

La Complémentaire Santé Société Générale

Notice d'Information

La Complémentaire Santé Société Générale n° 96 043 est un contrat d'assurance collective à adhésion facultative souscrit par l'association APOGEE au bénéfice de ses membres ci-après dénommée le Souscripteur, auprès de SOGECAP ci-après dénommé l'Assureur, entreprise régie par le Code des assurances. Ce contrat relève des branches 2 (Maladie) et 18 (Assistance) de l'article R.321-1 du Code des assurances pour laquelle SOGECAP a reçu un agrément.

Le contrat La Complémentaire Santé Société Générale est présenté par Société Générale (immatriculation à l'ORIAS n° 07 022 493) en sa qualité d'intermédiaire en Assurances.

Autorité chargée du contrôle : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 04, place de Budapest, CS 92459 – 75 436 PARIS CEDEX 09.

Important : La Notice d'Information de votre adhésion est un document juridique essentiel. Lisez-la dès aujourd'hui et classez-la avec vos autres papiers importants.

1. Définitions

- **100% santé :** Garantie à hauteur des Frais réels générés dont bénéficient certains équipements et soins (optiques, audio-prothétiques et dentaires prothétiques), conformément à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale et à la réforme « 100% Santé ».
- **Accident :** atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.
- **Adhérent :** personne physique désignée sur le Certificat Individuel d'Adhésion, chargée du paiement des cotisations. L'Adhérent a obligatoirement la qualité d'Assuré.
- **Assuré(s) :** personne(s) physique(s) désignée(s) sur le Certificat Individuel d'Adhésion sur qui reposent les garanties d'assurance souscrites.
- **Année d'assurance :** période de douze mois consécutifs démarrant à compter de la date de prise d'effet des garanties.
- **Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) :** tarif des prestations médicales qui sert de base au Régime Obligatoire pour effectuer ses remboursements. Il est appelé Tarif de convention lorsqu'il résulte d'une Convention signée entre la Sécurité sociale et les professions médicales. Il est appelé Tarif d'Autorité lorsqu'un professionnel de santé ou un établissement hospitalier n'adhère pas à cette Convention.
- **Certificat Individuel d'Adhésion :** document signé par l'Assureur sur lequel sont précisées les garanties choisies et les personnes assurées. Dans le présent document, « Certificat Individuel d'Adhésion » fait référence au Certificat Individuel d'Adhésion ou à la Demande d'Adhésion valant Certificat Individuel d'Adhésion.
- **Conjoint :** personne unie à l'Adhérent par les liens du mariage. Sont assimilés au Conjoint pour le contrat relatif à la présente notice d'information : le concubin ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité. Le concubin doit en outre vivre en couple avec l'Adhérent, sous le même toit.
- **Conjoint collaborateur :** Conjoint collaborateur non rémunéré et affilié au Régime Obligatoire d'assurance vieillesse des Travailleurs Non Salariés non agricoles. Il peut néanmoins exercer une autre activité salariée dans une autre entreprise à condition que celle-ci l'occupe au plus à mi-temps. Le Conjoint collaborateur peut être Adhérent et Assuré.
- **Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (DPTM) :** dispositifs ayant pour objectif de favoriser l'accès des patients à des tarifs opposables à la Sécurité sociale (Optam et Optam-CO). Ils sont accessibles aux médecins du secteur 2 (honoraires libres) et du secteur 1 disposant d'un droit permanent à dépassements d'honoraire ou accès au secteur 2. La liste des médecins ayant adhéré à ce dispositif est disponible sur le site <http://annuaire.sante.ameli.fr/>.
- **Contrat solidaire :** Contrat souscrit sans que l'organisme assureur ne recueille d'information médicale sur la ou les personnes assurées par ce contrat ou ne fixe les cotisations du contrat en fonction de l'état de santé du ou des bénéficiaires.
- **Contrat responsable :** Contrat ayant pour objet le remboursement de Frais de santé et garantissant le respect du cahier des charges institué par les articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.
- **Dépassements d'honoraires :** dépenses supérieures à la Base de Remboursement de la Sécurité sociale laissées à la charge de l'Assuré par le Régime Obligatoire.
- **Echéance annuelle :** date qui marque la fin de chaque période annuelle d'assurance. L'Adhésion se renouvelle annuellement par tacite reconduction à la date d'anniversaire de la date d'effet de chaque année.
- **Forfait :** indemnité forfaitaire versée par l'Assureur lors de la survenance d'un événement garanti ; son montant est indiqué au tableau des garanties.
- **Frais réels :** dépenses totales des prestations indiquées sur la feuille de soins par le praticien ou sur la facture hospitalière.
- **Hospitalisation :** tout séjour dans un établissement hospitalier, privé ou public, prescrit médicalement ou nécessité par une maladie, un accident ou une maternité.
- **Maladie :** Toute altération soudaine et imprévisible de la santé, constatée par une autorité médicale compétente.
- **Médecin traitant :** médecin généraliste ou spécialiste déclaré par l'Assuré auprès du Régime Obligatoire. Il réalise les soins de premier niveau et assure une prévention personnalisée. Il coordonne les soins et oriente, si besoin, l'Assuré vers d'autres professionnels de santé.
- **Noémie :** Norme Ouverte d'Echange entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et les Intervenants Extérieurs. Le retour Noémie est un fichier qui contient l'ensemble des informations sur le traitement des feuilles de soins électroniques ou manuelles. Il désigne l'échange informatique entre le Régime Obligatoire et la complémentaire.
- **Parcours de soins coordonnés :** circuit médical à respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné. Il est organisé autour du médecin traitant et concerne tous les bénéficiaires du Régime Obligatoire âgés de plus de 16 ans. Est considérée comme étant dans le parcours de soins coordonnés une personne qui : a déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention, puis consulte un autre médecin, appelé "médecin correspondant", auquel elle a été adressée par son médecin traitant.
- **Régime Obligatoire (RO) :** régime d'assurance maladie français auquel l'Assuré est obligatoirement rattaché en fonction de sa profession ou de sa situation personnelle.
- **Souscripteur :** Personne morale ayant la capacité juridique de contracter, signataire du contrat au bénéfice de ses membres. Il s'agit d'APOGEE – Association régie par la loi du 1er juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901 - Tour Société Générale – 17 cours Valmy – 92972 Paris La Défense Cedex.

