âge si l'enfant est reconnu handicapé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Base de Remboursement (BR) : assiette servant de base de calcul aux prestations en nature du Régime Obligatoire d'assurance maladie et à celle de l'organisme assureur.

Bénéficiaire : personnes qui bénéficient des garanties du contrat. Il s'agit du salarié (ou ancien salarié bénéficiaire de la portabilité) entrant dans la catégorie du personnel assurée et, le cas échéant, les ayants droit du salarié.

Conditions Particulières : précisent les caractéristiques propres à l'adhésion concernée, notamment la nature et le niveau des garanties, les catégories de personnel assurées, la date de prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise ainsi que les taux de cotisation et le cas échéant, les clauses spécifiques.

Consultation médicale : examen d'un patient par un médecin généraliste ou spécialiste, généralement effectué dans un cabinet médical.

Demande de prise en charge : demande formulée auprès de l'organisme gestionnaire, avant d'engager certaines dépenses (hospitalisation, prothèses dentaires, …), permettant de vérifier que les soins envisagés sont bien couverts par la garantie, et le cas échéant, de demander à bénéficier d'une dispense d'avance des frais. En pratique, c'est souvent le professionnel de santé ou l'établissement qui effectue cette démarche pour le compte de l'assuré, sur la base d'un devis.

Devis : document présentant les soins et prestations proposés et leur prix de manière préalable à leur achat ou à leur réalisation.
Quand les professionnels de santé envisagent de facturer des honoraires supérieurs à 70 € comportant un dépassement, ils doivent présenter un devis préalable au patient.
Les opticiens et audioprothésistes doivent également présenter un devis. Celui-ci permet de connaître à l'avance le montant total des dépenses. Ils ne peuvent refuser de fournir ce document.

Dépassement d'honoraires : part des honoraires qui se situe au-delà de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire d'assurance maladie et qui n'est jamais remboursée par cette dernière. Un professionnel de santé doit fixer le montant de ses dépassements d'honoraires « avec tact et mesure », et en informer préalablement son patient.
Le contrat d'assurance peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements selon les garanties choisies.

Entreprise adhérente : personne morale qui adhère au présent contrat d'assurance.

Forfaits et plafonds : sommes maximales ou limites auxquelles le bénéficiaire peut prétendre pour certaines garanties. Les forfaits et plafonds indiqués aux tableaux de garanties sont exprimés par type de prise en charge (ex : X €/dent, X €/verre) et/ou par période (jour/semestre/année).

Le montant des forfaits ainsi que les plafonds annuels se calculent par année d'assurance, sauf :

- le forfait optique qui se renouvelle à compter de la date d'achat du dernier équipement par

période de 2 ans pour les bénéficiaires de 16 ans et plus et par période d'un an pour les bénéficiaires de moins de 16 ans (sauf dégradation de la vision (0.5 pour 1 verre ou 0.25 pour les 2 verres)).

- Pour les aides auditives qui se renouvelle à compter de la date d'achat du dernier équipement par période de 4 ans

Les plafonds et forfaits annuels non consommés ne se reportent pas d'une année sur l'autre.

Forfait journalier ou hospitalier : participation du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation qui ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire. L'assureur prend en charge ce forfait dans les conditions et limites prévues au contrat.

Frais d'accompagnement : frais correspondant aux facilités (lit, repas, etc..) mises à disposition d'une personne qui accompagne un patient hospitalisé et reste auprès de lui le temps de l'hospitalisation.
Ces frais facturés par l'établissement de santé ne sont pas remboursés par le Régime Obligatoire d'assurance maladie, mais peuvent être pris en charge par le contrat d'assurance.

Frais réels : frais réellement engagés et justifiés.

Frais de séjour : frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses. En fonction du statut de l'établissement, ces frais de séjour peuvent ne pas inclure les honoraires médicaux et paramédicaux qui seront alors facturés à part.

Franchise : somme déduite des remboursements effectués par le Régime Obligatoire d'assurance maladie sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires sauf en cas d'urgence. Ces franchises sont susceptibles d'être modifiées par la loi et ses règlements d'application.

Ces franchises ne sont pas prises en charge par le contrat d'assurance.

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.
Le chirurgien-dentiste pratique le plus souvent des dépassements sur ces actes, il est donc judicieux de lui demander un devis avant qu'il effectue ces soins.

Maternité : état de la femme lui permettant de bénéficier des prestations de l'assurance maternité.

Médecin traitant : il s'agit du médecin généraliste ou spécialiste déclaré par le patient auprès du Régime Obligatoire d'assurance maladie. Il réalise les soins de premier niveau et assure une prévention personnalisée. Il coordonne les soins et oriente, si besoin, le patient vers d'autres professionnels de santé. Il tient à jour le dossier médical du patient.

Nomenclature : les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par le Régime Obligatoire d'assurance maladie et les conditions de leur remboursement. Les principales nomenclatures sont les suivantes :

- pour les actes réalisés par les sages-femmes et auxiliaires médicaux, ainsi que les actes cliniques des médecins (consultations, visites), il s'agit de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP),
- pour les actes techniques médicaux et paramédicaux (actes de chirurgie, anesthésie…), 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 de Groupes Homogènes de Séjours (GHS).

Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) :, le Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) vient remplacer le Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Une nouvelle option spécifique est également ouverte aux médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique, avec une valorisation directe de l'acte (DPTAM-CO).

Parcours de soins : circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné et être remboursés normalement, sans diminution du montant de leur remboursement.
Organisé autour du médecin traitant, le parcours de soins coordonnés concerne tous les bénéficiaires d'un Régime Obligatoire d'assurance maladie âgés de plus de 16 ans.
Est considéré comme étant dans le parcours de soins coordonnés le patient qui consulte en premier lieu le médecin traitant qu'il a déclaré auprès du Régime Obligatoire d'assurance maladie (ou son remplaçant).
Entrent également dans le parcours de soins tous actes auprès :

- d'un autre médecin en cas d'urgence ou d'éloignement du domicile principal,
- d'un autre médecin dit « correspondant » auquel il a été adressé par son médecin traitant,
- d'un spécialiste en accès direct, à savoir : les ophtalmologues, les gynécologues, les stomatologues et les psychiatres et neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans.

Sauf les exceptions prévues à l'article L. 162-3-5 du Code de la Sécurité Sociale, en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés par le patient, une majoration du Ticket Modérateur restant à charge

de celui-ci est appliquée, à titre de sanction, par le Régime Obligatoire d'assurance maladie.

Le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale - PMSS : plafond de référence fixé annuellement par arrêté publié au Journal Officiel. Ce plafond peut servir de base au calcul des prestations.
Sa valeur peut être consultée sur le site : www.securite-sociale.fr

Prescription : délai à l'issue duquel le titulaire d'un droit ne dispose plus d'action pour le faire-valoir.

Prestations en nature : remboursement des frais médicaux ou paramédicaux engagés par le salarié assuré ou ses ayants droit.

Régime Obligatoire d'assurance maladie : régime obligatoire de Sécurité Sociale français des travailleurs salariés ou Mutualité Sociale Agricole ou tout autre régime spécial légalement obligatoire de garanties sociales de salariés, et éventuellement le Régime Obligatoire d'assurance maladie des Travailleurs Non -Salariés pour le conjoint, partenaire ou concubin du salarié assuré ou le régime de Sécurité Sociale des étudiants pour les enfants à charge.
Le Régime Obligatoire d'assurance maladie dont bénéficie chacune des personnes assurées par le contrat est désigné sous le terme "Régime Obligatoire d'assurance maladie" ("RO" en abrégé).

Reste à charge : part des dépenses de santé qui reste à la charge du patient après le remboursement du Régime Obligatoire d'assurance maladie. Il est constitué : du ticket modérateur, de la participation forfaitaire d'un euro et des éventuelles franchises, étant rappelé qu'elles ne sont pas prises en charge par le contrat d'assurance, des éventuels dépassements d'honoraires.

Secteur conventionné : le secteur conventionné regroupe l'ensemble des professionnels ayant adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants syndicaux de la profession.

