

**LA COMPLEMENTAIRE SANTE COLLECTIVE**

Contrat d'assurance collective  
N° 96 063

Le présent contrat d'assurance collective a été souscrit par :

**SOCIETE GENERALE**

Société Anonyme au capital de 1 007 625 077,50 EUR dont le siège social est sis au 29 boulevard Haussmann, 75009 PARIS, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de PARIS sous le numéro 552 120 222,

dénommée le **Souscripteur**,

auprès de

**SOGECAP**

Société Anonyme d'assurance et de capitalisation au capital de 1 168 305 450 EUR intégralement libéré dont le siège social est à Tour D2 - 17 bis place des Reflets - 92919 Paris La Défense 2, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de NANTERRE sous le numéro 086 380 730,

dénommé l'**Assureur**.

## CONDITIONS GENERALES

---

### Article 1 : OBJET

Le présent contrat d'assurance collective N° 96 063 (ci-après dénommé « Contrat) conclu entre le Souscripteur et l'Assureur est régi par le Code des assurances. Il relève de la branche 2 définie à l'article R321-1 du Code des assurances.

L'objet de ce Contrat est de faire bénéficier les salariés de l'Entreprise adhérente et leurs ayants droit éventuels, de prestations de santé complémentaires aux régimes de la Sécurité sociale.

L'adhésion d'une entreprise au présent contrat est constituée :

- des présentes Conditions Générales auxquelles est annexée la gamme de garanties applicable au sein de l'Entreprise adhérente ;
- les Conditions Particulières ;
- la Demande d'Adhésion ;
- la Notice d'Information établie par l'Assureur et remise par l'Entreprise adhérente à chacun de ses salariés affiliés au titre de son adhésion au présent contrat.

### Article 2 : DISPOSITIONS GENERALES

#### 2.1. Effet des garanties

L'adhésion au Contrat prend effet à la date fixée aux Conditions Particulières. Elle expire le 31 décembre de l'année de sa prise d'effet et se renouvelle ensuite par tacite reconduction chaque 1er janvier pour la durée d'un an, sauf dénonciation par l'une des parties signifiée par lettre recommandée, au plus tard, le 31 octobre.

#### 2.2. Formalités de l'Adhérent

L'Entreprise adhérente s'engage :

- **à remettre à l'Assureur les pièces justificatives relatives aux statuts** (certifiés conformes) :
  - extrait K-bis original de moins de 3 mois ainsi que tous documents permettant l'identification de dirigeants (photocopie de la carte d'identité du ou des dirigeant(s) et pouvoir du représentant de l'entreprise si celui-ci n'est pas mentionné sur l'extrait K-bis), ou ;
  - avis de situation au répertoire SIRENE ainsi que tous documents permettant l'identification de dirigeants (photocopie de la carte d'identité du ou des dirigeant(s) et pouvoir du représentant de l'entreprise) **pour les professions libérales** ou les **professions artisanales**.
- **à remettre à chaque Assuré (salarié) contre récépissé, la Notice d'Information** établie par l'Assureur résumant les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur et d'application et les formalités à accomplir en cas de sinistre ;

- **à informer par écrit les Assurés (salariés)**, des modifications qu'il est prévu, le cas échéant, d'apporter à leurs droits et obligations, notamment avant toute réduction de garanties, toute modification tarifaire ou résiliation du contrat, conformément au Code des assurances.

### **2.3. Affiliation**

L'Entreprise adhérente s'engage à affilier, à la date d'effet du contrat, puis dès leur embauche ou leur promotion, tous les membres du personnel appartenant aux catégories définies aux Conditions Particulières.

Cette obligation s'entend sous réserve des cas de dispense admis par la réglementation sociale en vigueur, s'ils sont expressément prévus dans le cadre de l'acte juridique instituant le régime frais de santé en vigueur au sein de l'entreprise Adhérente.

### **2.4. Cessation des garanties**

Pour les Assurés (salariés), les garanties cessent :

- A la date de résiliation du Contrat ;
- A la date de résiliation de l'adhésion au Contrat;
- A la date de suspension du contrat de travail sauf dans les cas de suspension de contrat de travail indemnisée ;
- A la date à laquelle l'ancien salarié cesse de remplir les conditions lui permettant de bénéficier du maintien des garanties dans le cadre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale ;
- A la date de liquidation des droits à retraite du salarié ;
- A la sortie du salarié de la catégorie assurée.

Pour les ayants droit de l'Assuré, les garanties cessent à la même date que celles de l'Assuré. De plus, les garanties cessent à la date à laquelle les ayants droit ne répondent plus aux conditions prévues pour être définis comme ayants droit, ou à la date à laquelle leur radiation est demandée.

Toute radiation est définitive.

### **2.5. Modification et révision**

Toutes modifications apportées aux garanties du présent Contrat ne peuvent être réalisées qu'à l'échéance annuelle du Contrat, sauf modifications liées à des évolutions légales ou réglementaires.

Les modalités de modifications des garanties et révisions des cotisations sont détaillées dans les différentes annexes aux présentes Conditions Générales.