- Ticket Modérateur : différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) et le remboursement effectué par le Régime Obligatoire (avant application sur celui-ci d'une participation forfaitaire ou d'une franchise). Le montant du Ticket Modérateur varie notamment selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail etc.), le Régime Obligatoire, le respect du parcours des soins coordonnés ou si l'Assuré est atteint d'une affection de longue durée.
- Tiers payant : le régime du "tiers payant" est la facilité donnée au malade d'être exonéré de l'avance de la partie des dépenses de santé qui est finalement prise en charge par le Régime Obligatoire. Cette dispense résulte d'accords conclus par les établissements et les praticiens et les organismes sociaux en application de l'article L 160-10 du Code de la Sécurité sociale qui les prévoit.

2. Objet de l'assurance

L'Adhésion au contrat est constituée des éléments suivants :

- le Certificat Individuel d'Adhésion, remis à l'Adhérent par l'Assureur, qui reprend les choix exprimés par l'Adhérent,
- la présente Notice d'Information, ainsi que ses annexes,
- les statuts de l'association APOGEE (Annexe 2).

L'objet du contrat relatif à la présente notice d'information est d'accorder aux Travailleurs Non Salariés, répondant aux conditions d'admissions définies à l'article 3, membres de l'association APOGEE et dans la limite des garanties souscrites :

- le remboursement des dépenses résultant d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité dans les conditions définies ci-après à l'article 8,
- l'accès aux services dispensés par MédecinDirect dans les conditions définies ci-après en Annexe 4,
- des prestations d'assistance mises en œuvre dans le cadre du contrat d'assistance souscrit par SOGECAP auprès d'INTER PARTNER ASSISTANCE (Annexe 3).

La Complémentaire Santé Société Générale est un contrat responsable et solidaire qui s'inscrit dans les caractéristiques prévues aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Le lieu de conclusion du contrat relatif à la présente notice d'information est réputé être le lieu du siège social de l'Assureur.

Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur, le Souscripteur et l'Adhérent, sont régies par la législation française, et notamment le Code des assurances. L'Assureur, le Souscripteur et l'Adhérent s'engagent à utiliser la langue française durant leurs relations précontractuelles et contractuelles.

3. Conditions d'admission à l'assurance

Toute personne physique peut demander à adhérer au contrat La Complémentaire Santé Société Générale aux conditions suivantes :

- être âgé d'au moins 18 ans à 90 ans au plus à la date de signature de la demande d'adhésion ;
- être résident en France ;
- être affilié à un régime de protection obligatoire d'assurance maladie français et relever de l'une ou l'autre des catégories suivantes :
 - tout professionnel indépendant exerçant, à titre individuel ou en qualité d'associé d'une société de personnes relevant de l'impôt sur le revenu, une activité commerciale, artisanale ou libérale et dont les revenus sont imposés dans la catégorie des bénéfices industriels ou commerciaux (BIC) ou des bénéfices non commerciaux (BNC) dans le cadre de l'impôt sur le revenu ;
 - l'associé unique d'EURL n'ayant pas opté pour l'impôt sur les sociétés ;
 - les dirigeants qui relèvent du régime de Sécurité sociale des Travailleurs Non Salariés non agricoles et qui perçoivent un

revenu imposable au titre de l'article 62 du Code général des impôts ; il s'agit des gérants majoritaires de SARL, des gérants des sociétés en commandite par actions, des associés de sociétés de personnes, des sociétés en participation ou de fait, des EURL et des EARL, lorsque ces sociétés et exploitations sont soumises à l'impôt sur les sociétés ;

- le conjoint collaborateur.

4. Date d'effet et durée de l'adhésion et des garanties

L'Adhésion et les garanties prennent effet à la date indiquée sur le Certificat Individuel d'Adhésion, sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation par l'Assureur.

L'Adhésion est conclue pour une durée d'un an et se renouvelle annuellement par tacite reconduction à la date d'anniversaire de la date d'effet, sous réserve du paiement des cotisations.

5. Bénéficiaires assurés

Tous les Bénéficiaires sont assurés.

Les Bénéficiaires sont l'Adhérent et les autres personnes physiques nommément désignés dans le Certificat Individuel d'Adhésion ou tout avenant ultérieur, répondant aux critères d'éligibilité suivants :

- être âgés de 90 ans au plus à la date de signature de la demande d'adhésion ou à la date indiquée sur l'avenant ;
- être le Conjoint ou
- être un descendant fiscalement à charge ou un ascendant fiscalement à charge.

5.1. Ajout d'un Bénéficiaire

L'Adhérent peut à tout moment demander l'ajout d'un Bénéficiaire à son adhésion en adressant un courrier au Service Contrat SOGECAP Santé en précisant les coordonnées du Bénéficiaire et en joignant l'attestation de carte vitale mentionnant le nouveau Bénéficiaire, sous réserve de répondre aux conditions d'éligibilité décrites dans l'article 5.