- **Le secteur 1** : regroupe l'ensemble des médecins appliquant le tarif fixé par la convention. Les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés, sauf en cas de demande particulière du patient telle qu'une consultation en dehors des horaires d'ouverture du cabinet médical.
- **Le secteur 2** : regroupe l'ensemble des médecins autorisés à pratiquer des honoraires libres avec « tact et mesure ».

Ils ont l'obligation d'afficher de manière « lisible et visible », dans leur salle d'attente, leur secteur d'activité, leurs honoraires et le montant d'au moins cinq prestations les plus couramment pratiquées.
Les dépassements d'honoraires ne sont pas pris en compte par l'assurance maladie obligatoire mais peuvent être pris en charge par le contrat d'assurance en fonction du niveau de garanties choisi.

Secteur non conventionné : le secteur non conventionné regroupe l'ensemble des professionnels n'ayant pas adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants syndicaux de la profession.
Ces professionnels sont autorisés à pratiquer des honoraires libres. En conséquence, le remboursement des actes par l'assurance maladie obligatoire est minoré.

Subrogation : substitution de l'organisme assureur ou de son délégataire de gestion dans les droits du bénéficiaire, lorsqu'il a été indemnisé, contre le(s) tiers responsable(s) du dommage.

Tacite reconduction : renouvellement automatique de l'adhésion. Lorsque l'adhésion au contrat n'est pas résiliée en temps voulu, elle est automatiquement renouvelée pour une durée d'un an.

Tarif de responsabilité : cf. définition Base de Remboursement.

Tarif forfaitaire de responsabilité : mesure créée par le ministère de la Santé pour promouvoir la vente des médicaments génériques qui, s'ils sont écartés au profit de médicaments de marque plus onéreux, impose au bénéficiaire des soins de régler la différence de prix entre le médicament de marque et le médicament générique et lui interdit de bénéficier du tiers-payant.

Ticket Modérateur : différence entre la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et le montant du remboursement qu'elle effectue, déduction faite des éventuelles franchises ou participations applicables. Cette part des frais médicaux est laissée à la charge des assurés. En fonction de la garantie souscrite, l'assureur peut prendre en charge tout ou partie de cette somme. La participation forfaitaire et la franchise mentionnées à l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité Sociale, ainsi que le dépassement d'honoraires ne sont pas pris en compte dans le calcul du Ticket Modérateur.

Tiers-payant : dispositif qui dispense le patient de faire l'avance de tout ou partie de ses frais de santé dans les conditions et limites des garanties souscrites. Le Régime Obligatoire d'assurance maladie et l'organisme assureur ou son délégataire de gestion règlent directement les professionnels de santé qui le pratiquent et avec lesquels des conventions ont été passées.

1.1 OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet le remboursement de frais médicaux et chirurgicaux occasionnés par un accident, une maladie ou une maternité, en complément des prestations versées par un Régime Obligatoire d'assurance maladie français. Les remboursements interviennent dans la limite des frais réels exposés et des garanties choisies par l'entreprise adhérente.

La formule de garantie souscrite ainsi que les limites de remboursement de l'organisme assureur figurent, pour chaque poste de frais, dans les Conditions Particulières. Il ne saurait y avoir de compensation entre les différents postes pour appliquer ces limites.

Seuls les frais engagés après le début de la garantie seront pris en charge.

Le fait générateur de l'assurance étant contractuellement défini comme la date à laquelle les soins pour lesquels les frais ont été engagés, ont été dispensés. Les soins dispensés après la cessation de la garantie ne sont jamais remboursés même s'ils résultent d'un événement antérieur à cette cessation.

1.2 ÉLÉMENTS RÉGISSANT LE CONTRAT

Le contrat est régi par :

- Le **Code de la Mutualité.**
- Les présentes **Conditions Générales**, qui définissent l'ensemble des garanties assurées et les obligations réciproques.
- Les **Conditions Particulières,** qui décrivent la nature des garanties souscrites, les catégories de personnels assurées, la date de prise d'effet de l'adhésion, ainsi que le taux de cotisation et le cas échéant les clauses spécifiques. Elles complètent ces Conditions Générales.

Les Conditions Générales et Conditions Particulières constituent la Notice d'Information telle que prévue à l'article L221-6 du Code de la Mutualité.

- **Les annexes 1, 2, 3 et 4 aux Conditions Particulières** relatives aux conditions de la garantie assistance santé et des services santé proposés par SMATIS (ITELIS, ANGEL, PREVENTELIS, MY EASYSANTE, etc…) ces annexes font l'objet de documents séparés)

1.3 TERRITORIALITÉ

Les garanties ne sont acquises qu'au personnel des entreprises adhérentes appartenant à la catégorie assurée et éventuellement leurs ayants droit exerçant leur activité en France Métropolitaine ou en Corse. Elles s'exercent cependant dans le monde entier (hors pays formellement déconseillés par le gouvernement français dont la liste est publiée sur le site internet www.diplomatie.gouv.fr) pour le personnel détaché de l'entreprise adhérente dont les séjours n'excèdent pas **120 jours** par année civile, dès lors que les frais médicaux engagés sont pris en charge par le Régime Obligatoire d'assurance maladie. Le règlement est effectué en France et en euros dans la limite des remboursements prévus au contrat.

Elles ne couvrent pas les salariés expatriés.

Cependant les remboursements de soins exceptionnellement reçus à l'étranger suite à un séjour temporaire sont couverts :

- s'ils sont pris en charge par le Régime Obligatoire d'assurance maladie français,
- et que des factures détaillées et leurs traductions correspondantes sont fournies par l'assuré.

1.4 APPLICATION ET DURÉE DU CONTRAT

Le contrat est conclu auprès de l'Organisme Assureur et a pris prend effet dès sa signature. Il expire le 31 décembre de l'année de sa prise d'effet et se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année suivante, sauf résiliation par l'une des parties au moins 2 mois avant le terme du contrat par lettre recommandée avec avis de réception.

Les dispositions du présent contrat pourront être modifiées à l'initiative de l'Organisme Assureur par voie d'avenant.

Dans le cas où une décision législative ou réglementaire entraîne une modification des conditions préexistantes d'assurance ou de la portée des engagements de l'organisme assureur, ce dernier procédera à la révision de votre contrat afin de ne pas rompre l'équilibre du contrat et garantir la mise en conformité des obligations des parties à la réglementation.

Jusqu'à la date d'effet de cette révision, les dispositions antérieures continueront de s'appliquer à votre contrat, sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

En cas de désaccord sur cette révision, chacune des parties pourra mettre fin au contrat selon les modalités ci-dessous :

- A l'initiative de l'entreprise en adressant à l'Organisme Assureur sa notification de résiliation selon les modalités prévues à l'Article IX des présentes Conditions Générales. La résiliation prendra alors effet un mois après la réception de cette notification, sauf si la notification est envoyée moins d'un an après la première souscription du contrat. Dans ce cas, la résiliation prendra alors effet à la fin du trimestre civil au cours duquel la notification nous a été envoyée.
- A l'initiative de l'Organisme Assureur, en notifiant la résiliation par lettre recommandée. La résiliation prendra alors effet à la fin du trimestre civil suivant la date d'envoi de la lettre recommandée, le cachet de la poste faisant foi.

1.5 INCONTESTABILITÉ

Les Conditions Particulières établies selon les déclarations de l'entreprise adhérente, lors de son adhésion sont incontestables dès qu'elles ont pris existence, sauf effet des dispositions relatives à la fausse déclaration prévues par les articles L221-14 (fausse déclaration intentionnelle) et L221-15 (fausse déclaration non intentionnelle) du Code de la Mutualité.

1.6 PRESCRIPTIONS

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi.

Toutes actions dérivant des présents contrats se prescrivent dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions et sous les réserves prévues aux articles L221-11 et L221-12 du Code de la Mutualité.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription prévues aux articles 2240 à 2246 du Code Civil sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il se prescrit (art 2240 du Code Civil),
- une citation en justice, même en référé, ou portée devant une juridiction incompétente (l'interruption produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance), ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (art 2241 du Code Civil),
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (art 2244 du Code Civil),
- 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 le délai de prescription contre tous les autres, même leurs héritiers (art 2245 du Code civil),
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre

la caution (art 2246 du Code Civil).