### **2.6. Résiliation**

Le Contrat peut prendre fin à l'initiative de l'Assureur ou de l'Entreprise adhérente dans les conditions citées dans les différentes annexes aux présentes Conditions Générales.

### **Article 3 : FUSION – ABSORPTION – CESSATION D’ACTIVITE**

L’Entreprise adhérente doit informer l’Assureur de toute transformation intervenant dans sa situation juridique de façon à :

- Maintenir ou adapter l’adhésion au Contrat ;
- Procéder, le cas échéant, à la résiliation de l’adhésion au Contrat.

La garantie subsiste en cas de redressement ou de liquidation judiciaire de l’Entreprise adhérente dans les conditions visées à l’article L 641-11-1 du Code de commerce. Le contrat est résilié de plein droit à défaut de paiement des cotisations ou de l’absence de réponse de l’administrateur ou liquidateur relative à la poursuite ou non de l’adhésion.

### **Article 4 : PRESTATIONS**

La Complémentaire Santé Collective répond aux critères qualifiant les contrats responsables et solidaires au sens des articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale en vigueur au jour de la conclusion du Contrat d’assurance.

Ce Contrat intervient :

- en complément des remboursements du Régime Obligatoire effectués, sous réserve des exclusions prévues dans les garanties choisies par l’entreprise adhérente ;
- En versant, pour certains actes, un forfait en l’absence d’intervention du remboursement du Régime obligatoire

Les prestations servies sont définies en fonction de la formule de garantie sélectionnée par l’Entreprise adhérente et figurant dans ses Conditions Particulières.

**Les remboursements des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l’Assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l’article L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale.**

**Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de l’adhésion ou souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir le remboursement en s’adressant à l’organisme de son choix.**

## **Article 5 : COTISATIONS**

### **5.1. Montant**

Le montant des cotisations est calculé en appliquant le (ou les) taux fixé(s) dans les Conditions Particulières au plafond mensuel de la Sécurité sociale se rapportant à la période au titre de laquelle ces cotisations sont dues.

### **5.2. Paiement**

Les cotisations sont payables aux échéances et selon les modalités définies dans les Conditions Particulières.

### **5.3. Mise en demeure**

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction dans les 10 jours de son échéance, les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure à l'Adhérent et 10 jours après la date de suspension des garanties, l'adhésion peut être résiliée par l'Assureur sans autre avis à l'Adhérent.

Si le paiement de la ou les cotisation(s) intervient avant la résiliation de l'adhésion, la suspension est levée et les garanties reprennent leurs effets le lendemain du paiement de la ou les cotisation(s) due(s).

La résiliation de l'adhésion n'empêche pas l'Assureur de poursuivre le recouvrement des cotisations dues.

### **5.4. Mutualisation des résultats**

L'Assureur établit, au titre de chaque année civile, un compte de résultats relatif au fonctionnement de l'ensemble des adhésions au présent Contrat.

Il comporte :

AU CREDIT :

- 100 % des cotisations, réglées ou à régler, nettes de taxe et de contribution au financement de la Couverture Maladie Universelle, se rapportant à l'exercice considéré;
- la provision pour sinistres restant à régler à la date du 31 Décembre de l'exercice précédent.

#### AU DEBIT :

- les sinistres réglés au cours de l'année, tant au titre de l'exercice considéré que de l'exercice précédent ;
- la provision pour sinistres restant à régler à la date du 31 Décembre de l'exercice considéré,
- les frais fixés forfaitairement en pourcentage des cotisations inscrites au crédit du présent compte,
- éventuellement, le cumul des soldes débiteurs successifs des comptes annuels établis depuis l'origine ou depuis le dernier exercice ayant fait apparaître un solde créditeur.

En fonction des résultats des comptes ainsi établis, des aménagements peuvent être apportés aux Contrats en ce qui concerne, soit le montant des cotisations, soit le montant des prestations.

Dans ce cas, l'Adhérent sera informé au moins 2 mois avant le renouvellement.

#### **Article 6 : PRESCRIPTION**

Conformément aux dispositions des articles L.114-1 et suivants du Code des assurances, toute action dérivant du contrat et émanant de l'Adhérent, de l'Assuré ou de l'Assureur ne peut être exercée que pendant un délai de 2 ans à compter de l'événement à l'origine de cette action.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1°) en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a 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 contre l'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'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

Ce délai est interrompu par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'alinéa précédent sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée ;
- la demande en justice, même en référé, et y compris dans le cas où elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure. L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. 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 7 : ARBITRAGE**

Le Souscripteur et l'Assureur s'engagent, en cas de difficultés, avant de procéder à toute action judiciaire, à demander l'avis de deux experts choisis respectivement par chacun d'eux. Ceux-ci auraient à choisir un tiers expert s'ils ne se trouvaient pas d'accord sur la sentence à rendre.

Dans le cas où ils ne s'entendraient pas sur le choix du tiers expert, celui-ci serait nommé en référé par le Président du Tribunal du Commerce de Paris, à la requête de la partie la plus diligente. Les frais du nouvel expert seraient supportés pour moitié par les deux parties.