Les modifications prennent effet à la date indiquée sur l'avenant (au plus tôt à la prochaine échéance mensuelle suivant la date de réception de la demande), sous réserve du paiement de la première cotisation ou fraction de cotisation.

Cas particulier :

En cas d'ajout d'un nouveau-né, la date d'effet de la modification de l'adhésion correspond à la date de naissance, sous réserve d'une demande d'ajout dans le mois suivant la naissance.

5.2. Sortie d'un Bénéficiaire

L'Adhérent peut demander la sortie d'un Bénéficiaire à la prochaine date anniversaire de son adhésion au Service Contrat SOGECAP Santé par lettre recommandée avec avis de réception, le cachet de la poste faisant foi, ou par envoi recommandé électronique, en précisant les coordonnées du Bénéficiaire.

Cette demande doit être reçue par l'Assureur au moins 60 jours avant la date de renouvellement annuelle de l'adhésion.

Toute sortie d'un Bénéficiaire est définitive.

6. Modification des informations d'adhésion

L'Adhérent doit déclarer, dans un délai de 15 jours à compter du changement, toute modification de situation pouvant avoir une influence directe sur les garanties : changement de profession, changement de situation familiale, changement de régime social, changement d'adresse.

Les modifications prennent effet le mois suivant la déclaration, sous réserve d'éventuels délais de traitement et après communication de l'ensemble des pièces justificatives.

7. Choix des formules et renforts

7.1. Formules de garanties et renforts

Lors de son adhésion, l'Adhérent peut choisir entre quatre formules de garanties, avec un niveau de couverture croissant :

- Formule 1,
- Formule 2,
- Formule 3,
- Formule 4.

Le choix de la formule est déterminé à l'adhésion par l'Adhérent. Ce choix peut évoluer au long de la vie de l'adhésion, selon les conditions précisées au paragraphe 7.2.

L'Adhérent peut également ajouter les renforts suivants selon la formule choisie :

- pour toutes les formules :
 - Renfort Dentaire,
- Pour les formules 2 et 3 :
 - Renfort Optique,
 - Renfort Optique et Dentaire.

Les formules et les renforts sont définis dans le tableau de garanties figurant à l'Annexe 1.

La formule et les renforts choisis par l'Adhérent sont identiques pour l'ensemble des Bénéficiaires désignés lors de l'adhésion ou ajoutés a posteriori.

7.2. Modification des formules et des renforts

En cours d'adhésion, l'Adhérent peut demander un changement de formule et/ou de renfort auprès du Service Contrat SOGECAP Santé.

Si cette demande concerne une augmentation de formule ou un ajout de renfort, elle peut être faite par simple courrier ou envoi électronique et les modifications prennent effet à la date indiquée sur l'avenant (au plus tôt la prochaine échéance mensuelle suivant la date de réception de la demande), sous réserve du paiement de la première cotisation ou fraction de cotisation.

Si cette demande concerne une diminution de formule ou une suppression de renfort, le courrier doit être envoyé par lettre recommandée avec avis de réception ou par envoi recommandé électronique au moins 60 jours avant la date de renouvellement annuelle de l'adhésion, le cachet de la poste faisant foi.

Toutefois,

- toute demande de diminution de formule ne peut intervenir moins d'un an après une augmentation de formule ;
- la suppression d'un renfort ne peut intervenir moins de deux ans à compter de son choix, sauf en cas de résiliation de l'adhésion.

8. Descriptions des garanties

8.1. Conditions préalables

Pour être prises en charge par l'Assureur, les dépenses de santé doivent remplir toutes les conditions suivantes :

- avoir été médicalement prescrites et effectuées pendant la durée de l'adhésion ;
- avoir fait l'objet d'un remboursement préalable par le Régime Obligatoire (sauf si la formule choisie prévoit la prise en charge de dépenses non remboursées par le Régime Obligatoire, voir article 8.2) ;
- avoir été effectuées en France ou à l'étranger si le séjour ne dépasse pas trois mois consécutifs.

Les prestations de l'Assureur sont :

- exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale ou forfaitaires et plafonnées selon le niveau de garantie choisi (conformément au tableau des garanties figurant en Annexe 1) ;

- déterminées déduction faite du remboursement du Régime Obligatoire ou de tout autre organisme d'assurance complémentaire santé ;
- calculées sur la base du Tarif de Convention, même lorsque le remboursement du Régime Obligatoire s'est effectué sur la base du Tarif d'Autorité. Dans ce dernier cas, la différence entre le remboursement du Régime Obligatoire calculé sur la base du Tarif de Convention et le remboursement du Régime Obligatoire calculé sur la base du Tarif d'Autorité reste à la charge de l'Assuré.

Dans tous les cas, le cumul des remboursements obtenus ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.

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

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

Le montant retenu pour les dépenses engagées est celui déclaré à la Sécurité sociale et figurant sur le décompte de prestation de cet organisme ou, en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale, celui facturé à l'assuré.

Les forfaits, limites et plafonds annuels et biannuels s'entendent par Bénéficiaire assuré. Ils ne peuvent être ni dépassés, ni reportés sur l'année d'assurance suivante ou dépassés, hormis dans le cadre de la prise en charge minimale pour les contrats responsables conformément aux articles R 871.2 et D 911.1 du Code de la Sécurité sociale ou des soins et prothèses 100% santé.