L'interruption de la prescription de l'action peut résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Organisme Assureur à l'entreprise adhérente en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par le bénéficiaire à l'Organisme Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

L'interruption efface le délai de prescription acquis et fait courir un nouveau délai de même durée que l'ancien.

La suspension de la prescription en arrête temporairement le cours sans effacer le délai déjà acquis, les causes de suspension étant régies par les articles 2234 à 2239 du Code civil.

Le point de départ du délai de prescription de l'action judiciaire en restitution de cotisation est le jour où l'adhérent a eu connaissance du refus de l'assureur de faire droit à sa faculté de renonciation.

Quand l'action du bénéficiaire contre l'Organisme Assureur 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 l'adhérent ou a été indemnisé par ce dernier.

1.7 PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données à caractère personnel concernant les salariés et leurs ayants droit sont recueillies dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution de l'adhésion de l'entreprise adhérente. L'organisme assureur, et le gestionnaire agissent en qualité de responsable de traitement.

Ces informations peuvent aussi faire l'objet :

- de traitements à des fins de gestion commerciale des clients et des prospects, sauf opposition de la part de l'assuré,
- de traitements de contrôle interne,
- de traitements spécifiques et d'informations aux autorités compétentes dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur et notamment celles relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme,
- de traitements de lutte contre la fraude à l'assurance qui peuvent entraîner une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude,
- les données sont destinées à SG Santé, responsable des traitements, et pourront être transmises, dans les limites de leurs habilitations, aux entités, et partenaires qui lui sont contractuellement liés et à des organismes professionnels.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au règlement n°2016-1679, dit « Règlement Général sur la Protection des Données » (RGPD), l'adhérent, le salarié et ses ayants droit peuvent demander communication et rectification de toute information les concernant sur tout fichier à l'usage du Gestionnaire et/ou de l'Organisme Assureur. Pour cela, l'adhérent et le salarié disposent, en justifiant de leur identité, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motifs légitimes, en s'adressant par courrier à :

DPO HSCG / SG Santé
Tour Carpe Diem – 31 place des Corolles
92400 Courbevoie

Ou en s'adressant au Délégué à la Protection des Données de l'organisme assureur, à l'adresse postale : 6 rue du piave – CS 90000 – 16 920 Angoulême Cedex 9 ou par e-mail l'adresse suivante : dpo@smatis.fr

Échanges de données informatisées :
L'assuré et ses ayants droit sont référencés dans les fichiers de l'Assurance Maladie et peuvent bénéficier des traitements d'échanges informatisés entre le Gestionnaire et le Régime Obligatoire d'assurance maladie dans le cadre des conventions passées entre ces organismes. Les salariés et leurs ayants-droit assurés ont la possibilité, conformément à la législation en vigueur, de renoncer aux échanges entre le Gestionnaire et le Régime Obligatoire d'assurance maladie, en exprimant leur refus au moyen d'une lettre adressée au Gestionnaire.

II – CONDITIONS D'AFFILIATION DES ADHÉRENTS

2.1 ADHÉSION DE L'ENTREPRISE

Le présent contrat, établi sur la base des déclarations de l'entreprise adhérente, donne lieu à l'émission de Conditions Particulières.

L'entreprise adhérente s'engage à respecter les formalités de mise en place d'un régime de frais médicaux complémentaire conformément aux dispositions prévues à l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Elle choisit de faire bénéficier des garanties de ce contrat, soit à l'ensemble de ses salariés, soit au personnel salarié appartenant à la catégorie de personnel définie aux Conditions Particulières et, le cas échéant, les ayants droit de ces salariés.

Les garanties souscrites par l'entreprise adhérente et le montant des prestations correspondantes, qui s'appliquent à l'ensemble des bénéficiaires du contrat, sont explicitement mentionnés aux Conditions Particulières.

2.2 PRISE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION DE L'ENTREPRISE

L'adhésion prend effet à la date indiquée aux Conditions Particulières et expire le 31 décembre de l'année de sa prise d'effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties, moyennant le respect d'un préavis de deux mois.

2.3 OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHÉRENTE

À l'adhésion, l'entreprise adhérente s'engage à :

- **Inscrire la totalité des salariés présents dans l'entreprise, appartenant à la catégorie de personnel définie aux Conditions Particulières**, sauf cas de dispense prévus par la Loi, et ceci pour l'ensemble des garanties souscrites,
- **Transmettre à l'Organisme Assureur via le Gestionnaire le Bulletin Individuel d'Affiliation** de chacun des salariés appartenant à la catégorie de personnel à assurer, dûment complété par le salarié, accompagné des pièces justificatives demandées, et visé par l'entreprise.
- **Remettre à chaque salarié la Notice d'Information** qui précise les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur et d'application et les formalités à accomplir en cas de sinistre, ainsi que les statuts de la Mutuelle conformément à l'article L221-6 du Code de la Mutualité,
- **Régler les cotisations à leurs échéances**, suivant les modalités fixées au paragraphe 7 des présentes Conditions Générales.

Pendant sa période d'adhésion, l'entreprise adhérente s'engage à transmettre au gestionnaire, dans les 30 jours qui suivent toute modification :

1) **Les Bulletins Individuels d'Affiliation** des nouveaux salariés appartenant à la catégorie de personnel assurée à la suite de leur embauche dans la catégorie de personnel assurée,
2) **La liste des modifications survenues dans la composition du personnel assuré**, en indiquant les nom et prénom du(des) salarié(s) concerné(s), les dates d'entrée ou de sortie ainsi que le motif du départ de l'entreprise adhérente ou du collège assuré, les périodes et le motif de suspension du contrat de travail
3) **Le bulletin de modification** d'affiliation du salarié,
4) **Tout document relatif aux cas de départ des salariés** tels que définis au paragraphe « SUSPENSION ET CESSATION DES GARANTIES ».

L'entreprise adhérente s'engage également à informer par écrit les salariés des modifications de leurs droits et obligations, notamment lorsqu'il s'agit d'une réduction des garanties, d'une modification tarifaire ou d'une résiliation du contrat, conformément à la réglementation en vigueur.

LE NON-RESPECT DES OBLIGATIONS PRÉCITÉES ENGAGE LA RESPONSABILITÉ DE L'ENTREPRISE ADHÉRENTE VIS-À-VIS DES SALARIÉS, EN VERTU DE L'ARTICLE 12 DE LA LOI N° 89-1009 DU 31 DÉCEMBRE 1989 ET DE L'ARTICLE L221-6 DU CODE DE LA MUTUALITÉ

2.4 AFFILIATION DES SALARIÉS ET DE LEURS AYANTS DROIT

2.4.1. CARACTÈRE OBLIGATOIRE DE L'AFFILIATION

L'entreprise adhérente doit obligatoirement assurer l'ensemble de ses salariés, hormis ceux dispensés tels que définis par la loi ou par l'acte de droit du travail (dans les conditions prévues à l'article R.242-1-6 du Code de la Sécurité sociale).

Les affiliations individuelles sont établies d'après les déclarations de l'entreprise adhérente faites au moment de l'adhésion au contrat collectif de frais médicaux complémentaire.

Seuls les salariés couverts par le Régime Obligatoire d'assurance maladie et dont le contrat de travail est en cours lors de la mise en place du régime ou postérieurement à celui-ci, peuvent bénéficier des dispositions du présent contrat.

2.4.2. AFFILIATION DES SALARIÉS

Sont couverts au titre de la présente adhésion :

- Tous les salariés appartenant à la catégorie de personnel définie aux Conditions Particulières, sauf cas de dispense,
- Les salariés nouvellement embauchés ou qui, du fait d'un changement de catégorie professionnelle postérieur à la date d'effet du présent contrat, se trouvent dans la catégorie de personnel définie aux Conditions Particulières.