8.2. Garanties couvertes

Sont garantis selon la formule et les renforts choisis par l'Adhérent :

- les frais médicaux courants suivants :
 - les honoraires des médecins généralistes et des spécialistes ;
 - les honoraires des auxiliaires médicaux (les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes et les orthoptistes) ainsi que leurs actes, les analyses médicales et la radiologie ;
 - les médicaments remboursés par le Régime Obligatoire (médicaments à service médical rendu majeur ou important, modéré, ou faible), ainsi que les médicaments prescrits et référencés dans les pages blanches du Vidal mais non pris en charge par le Régime Obligatoire ;
 - les vaccins (anti-grippe et voyages) ;
 - les prothèses auditives et les appareillages orthopédiques ;
 - la médecine alternative : l'ostéopathie, la chiropractie, l'étiopathie, la naturopathie, l'acupuncture, les actes de pédiatrie-podologie effectués par un pédicure-podologue assurant, le psychologue et le diététicien ;
- les frais liés à des hospitalisations médicales ou chirurgicales suivantes :
 - les frais de transport, les honoraires et soins, les frais de séjour, le forfait journalier hospitalier, le supplément dû au titre d'une chambre particulière pour un séjour supérieur à 24 heures et les frais de lit d'accompagnant en cas d'hospitalisation de l'Assuré quel que soit l'âge de l'Assuré ;
 - une exonération de cotisation en cas d'hospitalisation de l'Adhérent supérieure à 5 jours continus : versement, a posteriori, à l'Adhérent d'une prestation équivalente aux cotisations mensuelles prélevées durant son hospitalisation. L'exonération porte sur la totalité de la cotisation de l'adhésion (Adhérent et Bénéficiaires) et est plafonnée à trois cotisations mensuelles consécutives. En cas de fractionnement trimestriel, semestriel ou annuel, l'exonération est calculée sur une base de fractionnement mensuel.

La période d'exonération est définie en mois entiers ; elle débute le premier jour d'hospitalisation et se termine à la fin de l'hospitalisation et, au plus tard, après trois mois continus d'hospitalisation.

- les frais dentaires :
 - les soins, les prothèses, les traitements d'orthodontie acceptés ou non par le Régime Obligatoire, les prothèses dentaires non remboursées par le Régime Obligatoire, les actes de parodontologie et d'implantologie ;
- les frais d'optique :
 - les consultations, les verres, les montures acceptés par le Régime Obligatoire ainsi que les lentilles de contact (y compris les lentilles jetables) acceptées ou non par le Régime Obligatoire, la majoration pour les verres progressifs et l'opération de la vision au laser ;
- les cures thermales :
 - les soins dispensés pendant les cures thermales remboursées par le Régime Obligatoire, le transport et l'hébergement afférents à la cure ;
- les frais de maternité :
 - les actes d'obstétrique ;
 - les frais de chambre particulière, la Fécondation-In-Vitro, l'amniocentèse non remboursée, ainsi qu'une allocation maternité (versement d'une allocation par foyer et limité à deux en cas de naissance multiple) ;
- les prestations de prévention :
 - la prise en charge de la totalité du Ticket Modérateur des prestations de prévention prioritaires au regard des objectifs de santé publique ;
 - les frais de certains actes non remboursés tels que la contraception (dont préservatifs), les tests de grossesse, le sevrage tabagique, l'autotest VIH, les bas de contention, l'accompagnement d'une activité physique, du matériel de prévention (tensiomètre, glucomètre), un bilan mémoire, l'ostéodensitométrie osseuse, l'automédication.

8.3. Garanties non couvertes

Exclusions générales

Sous réserve de la prise en charge du Ticket Modérateur édictée pour les contrats responsables à l'article R 871.2 du Code de la Sécurité sociale :

- **Ne donnent pas lieu à indemnisation les accidents ou maladies, ainsi que leurs suites, qui résultent :**

- de la participation de l'Assuré à des paris ou tentatives de record ;
- de la guerre étrangère ou guerre civile, de la participation de l'Assuré à des opérations militaires, à des altercations ou des rixes (sauf cas de légitime défense) ;
- des effets directs ou indirects d'origine nucléaire ou causés par toute source de rayonnements ionisants (sauf s'il s'agit d'un dysfonctionnement ou d'une erreur de manipulation d'un instrument au cours d'un traitement auquel l'assuré est soumis à la suite d'un événement garanti).

- **Ne sont pas garantis :**

- les frais engagés pour le séjour dans les établissements ou services suivants : héliomarins ou de thalassothérapie, de gériatrie, de retraite ainsi que les séjours dans les centres hospitaliers pour personnes âgées dépendantes ;
- les frais d'interventions ou de traitements à but esthétique, de rajeunissement ou préventif, lorsque ces frais ne sont pas pris en charge par le Régime Obligatoire ;
- les cures de sommeil, d'amaigrissement, de rajeunissement, de désintoxication ;

- les séjours en maison de repos ou de convalescence, sauf s'ils font suite à une hospitalisation et sont médicalement ordonnés. Par année d'adhésion et par Assuré, l'intervention est limitée à 30 jours ;
- les consultations et visites de psychiatre ou de neuropsychiatre au delà de 52 consultations par an et par Assuré ;
- les garanties sont limitées à 90 jours par année civile pour les hospitalisations pour affections psychopathologiques en secteur public ou privé.

Ces exclusions s'entendent hors forfaits journaliers garantis à hauteur des frais réels.

Exclusions liées aux règles en vigueur à la date d'effet du contrat relatif à la présente notice d'information liées au caractère responsable de celui-ci :

Ne donnent pas lieu aux garanties choisies par l'Adhérent et n'entraînent aucun remboursement au titre de l'adhésion :

- la majoration du Ticket Modérateur en cas de non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant (cf. article L. 162-5-3 du code de la Sécurité sociale) ;
- les dépassements d'honoraires que pratiquent certains médecins spécialistes lorsque la consultation est faite sans prescription préalable du médecin traitant et en dehors d'un protocole de soins (cf. article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale) ;
- la contribution forfaitaire à la charge de l'Assuré (cf. article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale) ;
- les franchises médicales telles que prévues aux articles L. 160-13 et D. 160-9 à D. 160-13 du Code de la Sécurité sociale.

8.4. Délai de reconstitution des droits

Les droits à prestation, notamment les forfaits et les plafonds, sont reconstitués au terme de chaque anniversaire de l'adhésion, à l'exception :

- des garanties optiques sur les montures, les verres et les lentilles qui sont reconstituées tous les deux ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue pour lesquels un renouvellement anticipé est possible ;
- des garanties sur les audioprothèses qui sont reconstituées tous les quatre ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement.

9. Cotisation

9.1. Montant de la cotisation

Au début de chaque échéance annuelle (date anniversaire de l'adhésion), la cotisation est déterminée à partir des éléments suivants :

- l'âge de l'Adhérent et des autres Bénéficiaires ;
- la formule de garanties et des éventuels renforts choisis ;
- le lieu de résidence principale de l'Adhérent ;
- le nombre de Bénéficiaires.

La cotisation de la première année d'assurance est indiquée sur le Certificat Individuel d'Adhésion.

Les cotisations versées par l'Adhérent sont déductibles du bénéfice imposable dans les limites prévues par la réglementation.

9.2. Modalités et fractionnement de paiement

La cotisation, toutes taxes comprises, est payable le 10 du mois. Au choix de l'Adhérent, elle est payable par prélèvement automatique mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel, ou payable par chèque.

9.3. Retard ou défaut de paiement

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours qui suivent son échéance, il est adressé à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure, l'invitant à s'acquitter du montant dû.

Cette lettre recommandée indiquera que, si 30 jours après son envoi, la ou les cotisation(s) n'est (ne sont) toujours pas payée(s), les garanties sont suspendues, 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 des 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 cotisation ou les cotisation(s) due(s).

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

9.4. Révision de la cotisation

La cotisation peut être révisée par l'Assureur en cours d'année d'adhésion en cas :

- de modification des bases ou des taux de remboursement du Régime obligatoire ;
- d'une modification législative ou réglementaire ayant un impact sur la tarification ;

La cotisation peut être révisée par l'Assureur à la date de renouvellement de l'adhésion en fonction :

- de la sinistralité générale (fréquence ou coût des sinistres) constatée ;
- de l'évolution de l'indice de la Consommation Médicale Totale (CMT) publié par l'Etat ;
- de l'évolution des paramètres utilisés par la Sécurité sociale.

A défaut d'accord, l'Adhérent dispose d'un délai de 30 jours à compter de la notification de la modification des cotisations pour refuser la révision de sa cotisation et, le cas échéant, résilier son adhésion. Ce délai court à partir du moment où il a été informé de la révision de la cotisation par l'Assureur (voir article 11.1).

La modification des informations relatives à l'adhésion, peut entraîner :

- une augmentation de la cotisation ; l'Assureur propose alors une nouvelle cotisation et l'Adhérent dispose d'un délai de 30 jours pour refuser et demander la résiliation de son adhésion ;
 - une diminution de la cotisation.
- Le simple ajout d'un bénéficiaire n'est pas considéré comme une augmentation de la cotisation, ouvrant droit à résiliation durant l'année d'adhésion.

10. Règlement des prestations

10.1. Justificatifs de remboursement

Les justificatifs nécessaires aux remboursements sont :

- les originaux des décomptes du Régime Obligatoire, lorsqu'ils n'ont pas déjà été transmis directement par cet organisme à l'Assureur ;
- l'original du décompte des remboursements effectués par un autre régime complémentaire lorsque le Bénéficiaire en bénéficie ;
- les justificatifs originaux de dépenses tels que la facture d'optique ou la facture dentaire mentionnant la date, le détail des actes ainsi que le montant des frais réels acquittés ;
- la copie de l'entente préalable mentionnant l'acceptation de la prise en charge, lorsque celle-ci est exigée par le Régime Obligatoire ;
- la facture détaillée d'hospitalisation acquittée lorsqu'il n'y pas eu d'accord préalable de prise en charge par l'Assureur ;
- la prescription et les justificatifs de dépenses pour les vaccins et la pilule contraceptive non remboursée par la Sécurité Sociale;

- les justificatifs de dépenses, sous forme de notes d'honoraires précisant la nature de l'acte et la qualification précise du praticien.

Les Bénéficiaires disposent d'un délai maximum de 2 ans, à partir de la date des soins pour transmettre, par courrier ou envoi électronique, au Service Prestations SOGECAP Santé leurs demandes de remboursement.

Les prestations sont versées sur le compte de l'Adhérent.

10.2. Subrogation de l'Assureur

L'Assureur est subrogé de plein droit à l'Assuré victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que l'Assureur a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

11. Résiliation

11.1. Résiliation à l'initiative de l'Adhérent

L'Adhérent peut demander la résiliation de son adhesion au Service Contrat SOGECAP Santé selon l'un des modes de résiliation prévu à l'article L.113-14 du Code des assurances. A des fins de preuve, il est recommandé de résilier par le biais du recommandé :

- lors du renouvellement annuel moyennant un préavis de 60 jours avant la date anniversaire de la date d'effet de l'adhésion, la date de réception par l'Assureur faisant foi ;
- en cas de révision de la cotisation prévue au paragraphe 9.4. La résiliation prend effet 30 jours après réception par l'Assureur de la demande de l'Adhérent. Pendant cette période, la cotisation est calculée sur la base de l'ancien tarif et, est due.

Par ailleurs, conformément aux dispositions de l'article L.113-15-2 du Code des assurances, l'Adhérent peut demander la résiliation de son adhesion à tout moment à l'issue de sa première année d'adhésion. La résiliation prend effet un mois après que SOGECAP en ait reçu notification par l'assuré.