2.4.3. AFFILIATION DES AYANTS DROIT

L'entreprise adhérente peut faire bénéficier des garanties de la présente adhésion **à titre obligatoire** :

- Soit aux salariés à l'exclusion de leurs ayants droit,
- Soit aux salariés et conjointement à leurs ayants droit.

Le choix de l'entreprise adhérente est clairement défini dans l'acte fondateur du régime de frais médicaux complémentaire et dans les Conditions Particulières.

Lorsque la couverture des ayants droit est rendue obligatoire par l'entreprise, la déclaration des ayants droit est effectuée par le salarié sur son Bulletin Individuel d'Affiliation.

Lorsque la couverture des ayants droit n'est pas obligatoire, le salarié peut souscrire, pour ses ayants droit, la même garantie que la sienne. Les cotisations dues au titre de la couverture des ayants droit sont, sauf dispositions contraires propres à l'entreprise adhérente, entièrement à la charge du salarié.

Elles sont recouvrées par prélèvement bancaire selon les modalités indiquées dans les Conditions Particulières.

Les salariés ayant adhéré à la garantie de base obligatoire peuvent, **lorsque cette faculté est prévue dans les Conditions Particulières, adhérer, à titre facultatif, à la garantie optionnelle**, définie aux Conditions Particulières. Dans ce cas, les ayants droit bénéficient des mêmes garanties et services que les salariés eux-mêmes et dans les mêmes conditions.

2.4.4. PRISE D'EFFET DES AFFILIATIONS

Les garanties prennent effet :

- À la date de prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise figurant aux Conditions Particulières pour les salariés présents à l'effectif de la catégorie de personnel assurée lors de la mise en place de l'adhésion de l'entreprise au contrat complémentaire frais médicaux de groupe,
- Pour les salariés embauchés postérieurement à la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise, dans la catégorie de personnel assurée : à leur date d'embauche, sous réserve que la déclaration d'affiliation soit faite dans les 30 jours qui suivent l'embauche, ou au plus tôt le 1er jour du mois de la réception du Bulletin Individuel d'Affiliation du salarié,
- Pour les salariés changeant de catégorie professionnelle postérieurement à la date d'effet de l'adhésion et qui se retrouvent dans la catégorie de personnel assurée : à la date du changement de catégorie de personnel, sous réserve que la déclaration d'affiliation soit faite dans les 30 jours qui suivent le changement de situation,
- Pour les ayants droit : à la même date que celle du salarié assuré ou
    - à la date de modification de la situation familiale en cas de naissance d'enfant(s), sous réserve que la déclaration d'affiliation soit faite dans les 30 jours qui suivent le changement de situation.
    - au 1er jour du mois suivant la modification de la situation de famille en cas de mariage, de conclusion d'un PACS, de concubinage, sous réserve que la déclaration d'affiliation soit faite dans les 30 jours qui suivent le changement de situation,
    - à chaque 1er janvier, sous réserve d'en faire la demande avant le 31 octobre.

Les affiliations individuelles sont établies d'après les déclarations de l'entreprise adhérente (liste du personnel) et des salariés recueillis sur les Bulletins Individuels d'Affiliation ou de modification d'affiliation.

L'Organisme Assureur ne peut se trouver engagé que par les déclarations et pièces transmises par l'entreprise adhérente au Gestionnaire.

III – GARANTIES ET EXCLUSIONS

L'adhésion au contrat a pour objet le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés par le salarié et éventuellement ses ayants droit, pendant la période d'assurance des bénéficiaires.

Le calcul des prestations se fera en fonction de la Base de Remboursement retenue pour chaque acte médical par le Régime Obligatoire d'assurance maladie ou dans certains cas où le Régime Obligatoire d'assurance maladie n'intervient pas, en fonction des forfaits définis dans les Conditions Particulières.

Les garanties couvrent les suites des états pathologiques survenus antérieurement à l'adhésion à ce contrat et à l'affiliation des salariés et éventuellement de ses ayants droit dans la limite du champ d'application des garanties souscrites.

3.1 NATURE DES GARANTIES

Les actes pris en compte par l'Organisme Assureur sont définis par référence à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou, lorsqu'elle demeure applicable, à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) de la Sécurité Sociale française, y compris lorsque les frais médicaux sont engagés dans un pays étranger pour lequel le Régime Obligatoire d'assurance maladie accepte d'accorder des prestations.

Toutes les prestations versées au titre de la présente adhésion au contrat viennent en complément de celles versées par le Régime Obligatoire d'assurance maladie français des assurés. Le tableau des garanties est indiqué aux Conditions Particulières.

Les niveaux de garanties et les limites de prestations, choisis par l'entreprise adhérente et pris en charge par l'Organisme Assureur via le Gestionnaire, sont indiqués aux Conditions Particulières.

Seuls les frais médicaux figurants dans les Conditions Particulières (tableau de garanties) peuvent donner lieu à remboursement par l'Organisme Assureur via le Gestionnaire. Dès lors que le remboursement par l'Organisme Assureur est plafonné, la limite doit s'entendre par an et par bénéficiaire, sauf dispositions spécifiques figurant aux Conditions Particulières

La garantie de base correspond au niveau de garantie minimum défini par la réglementation en vigueur au jour de l'adhésion de l'entreprise. Le tableau des garanties choisies par l'entreprise adhérente fait partie intégrante des Conditions Particulières.

Le contrat respecte les conditions du contrat « responsable »

- A ce titre la Mutuelle prend obligatoirement en charge :
  - l'intégralité de la participation de l'assuré (ticket modérateur), sur les tarifs servant de base à la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par cette dernière.

    Par exception, n'est pas obligatoirement pris en charge le ticket modérateur sur les frais de cure thermale, les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15% ou à 30% et pour les spécialités et préparations homéopathiques.
  - les prestations liées à la prévention,
  - le forfait journalier hospitalier prévu à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale, (cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé). A contrario, n'est pas concerné par cette obligation, le forfait facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD),
  - les frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour les équipements du panier de soins 100 % santé :
    - en optique médicale dans la limite des prix limites de vente des montures et des verres de classe A fixés par la liste des produits et prestations mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale,
    - en audiologie, dans la limite des prix limites de vente des aides auditives de classe I fixés par la liste des produits et prestations mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale,

- pour les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée, dans la limite des honoraires limites de facturation, fixés par la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie.

La prise en charge des frais de santé au-delà du ticket modérateur est plafonnée lorsque les honoraires, tarifs et prix de vente sont supérieurs au tarif de prise en charge par l'assurance maladie.

Au titre du contrat responsable, les salariés bénéficient d'un mécanisme de tiers-payant les dispensant de l'avance des frais, dans les conditions prévues à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale.

- **Les interdictions de prise en charge au titre du contrat responsable sont notamment les suivantes :**
  - **la participation forfaitaire due par l'assuré social pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale,**
  - **la franchise appliquée à certains produits et prestations,**
  - **la majoration de la participation supportée par l'assuré lorsqu'il n'a pas désigné de médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés.**

La couverture respecte également le critère solidaire (article L.862-4 du Code de la Sécurité sociale) : l'organisme assureur ne recueillant pas, au titre du contrat, d'informations médicales auprès de l'assuré.

3.2. EXCLUSIONS

Ne sont pas garanties les dépenses médicales consécutives :

- à des soins engagés avant la date d'adhésion du salarié ou après celle de cessation des garanties : la date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes du Régime Obligatoire d'assurance maladie,
- à des actes ne figurant pas à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (sauf ceux figurant dans le tableau des garanties),
- à des traitements ayant un but esthétique ou de rajeunissement, sauf ceux pris en charge par le Régime Obligatoire
- aux frais personnels et accessoires (suppléments éventuels pour téléphone, télévision, ...) en cas d'hospitalisation,

IV - SUSPENSION ET CESSATION DES GARANTIES

4.1. SUSPENSION DES GARANTIES

En cas de suspension du contrat de travail indemnisée

Les membres participants dont le contrat de travail est suspendu pour maladie, maternité ou accident ou activité partielle, bénéficient du maintien de leur garantie, dès lors qu'ils perçoivent durant cette période :

- D'un maintien total ou partiel de leur salaire,
- D'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur,
- D'un revenu de remplacement versé par leur employeur,

Le maintien des garanties reste accordé en contrepartie du versement de l'intégralité de la cotisation prévue au contrat.