La demande devra mentionner de manière explicite l'exercice du droit de résiliation infra-annuelle et être adressée à SOGECAP par l'un des modes de résiliation prévu à l'article L.113-14 du Code des assurances. SOGECAP accusera alors réception de cette résiliation par écrit.

A défaut de mention explicite du fondement de la demande, celle-ci sera présumée relever de l'exercice du droit de résiliation infra-annuelle.

A noter : Si l'Adhérent souhaite procéder à la résiliation de son contrat en vue de souscrire un nouveau contrat, le nouvel assureur pourra effectuer pour son compte les formalités de résiliation s'il exprime une demande expresse en ce sens auprès du nouvel assureur.

11.2. Résiliation à l'initiative de l'Assureur

L'Assureur peut résilier l'adhésion en cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation, selon les modalités prévues au paragraphe 9.3.

11.3. Résiliation du contrat

En cas de résiliation du contrat collectif par l'Assureur ou le Souscripteur, les garanties accordées seraient maintenues aux adhésions en cours, dans les mêmes conditions de fonctionnement du contrat La complémentaire Santé Société Générale. Les Adhérents seraient informés de cette résiliation par écrit au plus tard un mois avant la date de non-renouvellement et un nouvel interlocuteur leur serait communiqué.

11.4. Résiliation de plein droit

En cas de décès de l'Adhérent, la résiliation est immédiate.

Toutefois, si d'autres Bénéficiaires sont garantis, l'adhésion est maintenue jusqu'à la date anniversaire de l'adhésion, sous réserve du paiement de la cotisation. Une nouvelle adhésion leur sera alors

proposé aux mêmes conditions si au moins l'un des Bénéficiaires vérifie les conditions d'éligibilité définies au paragraphe 5.

En cas de survenance d'un événement qui amène l'Adhérent à ne plus être éligible au contrat La Complémentaire Santé Société Générale, l'adhésion peut être résiliée par chacune des parties. La résiliation ne peut intervenir que dans les 90 jours suivant la date de survenance de l'événement, et prendra effet 30 jours après que l'autre partie en ait reçu notification. Les cas d'inéligibilité sont les suivants :

- perte de la qualité d'Adhérent APOGEE ;
- changement de domicile hors France, avec justificatif ;
- changement de Régime Obligatoire, avec justificatif ;
- changement de profession, avec justificatif par le nouvel employeur ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle, avec justificatif de changement de Régime Obligatoire.

11.5. Conséquences de la résiliation sur le paiement des prestations

Les garanties cessent le jour de la prise d'effet de la résiliation. Les dépenses de santé garanties au titre du contrat relatif à la présente notice d'information et postérieures à la date de résiliation ne font l'objet d'aucun remboursement de l'Assureur.

Toutes les cartes ou attestations remises par l'Assureur pour le fonctionnement du tiers-payant doivent être restituées par courrier à SOGECAP Santé immédiatement. Toute utilisation de ces cartes ou attestations, postérieure à la date d'effet de la résiliation, peut donner lieu à des poursuites auprès de la juridiction compétente. Les prestations indûment perçues doivent être remboursées à l'Assureur.

12. Faculté de Renonciation en cas de vente à distance

L'Adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion au contrat La Complémentaire Santé Société Générale par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec avis de réception, pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour où le contrat est conclu à distance ou du jour de réception des conditions contractuelles et des informations conformément à l'article L.222-6 du Code de la consommation, si cette date est postérieure, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité. Les cotisations versées seront alors intégralement remboursées.

Cette renonciation doit être envoyée à SOGECAP Santé - Service Contrat - 28bis rue de Courcelles – 51100 REIMS, ou à l'adresse électronique suivante : service.client@lacomplementairesante.fr, rédigée selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) ... déclare renoncer à mon adhésion au contrat La Complémentaire Santé Société Générale N° 96.043. Je vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité des sommes prélevées sur mon compte n° de, et ce dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la présente. Date et Signature ».

La renonciation entraîne la restitution à l'Adhérent de l'intégralité des sommes versées dans le délai maximum de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique et de l'original du Certificat Individuel d'Adhésion.

Toutefois, si des prestations ont été accordées, les sommes perçues par les bénéficiaires devront être restituées préalablement et intégralement à l'Assureur.

Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge de l'Adhérent. Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination du Conseiller clientèle et de ses prestataires ou des connexions Internet seront supportés par l'Adhérent, et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

13. Prescription

Conformément aux dispositions de l'article L 114-1 et suivants du Code des assurances, toute action dérivant du contrat relatif à la présente notice d'information et émanant 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 eut 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.

Lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'assuré, le délai est porté à 10 ans.

Par ailleurs,

- Conformément à l'article L.114-2 du Code des assurances: 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.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis 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. Pour ce dernier cas, l'Assuré peut également effectuer un envoi recommandé électronique avec avis réception.

- Conformément à l'article L.114-3 du Code des assurances : Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.
- Conformément à l'article 2240 du Code civil : La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.
- Conformément à l'article 2241 du Code civil : La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.
- Conformément à l'article 2242 du Code civil : L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.
- Conformément à l'article 2243 du Code civil : L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.
- Conformément à l'article 2244 du Code civil : Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.
- Conformément à l'article 2245 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 contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

- Conformément à l'article 2246 du Code civil : L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

14. Contact et réclamations

Avant d'adresser toute réclamation concernant votre adhésion à :

SOGECAP Santé - Service Prestations

28bis rue de Courcelles

51100 REIMS

Téléphone : 09 69 39 93 89 (numéro non surtaxé),

Fax : 01 40 87 20 20,

Mail : service.client@lacomplementairesante.fr.