En cas de suspension du contrat de travail non-indemnisée :

Pour les périodes de suspension du contrat de travail ne faisant pas l'objet d'une indemnisation, les garanties sont maintenues dans les conditions prévues au contrat d'assurance dès lors que le contrat de travail est suspendu pour cause de maladie, maternité ou accident.

Pour les autres cas, les garanties sont suspendues. Elles pourront toutefois faire l'objet d'un maintien sous réserve d'une demande écrite du souscripteur.

Dans cette hypothèse le maintien des garanties reste accordé en contrepartie du versement de la cotisation,

4.2. CESSATION DES GARANTIES

4.2.1. TERME DE L'AFFILIATION D'UN SALARIÉ

Garantie de base obligatoire

L'affiliation d'un salarié prend fin et les garanties cessent à la survenance de l'un des événements suivants :

- Résiliation de la présente affiliation par l'entreprise adhérente ou du fait de l'Organisme Assureur selon les modalités prévues par le contrat et les dispositions du Code de la Mutualité (résiliation au 31 décembre de l'année en cours ou résiliation pour non-paiement),
- Départ du salarié de l'entreprise adhérente, sauf application des dispositions relatives au maintien des garanties dans le cadre de l'article L. 911- 8 du Code de la Sécurité Sociale,
- Sortie du salarié de la catégorie de personnel assurée ou perte des conditions permettant aux salariés et leurs ayants droit de bénéficier des garanties de frais médicaux suite à une modification de situation,
- Liquidation de la retraite du Régime Général, à l'exception des salariés reprenant, sans interruption de fait, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès de l'entreprise adhérente,

Garantie optionnelle facultative

Lorsque cette garantie est souscrite par l'entreprise, le membre participant peut résilier son adhésion à une option facultative dans les conditions suivantes :

- En cas de modification de la couverture : dans les conditions prévues à l'article L.221-6 du Code de la Mutualité, il pourra dénoncer son adhésion en cas de modification de sa couverture en raison de ces modifications, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice d'information tenant compte de ces modifications,
- En cas de modification de la situation de famille, au 1er jour du mois suivant la modification de la situation de famille, sous réserve que la demande de modification soit reçue dans les 30 jours qui suivent ladite date

- A l'échéance annuelle après l'expiration d'un délai d'un an : le membre participant peut résilier son adhésion facultative annuellement à sa date d'échéance (31 décembre) sous réserve d'en notifier la décision à HOWDEN COLLECTIVES CONSEIL par tous support prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la Mutualité (lettre simple, support durable, lettre recommandée, etc.) en respectant un délai de préavis de deux mois (soit avant le 31 octobre),

La ré-adhésion à la Garantie optionnelle ainsi résiliée ne sera plus possible.

La résiliation de la Garantie optionnelle n'entraine pas la résiliation de la Garantie de base obligataire, laquelle reste en vigueur.

4.2.2. TERME DE L'AFFILIATION DES AYANTS DROIT

L'affiliation des ayants droit prend fin en cas de cessation des garanties du salarié. Elle cesse également, sous réserve des Conditions Particulières :

- Au premier jour du mois civil suivant la date à laquelle les ayants droit ne remplissent plus les conditions leur permettant de bénéficier du statut d'ayant-droit,
- Au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de radiation accompagnée de l'attestation de l'Organisme Assureur, pour les ayants droit justifiant d'une couverture à titre obligatoire par ailleurs, sous réserve des dispositions règlementaires en vigueur et à la condition que l'acte mettant en place les garanties le prévoit,
- Au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le salarié assuré demande la radiation des ayants droit dans le cas d'une adhésion facultative sans changement de situation. Cette demande de radiation doit être adressée à l'Organisme Assureur via le Gestionnaire au plus tard le 31 octobre de la même année par lettre recommandée. La demande adressée à l'Organisme Assureur via le Gestionnaire après le 31 octobre est de nul effet. Le cas échéant, elle doit être renouvelée avant le 31 octobre de l'année suivante pour prendre effet au 31 décembre de cette même année.
- Il est précisé que la résiliation par le salarié de la Garantie optionnelle entraine de plein droit, la résiliation de l'affiliation de ses ayants droit.

La radiation des ayants-droits est définitive et leur ré-affiliation ne sera plus possible, sauf modification de la situation de famille.

V - MAINTIEN DES GARANTIES

En cas de rupture du contrat de travail, les garanties sont maintenues sous certaines conditions, aux anciens salariés de la catégorie de personnel assurée.

5.1. MAINTIEN DES GARANTIES AU TITRE DE L'ARTICLE L. 911-8 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE – « PORTABILITÉ DES DROITS »

L'article L. 911-8 du Code de la Sécurité Sociale rend obligatoire pour l'entreprise adhérente le maintien des garanties frais médicaux aux salariés assurés et à leurs ayants droit en cas de rupture de leur contrat de travail (sauf pour faute lourde), à condition que cette rupture ouvre droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise.

Le maintien de ces garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

Le maintien des garanties est effectif sans condition de période probatoire ni examen ou questionnaire médical.

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

Le salarié doit justifier régulièrement auprès de l'Organisme Assureur via le Gestionnaire de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage et du versement des allocations d'assurance chômage pour continuer à bénéficier du maintien des garanties.

La mutualisation est le seul mode de financement du dispositif du maintien des garanties de frais médicaux.

5.1.1. LES OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHÉRENTE

1) Vis-à-vis des salariés dont le contrat de travail est rompu, l'entreprise a obligation d'indiquer dans le certificat de travail du salarié partant les mentions relatives au maintien des garanties de base obligatoire.
2) Vis-à-vis du de l'Organisme Assureur via le Gestionnaire, l'entreprise a obligation d'informer du départ du salarié, au plus tard dans les 30 jours qui suivent la date de cessation du contrat de travail,

L'Organisme Assureur via le Gestionnaire se réserve le droit de récupérer auprès de l'ancien salarié les prestations versées à tort.

5.1.2. LES OBLIGATIONS DE L'ANCIEN SALARIÉ

À l'égard de l'Organisme Assureur via le Gestionnaire, l'ancien salarié doit l'informer dès qu'il en a connaissance, de toute modification de sa situation mettant fin au droit à maintien des garanties (reprise d'activité, cessation du versement des allocations chômage).

5.1.3. DURÉE DU MAINTIEN DES GARANTIES

Le maintien des garanties cesse selon les modalités et durées suivantes :

- À l'issue de la période maximum de maintien,
- Dès que le bénéficiaire retrouve un emploi et n'est plus indemnisé par l'Assurance Chômage (qu'il bénéficie ou non d'une couverture dans le cadre de ce nouvel emploi),
- En cas de radiation des listes du Pôle Emploi,
- En cas de liquidation de la pension de retraite.

L'Organisme Assureur via le Gestionnaire se réserve le droit de récupérer auprès de l'ancien salarié les prestations versées à tort.

5.2. MAINTIEN DES GARANTIES AU TITRE DE L'ARTICLE 4 DE LA LOI EVIN

Conformément aux dispositions prévues par l'article 4 de la Loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les garanties de frais médicaux peuvent être maintenues sur demande de l'ancien salarié ou de ses ayants droit par l'adhésion à titre individuel à un contrat de frais médicaux complémentaire, sans condition de période probatoire, ni d'examens ou questionnaires médicaux, au profit des personnes suivantes :

- les anciens salariés, bénéficiaires de prestations d'incapacité ou d'invalidité tant qu'ils bénéficient des prestations du Régime Obligatoire d'assurance maladie, et leurs éventuels ayants-droits qui étaient couverts par leur intermédiaire,
- les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite, et leurs éventuels ayants-droits qui étaient couverts par leur intermédiaire,
- les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement, et leurs éventuels ayants-droits qui étaient couverts par leur intermédiaire,
- les ayants droit qui étaient couverts par l'intermédiaire du salarié décédé (pendant son contrat de travail). Dans ce cas, l'entreprise adhérente doit informer l'Organisme Assureur via le Gestionnaire du décès du salarié.

La demande de maintien des garanties doit être faite à l'Organisme Assureur via le Gestionnaire dans les 6 mois qui suivent :

- soit la fin de la période de maintien des garanties, si le salarié bénéficie de ce dispositif suite à la rupture de son contrat de travail,
- soit la date de rupture de son contrat de travail, s'il ne bénéficie pas du dispositif de maintien des garanties,
- soit la date du décès du salarié.

Dans tous les cas, le Gestionnaire, par délégation de l'Organisme Assureur, dispose d'un délai de 2 mois (qui suivent la fin de la période de maintien des garanties ou la date de rupture du contrat de travail) pour adresser à l'ancien salarié une proposition de couverture santé, à titre individuel, sans condition de période probatoire, ni examen ou questionnaire médical, selon les conditions tarifaires contractuelles.

Les garanties prennent effet le lendemain de la demande d'adhésion à titre individuel sous réserve du paiement des cotisations correspondantes.

Les garanties restent acquises :

- ✓ de façon viagère, pour les anciens salariés,
- ✓ pendant 12 mois maximum, aux ayants droit du salarié à partir du décès de celui-ci (s'ils étaient couverts par le présent contrat à la date du décès du salarié). L'employeur doit informer l'Organisme Assureur via le Gestionnaire du décès du salarié afin que celui-ci adresse à ses ayants droit, une proposition de couverture santé à titre individuel dans un délai de 2 mois à compter du décès de l'assuré, sans condition de période probatoire, ni examen ou questionnaire médical, selon les conditions tarifaires contractuelles.

Les conditions de garantie et les conditions tarifaires seront celles proposées par l'Organisme Assureur.

Afin de garantir une solidarité intergénérationnelle par le biais de la mutualisation des cotisations entre anciens salariés et salariés actifs, la cotisation exclusivement à la charge des anciens salariés est :
– la 1re année : égale à la cotisation (parts patronale et salariale) applicable aux salariés actifs (tarif annuel) ;
– la 2e année : égale au plus à 125 % de la cotisation (parts patronale et salariale) applicable aux salariés actifs (tarif annuel) ;
– la 3e année : égale au plus à 150 % de la cotisation (parts patronale et salariale) applicable aux salariés actifs (tarif annuel) ;
– la 4e année : égale au plus à 190 % de la cotisation (parts patronale et salariale) applicable aux salariés actifs (tarif annuel) ;
– à compter de la 5e année, égale au plus à 230 % de la cotisation (parts patronale et salariale) applicable aux

salariés actifs (taux viager).

VI - RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Le remboursement est effectué selon le niveau de garantie choisi par l'entreprise adhérente et éventuellement de l'option souscrite par le salarié, déduction faite du remboursement du Régime Obligatoire d'assurance maladie et de tout autre organisme d'assurance complémentaire santé auprès duquel les bénéficiaires pourraient être assurés.

En cas de garanties cumulatives, celles-ci produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date d'adhésion. Dans cette limite, les salariés et leurs ayants droit peuvent obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

En aucun cas, le cumul des prestations versées par le Régime Obligatoire d'assurance maladie, le Gestionnaire pour le compte de l'Organisme Assureur et tout autre organisme auprès duquel le bénéficiaire des soins pourrait être assuré ne peut excéder le montant des frais réellement engagés.

Sauf cas de force majeure, à réception de la totalité des pièces justificatives nécessaires à l'instruction du dossier, les prestations sont réglées dans un délai maximum de 30 jours.

6.1 LISTE DES DOCUMENTS JUSTIFICATIFS OBLIGATOIRES

Le remboursement intervient, suivant les dépenses engagées, au vu :

- des décomptes originaux de remboursement du Régime Obligatoire d'assurance maladie adressés par les bénéficiaires
- des décomptes informatiques télétransmis directement par le Régime Obligatoire d'assurance maladie, quand le système d'échanges de données informatiques (NOEMIE) est mis en place,
- des décomptes originaux établis par un organisme complémentaire ayant déjà versé une première participation,
- des notes d'honoraires et des factures des frais médicaux prescrits acquittées et datées,
- de l'extrait d'acte de naissance avec mentions en marge relatives à la filiation de l'enfant ou, en cas d'adoption, de l'extrait d'acte de naissance comportant la mention d'adoption ou, dans l'attente du jugement d'adoption, d'une attestation des services de l'enfance et de la famille du Conseil Général du département,
- en cas de remboursement de frais de soins d'origine accidentelle, de toutes pièces justificatives afin de procéder en particulier au recouvrement des sommes réglées par le Gestionnaire pour le compte de l'Organisme Assureur auprès de l'éventuel tiers responsable (copie de procès-verbal, attestations de témoins, coupures de journaux, etc.),
- la facture acquittée des médecines douces **avec code ADELI – Nous attirons votre attention, nous vous rappelons que le professionnel de santé ayant pratiqué les soins doit être inscrit au répertoire ADELI ou au répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS).**
- de tout document nécessaire à l'instruction du dossier.

Il est précisé que pour les actes ou frais non pris en charge par le Régime Obligatoire d'assurance maladie mais garantis au titre de l'adhésion de l'entreprise, le remboursement est subordonné à la présentation de factures détaillées et de pièces justificatives complémentaires.

Seuls les frais réels engagés, figurant sur les décomptes du Régime Obligatoire d'assurance maladie ou sur les factures détaillées des praticiens et professionnels de santé, des établissements hospitaliers ou cliniques seront pris en compte pour les remboursements.

Les demandes de règlement doivent être remises à l'Organisme Assureur via le Gestionnaire, sous peine de déchéance dans un délai maximum de deux ans suivant la date des soins pratiqués.

Ces demandes doivent être envoyées au Gestionnaire :

HSCG / SG Santé
14, rue Joliot-Curie CS 30248
51010 Châlons-en-Champagne Cedex

6.2 TIERS-PAYANT

Le Gestionnaire, par délégation de l'Organisme Assureur, met à la disposition des bénéficiaires un service de tiers-payant qui a pour objet de leur permettre la dispense d'avance des frais pris en charge par le Régime Obligatoire d'assurance maladie et garantis au titre du présent contrat.

Le Gestionnaire, par délégation de l'Organisme Assureur, met également à la disposition des bénéficiaires un service de tiers-payant pour toutes garanties prévues à titre obligatoire par la règlementation applicable aux contrats responsable au minimum jusqu'à hauteur du tarif de responsabilité.

Seules les dépenses de santé mentionnées sur l'attestation de tiers-payant sont prises en charge à ce titre. Cette attestation personnelle est renouvelée annuellement et délivrée au domicile du salarié.

Une carte de tiers-payant leur est alors délivrée.

Celle-ci doit être restituée à l'Organisme Assureur via le Gestionnaire dans les plus brefs délais en cas de résiliation de la présente adhésion ou de la cessation des droits requis au titre du Régime Obligatoire d'assurance maladie dont les bénéficiaires relèvent,

Il en est de même en cas d'utilisation ou tentative d'utilisation frauduleuse du système par le salarié ou l'un de ses ayants droit, du départ du salarié de l'entreprise adhérente (hors cas de maintien des garanties), de la perte de la qualité d'ayant droit et de la fin de la période de maintien des garanties.

Dans tous les cas, le Gestionnaire, agissant par délégation de l'Organisme Assureur, se réserve le droit de réclamer, tant à l'entreprise adhérente qu'aux salariés et à leurs ayants droit, toute somme indue.

6.3 PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

En cas d'hospitalisation, le Gestionnaire peut délivrer, pour le compte de l'Organisme Assureur, une prise en charge hospitalière.