Contactez l'agence qui a recueilli votre adhésion.

L'Assureur s'engage à répondre à votre demande sous 10 jours ouvrés, sauf cas exceptionnels. Dans le cas contraire, nous accuserons réception dans ces 10 jours et une réponse définitive vous sera apportée dans un délai maximal de 60 jours à compter de la réception de votre demande.

Si votre désaccord persistait et dans un délai qui ne peut être supérieur à un an à compter de la réception de la demande écrite adressée à l'Assureur, vous pourriez demander l'avis de la Médiation de l'Assurance, dont les coordonnées sont les suivantes : La Médiation de l'Assurance, TSA 50 110, 75441 PARIS CEDEX 09

<https://www.mediation-assurance.org/Saisir+le+mediateur>

Et ceci, sans préjudice des autres voies d'actions légales

La « charte de la médiation » de l'Assurance est disponible sur le site www.ffa-assurance.fr.

Par ailleurs, conformément aux dispositions du Code monétaire et financier, l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) exerce une mission de protection de la clientèle des secteurs de la banque et de l'assurance.

Les Assurés peuvent, sans préjudice des actions de justice qu'ils ont la possibilité d'exercer et des réclamations qu'ils peuvent formuler à l'Assureur, s'adresser à l'ACPR dont les coordonnées sont les suivantes :

Autorité de Contrôle Prudent et de Résolution

Direction du contrôle des pratiques commerciales

4 PLACE DE BUDAPEST

CS 92459

75436 PARIS CEDEX 09

15. Fonds de garantie

Il existe un Fonds de garantie des assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes (instauré par la loi n° 99-532 du 25/06/99 - art. L. 423-1 du Code des assurances) ainsi qu'un Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et autres infractions (Loi n° 90-86 du 23 janvier 1990).

Annexe 1 : Tableau de garanties

	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4
Hospitalisation				
Forfait journalier Hospitalier*	Frais réels sans limitation de durée			
Honoraires (secteur conventionné ou non)	100% BRSS ⁽¹⁾	150% BRSS ⁽¹⁾	300% BRSS ⁽¹⁾	400% BRSS ⁽¹⁾
Frais de séjour en secteur conventionné et non conventionné (y compris maison de repos)	100% BRSS ⁽²⁾	130% BRSS ⁽²⁾	200% BRSS ⁽²⁾	200% BRSS ⁽²⁾
Transport remboursé par le RO	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Chambre particulière	-	-	60€ / jour	75€ / jour
Lit Accompagnant (quel que soit l'âge)	-	-	30€ / jour	45€ / jour
Exonération des cotisations	Oui	Oui	Oui	Oui
Soins courants				
Honoraires médicaux				
- Généralistes	100% BRSS ⁽¹⁾	150% BRSS ⁽¹⁾	200% BRSS ⁽¹⁾	300% BRSS ⁽¹⁾
	100% BRSS ⁽²⁾	130% BRSS ⁽²⁾	180% BRSS ⁽²⁾	200% BRSS ⁽²⁾
- Spécialistes	100% BRSS ⁽¹⁾	150% BRSS ⁽¹⁾	250% BRSS ⁽¹⁾	350% BRSS ⁽¹⁾
	100% BRSS ⁽²⁾	130% BRSS ⁽²⁾	180% BRSS ⁽²⁾	200% BRSS ⁽²⁾
Honoraires paramédicaux	100% BRSS ⁽¹⁾	150% BRSS ⁽¹⁾	200% BRSS ⁽¹⁾	300% BRSS ⁽¹⁾
	100% BRSS ⁽²⁾	130% BRSS ⁽²⁾	180% BRSS ⁽²⁾	200% BRSS ⁽²⁾
Analyses et examens de laboratoire	100% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	300% BRSS
Matériel médical	100% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	300% BRSS
Médicaments				
- Dont le service médical rendu majeur ou important	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
- Dont le service médical est classé modéré	30% BRSS ***	60% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
- Dont le service médical est classé faible	15% BRSS ***	40% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
- Prescrits non remboursés	-	40€ / an	75€ / an	150€ / an
Dentaire				
Soins et prothèses 100% santé	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Soins	100% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	300% BRSS
Prothèses				
- Remboursées par le RO	100% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	400% BRSS
- Non remboursées par le RO	-	-	100€ / acte	200€ / acte
Orthodontie				
- Remboursées par le RO	100% BRSS	200% BRSS	100% BRSS + 300€ / acte	100% BRSS + 400€ / acte
- Non remboursées par le RO	-	-	-	200€ / acte
Implantologie, parodontologie	-	-	200€ / an	400€ / an
Plafond dentaire annuel	-	-	1 500€	2 000 €
Aides auditives				
Equipements 100% santé	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Autres équipements remboursés par le RO	100% BRSS	100% BRSS	250% BRSS	350% BRSS
Bilan auditif	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Entretien	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Optique				
Equipements 100% santé	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Autres équipements optiques				
- Paire de lunettes avec 2 verres de classe a	100% BRSS	100 €	300 €	420 €
- Paire de lunettes avec 1 verre de classe a et 1 verre de classe b	100% BRSS	125 €	325 €	560 €
- Paire de lunettes avec 2 verres de classe b	100% BRSS	200 €	350 €	700 €
- Paire de lunettes avec 1 verre de classe a et 1 verre de classe c	100% BRSS	125 €	350 €	610 €
- Paire de lunettes avec 1 verre de classe b et 1 verre de classe c	100% BRSS	200 €	350 €	750 €
- Paire de lunettes avec 2 verres de classe c	100% BRSS	200 €	350 €	800 €
- dont forfait pour la monture	30€ maximum	100€ maximum	100€ maximum	100€ maximum
	-	(150€ en 2019)	(150€ en 2019)	(150€ en 2019)
Lentilles remboursées ou non par le RO	100% BRSS	100% BRSS + 100€ / 2 ans	100% BRSS + 300€ / 2 ans	100% BRSS + 700€ / 2 ans
Chirurgie de l'œil	-	-	150€ / an et / œil	300€ / an et / œil
Cure thermique				
Cure thermique remboursée par le RO	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS + 200€ / an	100% BRSS + 300€ / an
Prévention et Confort				
Actes de prévention dans le cadre du contrat responsable	Oui	Oui	Oui	Oui
Forfait Prévention non remboursée / Médecine Alternative ⁽³⁾	100€ / an	200€ / an	350€ / an	450€ / an
- dont forfait automédication	40€ / an	40€ / an	40€ / an	40€ / an
Allocation Maternité / Adoption	-	-	100 €	200 €
Cotisation gratuite à partir du 3ème enfant**	Oui	Oui	Oui	Oui