Dans ce cas, le Gestionnaire règle directement à l'établissement, le complément de frais restant à la charge du salarié ou à la charge de ses ayants droit au-delà des prestations normalement servies par le Régime Obligatoire d'assurance maladie, à l'exclusion des frais accessoires (suppléments éventuels pour boissons, téléphone, etc.) et à hauteur des garanties souscrites.

La prise en charge de toute hospitalisation garantie est limitée aux établissements conventionnés bénéficiant d'un accord de tiers-payant avec les Caisses Maladie, tant pour les frais de séjour que pour les honoraires.

La prise en charge n'est donc pas délivrée :

- pour les prestations en nature à la charge du Régime Obligatoire d'assurance maladie,
- pour les dépassements d'honoraires
- pour les hospitalisations en clinique agréée non conventionnée,
- pour les séjours en maison de repos.

6.4 SUBROGATION

Conformément à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 et à l'article L224-9 du Code de la Mutualité (subrogation de l'Assureur), l'Organisme Assureur, via le Gestionnaire, se réserve tout droit de subrogation dans les droits de l'assuré contre les tiers responsables jusqu'à concurrence des sommes versées par lui en application du contrat.

L'assuré victime d'un dommage causé par un tiers responsable et ouvrant droit au versement de prestations doit fournir à l'Organisme Assureur, via le Gestionnaire, dans les meilleurs délais, tous les éléments nécessaires à la mise en œuvre de la procédure.

6.5 CONTRÔLE

L'Organisme Assureur et, par délégation, son gestionnaire peut effectuer des contrôles, voire des expertises médicales, permettant de vérifier l'exactitude des renseignements produits par le salarié ou ses ayants droit et demander toutes justifications qui lui paraîtraient nécessaires, notamment les prescriptions médicales et les factures détaillées.

Le salarié ou l'un de ses ayants droit qui emploie ou produit intentionnellement des documents inexacts ou frauduleux sera déchu de tout droit à garantie pour le sinistre dont il s'agit.

En cas de récupération de la part du Régime Obligatoire d'assurance maladie, à la suite d'un contrôle de praticien effectué après un remboursement, l'Organisme Assureur, via le Gestionnaire, se réserve le droit de récupérer toutes prestations qui auraient été indûment réglées au salarié.

VII - COTISATIONS

7.1 TAUX DE COTISATION

Les garanties sont assurées en contrepartie d'une cotisation exprimée en pourcentage du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS).

Les taux de cotisation applicables sont ceux fixés aux Conditions Particulières et pourront être révisés chaque année au 1er janvier par l'Organisme Assureur en fonction des résultats techniques du produit PROXIGOOD.

Dans ce cas, la modification des taux de cotisations sera notifiée par le Distributeur pour le compte de l'Organisme Assureur à l'entreprise adhérente.

Cette dernière dispose alors d'un délai d'un mois à compter de cette notification pour demander la résiliation de son adhésion par lettre recommandée avec avis de réception. En l'absence de réponse dans ce délai, l'entreprise adhérente est réputée avoir acceptée la révision des taux de cotisations et son adhésion est reconduite sur la base des taux de cotisations révisés.

Les taux de cotisations sont majorés des éventuelles taxes en vigueur applicables au titre des garanties du contrat.

7.2 COTISATIONS AU TITRE DE LA GARANTIE DE BASE

À l'adhésion, et ultérieurement à chaque échéance, l'entreprise adhérente paie des cotisations calculées sur la base des effectifs bénéficiaires connus à cette date. Les cotisations sont acquittées selon la périodicité prévue dans les Conditions Particulières.

Les cotisations au titre de la couverture non obligatoire des ayants droit sont intégralement à la charge du salarié, sauf financement partiel ou total par l'entreprise adhérente. Le taux ainsi que les modalités de paiement de ces cotisations sont indiqués dans les Conditions Particulières.

Dès que les assiettes afférentes à la période d'assurance écoulée sont portées à la connaissance de l'Organisme Assureur via le Gestionnaire, ce dernier :

- calcule la cotisation définitive de la période d'assurance écoulée,
- procède à la régularisation et au réajustement des acomptes à valoir sur la cotisation définitive de la période d'assurance en cours,
- émet la cotisation définitive.

Si la cotisation définitive est :

- supérieure aux cotisations perçues au titre de la période d'assurance écoulée, une cotisation complémentaire est due,
- inférieure aux cotisations provisionnelles perçues au titre de la période d'assurance écoulée, la différence est portée comme acompte sur les prochaines échéances.

Les cotisations doivent être réglées dans les 10 jours suivant leur échéance.

À défaut de paiement d'une cotisation ou de la fraction de cotisation due dans les 10 jours qui suivent son échéance, le Gestionnaire, agissant pour le compte de l'Organisme Assureur, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice :

- adresse à l'entreprise adhérente une lettre recommandée valant mise en demeure conformément aux dispositions de l'article L221-8 du Code de la Mutualité,
- suspend les garanties à l'expiration d'un délai de 30 jours à compter de la date de la mise en demeure,
- résilie automatiquement l'adhésion à l'issue d'un délai supplémentaire de 10 jours après la suspension des garanties.

Ces dispositions ne s'appliquent pas en cas de procédure collective (article L. 622-13 du Code de Commerce).

7.3 COTISATIONS AU TITRE DE LA GARANTIE OPTIONNELLE

Dans le cas de la souscription de la garantie optionnelle, le supplément de cotisations afférent à la Garantie optionnelle est intégralement pris en charge par le salarié, comme précisé dans les Conditions Particulières. Le règlement du supplément de cotisations est effectué mensuellement d'avance, par prélèvement sur le compte bancaire du salarié.

7.4 SANCTIONS EN CAS DE NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

Défaut de paiement du souscripteur

- Lorsque le souscripteur assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, les garanties peuvent être suspendues trente jours après la mise en demeure adressée par l'organisme assureur et/ou le gestionnaire par délégation, au souscripteur.

  A défaut de paiement des cotisations dues après l'expiration d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi de la mise en demeure (le cachet de la poste faisant foi), l'organisme et / ou le distributeur par délégation pourront résilier le contrat collectif.

  Le membre participant doit être informé qu'à l'expiration du délai de trente jours, le défaut de paiement des cotisations du souscripteur est susceptible d'entrainer la résiliation du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer au souscripteur pour le paiement des cotisations.

- Conformément à l'article L.221-8, I du Code de la Mutualité, la Mutuelle dispose du droit d'appliquer des majorations de retard à la charge exclusive du souscripteur et de poursuivre en justice l'exécution du contrat.

  En cas de retard ou de défaut de paiement des cotisations, une pénalité forfaitaire de cinquante euros pourra être réclamée au souscripteur afin de poursuivre les frais de poursuite et de recouvrement engagés par la Mutuelle.

- Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à celles-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi qu'éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

- A défaut du paiement de la part de cotisation de l'employeur à une couverture facultative, la Mutuelle en informera chaque membre participant de la mise en œuvre de la procédure de résiliation en cas de non-paiement de la cotisation et de ses conséquences. La Mutuelle remboursera au membre participant, le cas échéant la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la Mutuelle ne couvre plus le risque.

Défaut de paiement du membre participant

- Lorsque le membre participant acquitte directement les cotisations auprès de la Mutuelle (dans le cadre d'une couverture à adhésion facultative), le défaut de paiement de ses cotisations est susceptible d'entrainer son exclusion de la couverture.

  L'exclusion peut intervenir, passé un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. La mise en demeure ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

- L'exclusion du membre participant ne peut faire obstacle, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

VIII - RÉVISION DU CONTRAT

Le montant des cotisations et les garanties proposées sont établis sur la base de la réglementation fiscale et sociale en vigueur au moment de la conclusion du présent contrat.

En cas de changement de la réglementation qui viendrait à modifier la portée des engagements de l'Organisme Assureur, celui-ci se réserve le droit de réviser les garanties ou les cotisations en cours d'exercice.

En cas de révision, l'entreprise adhérente aura la possibilité de demander la résiliation de son contrat par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai d'un mois à compter de la notification de la révision faite par le Distributeur pour le compte de l'Organisme Assureur à l'entreprise adhérente.

IX - RÉSILIATION

L'adhésion peut être résiliée avant son terme dans les cas et conditions ci-après.

- Par l'entreprise adhérente.

  - ✓ à l'échéance annuelle selon les modalités prévues à l'article L221-10 du Code de la Mutualité, moyennant un préavis de deux mois avant la date d'échéance,
  - ✓ conformément aux dispositions définies par la Loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé et de ses textes d'application, l'entreprise adhérente peut, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date de souscription, résilier le contrat sans frais ni pénalités, soit en adressant une lettre ou tout autre support durable au Distributeur pour le compte de l'Organisme Assureur. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après la réception par le Distributeur pour le compte de l'Organisme Assureur de la notification de l'entreprise adhérente.
  - ✓ en cas de disparition, provisoire ou définitive du groupe assuré.
  - ✓ en cas d'augmentation tarifaire non contractuelle, dans les trente jours de sa notification par le Distributeur pour le compte de l'Organisme Assureur, la résiliation prend alors effet trente jours après réception par le Distributeur de la demande de résiliation,
  - ✓ en cas de procédure collective, lorsque l'administrateur (ou l'entreprise adhérente, à défaut d'administrateur judiciaire) notifie sa volonté de ne pas continuer l'adhésion de l'entreprise.

La résiliation à l'initiative de l'entreprise adhérente est notifiée au Distributeur pour le compte de l'Organisme Assureur par lettre recommandée ou par une déclaration faite contre récépissé au Distributeur.

- Par le Distributeur pour le compte de l'Organisme Assureur, et par l'organisme assureur

  - ✓ en cas de non-déclaration de l'assiette servant de base au calcul de la cotisation pour les contrats dont les cotisations sont assises sur les salaires,
  - ✓ en cas de non-paiement de tout ou partie des cotisations (article L221-17 du Code de la Mutualité) ou en cas du non-paiement des cotisations échues après le jugement d'ouverture d'une procédure collective alors que l'administrateur judiciaire (ou l'entreprise adhérente à défaut d'administrateur) a opté pour la poursuite de l'adhésion de l'entreprise,
  - ✓ en cas de procédure collective, lorsque l'administrateur n'a pas répondu à la mise en demeure que l'Organisme Assureur lui a adressée via le Gestionnaire ou lorsqu'il a informé le Gestionnaire, agissant pour le compte de l'Organisme Assureur, de sa volonté de ne pas continuer le contrat. Le Gestionnaire, agissant pour le compte de l'Organisme Assureur, remboursera à l'entreprise adhérente la portion de cotisation afférente à la période pendant laquelle il ne couvre plus le risque.
  - ✓ en cas de retrait total de l'agrément de l'Organisme Assureur.

La résiliation à l'initiative du Distributeur pour le compte de l'Organisme Assureur est notifiée par lettre recommandée au siège social figurant sur l'extrait KBIS de l'entreprise adhérente pour la garantie de base,

- Par le salarié (pour ses ayants droit)

Lorsque les ayants droit sont couverts à titre facultatif, le salarié peut mettre fin à leur affiliation dès lors que les ayants droit ne remplissent plus les conditions d'affiliation. La demande de résiliation doit être adressée à l'Organisme Assureur via le gestionnaire, par lettre recommandée avec un préavis de 2 mois avant le 31 décembre de l'année en cours, soit au plus tard le 31 octobre. Le cachet de la poste faisant foi.

X - DISPOSITIONS DIVERSES

10.1 RÉCLAMATIONS

Pour tout mécontentement, l'interlocuteur habituel mettra en œuvre tous les moyens à sa disposition pour satisfaire la réclamation exprimée.

Si le mécontentement persiste, l'entreprise adhérente, le salarié ou ses ayants droit pourront s'adresser au service Réclamations.

Si la réclamation concerne l'adhésion de l'entreprise :

Par courrier en s'adressant à :
Service Réclamations HOWDEN
Tour Carpe Diem – 31 place des Corolles
92400 Courbevoie

Par email en s'adressant à :
service.reclamation@howden.fr

Si la réclamation concerne tout autre sujet :

Par courrier, en s'adressant à :
Service Réclamations SG Santé
14, rue Joliot-Curie CS 30248
51010 Châlons-en-Champagne Cedex

Par email en s'adressant à :
service.reclamations@sgsante.fr

En précisant le numéro d'affiliation du salarié, l'intitulé et le numéro de l'adhésion de l'entreprise ainsi que l'objet de la demande.

Si la réponse n'est toujours pas satisfaisante, le salarié ou les ayants droit de ce dernier ainsi que la personne morale adhérente au contrat peuvent adresser par courrier toute réclamation relative à leur adhésion. Le Distributeur ou le Gestionnaire en accusera réception dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf si elle a pu lui apporter une réponse avant) et traitera la réclamation dans un délai maximum de deux mois après réception, sauf circonstances exceptionnelles qui lui seraient alors exposées.

Si la réponse apportée ne convient pas, et après épuisement des voies de recours interne du Gestionnaire, l'entreprise adhérente, le salarié ou les ayants droit de ce dernier peuvent saisir gratuitement le Médiateur **CNPM – MEDIATION – CONSOMMATION** simplement et gratuitement par voie électronique en déposant son dossier sur **https://cnpm-mediation-consommation.eu** ou par courrier simple à **CNPM – MEDIATION – CONSOMMATION**- 27 avenue de la Libération – 42400 Saint-Chamond.

10.2 AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de ce contrat est :

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
4 place de Budapest - 75436 PARIS Cedex 09.

10.3 RÉPÉTITION DE L'INDU

Les prestations versées à tort par l'Organisme Assureur font l'objet d'action à répétition de l'indu dans les conditions prévues aux articles 1302-1 et 1302-2 du Code Civil dans les 5 années qui suivent leur versement en vertu de l'article 2224 du même code. L'assuré est donc tenu de restituer ces sommes à la l'Organisme Assureur ou à son Gestionnaire délégataire.

En cas de non-paiement par l'entreprise adhérente, l'Organisme Assureur, via son Gestionnaire délégataire, se réserve le droit de recourir à tous les moyens de droit nécessaires aux fins de recouvrement de ces sommes.

10.4 ESPACE CLIENT SUR INTERNET

Le salarié a la possibilité de consulter sa situation sur le site www.sgsante.fr grâce à l'utilisation d'un code d'accès, composé d'un identifiant et d'un mot de passe confidentiels.

Lors de la première connexion à son espace client au moyen de son code d'accès, il devra certifier avoir pris connaissance et avoir accepté les conditions générales d'utilisation de l'espace client pour pouvoir effectuer certaines opérations de gestion.

Le salarié s'engage à assurer la confidentialité de son code d'accès lui permettant d'avoir accès aux données personnelles confidentielles afférentes à son affiliation. Il est le seul responsable de la consultation ou de l'accomplissement de certaines opérations résultant de l'utilisation frauduleuse, détournée ou non autorisée par un tiers de son code d'accès confidentiel. En cas de perte ou de vol du code d'accès, il devra impérativement et sans délai informer le Gestionnaire afin qu'un nouveau code lui soit attribué. Les conséquences directes ou indirectes résultant de l'absence d'opposition ou d'une opposition tardive seront de sa responsabilité exclusive.

La consultation d'informations sur le site www.sgsante.fr et la confirmation en ligne d'une opération de gestion entraîne l'acceptation par le salarié de l'opposabilité de l'ensemble des informations transmises et communiquées par le bais du site et par email. Ces informations enregistrées dans les systèmes d'information du Gestionnaire auront force probante à son égard en cas de contentieux.

HOWDEN COLLECTIVES CONSEIL

Siège social : Tour Carpe Diem – 31 place des Corolles – 92400 Courbevoie
SIREN n°534 059 092 – N° ORIAS 120 65002

Société de courtage d'assurances sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution)
Conformément aux dispositions de l'article L520-1-2 du Code des Assurances www.acpr.banque-france.fr - 4 Place de Budapest, CS 92459 75436 PARIS CEDEX 09
Assurance de Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes aux articles L30-1 et 530-2 du Code des Assurances