(1) Praticiens (généralistes, spécialistes, radiologues, etc.) **avant adhéré** aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées

(2) Praticiens (généralistes, spécialistes, radiologues, etc.) **n'avant pas adhéré** aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées

(3) **Bonus Fidélité** : sur les formules 2, 3 et 4, un bonus de fidélité de 50€ sur le forfait Prévention / Médecine Alternative est offert à chaque bénéficiaire dès sa troisième année consécutive d'adhésion, renouvelé ensuite chaque année d'assurance

Garanties

Ces garanties donnent lieu à des prestations, exprimées en pourcentage de BRSS. Elles sont versées dans la limite des frais réels et sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire ou tout autre organisme complémentaire de santé.

Définition des verres en optiques

Classe a	Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre -6 et +6, Ou verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4, Ou verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égal à +6.
Classe b	Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de -6 à +6, Ou verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4, Ou verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25, Ou verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6, Ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre -4 et +4, Ou verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8 et 0 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4, Ou verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égal à 8.
Classe c	Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone -4 à +4, Ou verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4, Ou verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure -8 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25, Ou verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.

Ces garanties optiques s'appliquent, s'agissant des lunettes, aux remboursements de frais nécessaires par bénéficiaire pour l'acquisition d'un équipement, composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue pour lesquels un renouvellement anticipé est possible.

Renforts

Ces garanties complémentaires et optionnelles à la formule choisie augmentent les remboursements des frais de soins.

- Renfort Optique : forfait de 100 € sur 2 ans sur l'ensemble des prestations optiques disponible uniquement pour les formules 2 et 3,
- Renfort Dentaire : forfait de 100 € par an sur l'ensemble des prestations dentaires.

Bonus fidélité

Sur les formules 2, 3 et 4, un bonus fidélité de 50 € sur le poste médecine alternative est offert à chaque bénéficiaire dès sa troisième année consécutive d'adhésion, renouvelé ensuite chaque Année d'assurance.

Contrat solidaire et responsable

Les garanties proposées s'effectuent dans le cadre du parcours de soins coordonnés et ne prennent pas en charge les franchises médicales, la participation forfaitaire de 1 € par acte (au 1er janvier 2019), la majoration du Ticket Modérateur et les dépassements d'honoraires hors parcours de soins.

* Le forfait journalier hospitalier est couvert sur la base de 100% du tarif journalier fixé chaque année par la Sécurité sociale, hors Alsace-Moselle.

** Dans la limite de trois enfants gratuits.

*** Ces montants exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) correspondent au seul remboursement du Régime Obligatoire, hors Alsace-Moselle.

Annexe 2 : Statuts de l'Association APOGÉE (à jour après décision de l'AGE du 11 juillet 2001)

CONSTITUTION – OBJET - SIÈGE SOCIAL – DURÉE

ART. 1 - CONSTITUTION ET DÉNOMINATION

Il est fondé entre les soussignés et les personnes qui auront adhéré aux présents statuts une Association dénommée ASSOCIATION POUR L'OPTIMISATION ET LA GESTION DE L'ÉPARGNE RETRAITE (A.P.O.G.E.E.) régie par la loi du 1er juillet 1901 et par le Décret du 16 août 1901.

ART. 2 - OBJET

L'Association a pour objet :

- de promouvoir le développement de l'épargne retraite volontaire, de la prévoyance et de la santé, en permettant à ses membres de bénéficier des contrats collectifs souscrits auprès du groupe SOGECAP et de participer à leur gestion dans le cadre d'une convention de gestion paritaire,
- d'informer, de conseiller tous ses membres dans le domaine des Régimes de Retraite et de la Prévoyance des personnes en général,
- d'entreprendre toutes actions et initiatives pouvant aider à mieux faire connaître aux adhérents les données économiques et financières liées à la constitution et à la préservation du patrimoine en vue de la retraite.

ART. 3 - SIÈGE

Le Siège de l'Association est fixé à la Tour SOCIÉTÉ GÉNÉRALE - 17 cours Valmy - 92972 PARIS LA DÉFENSE CEDEX (commune de PUTEAUX). Il pourra être transféré sur simple décision du Conseil d'Administration.

ART. 4 – DURÉE

La durée de l'Association est illimitée.

ART. 5 - COMPOSITION

Peuvent seules être membres de l'Association les personnes qui ont adhéré aux contrats collectifs souscrits auprès du groupe SOGECAP, garantissant notamment des prestations à partir de l'âge normal de la retraite, et qui sont à jour de leur cotisation à l'Association.

ART. 6 - PERTE DE LA QUALITÉ DE MEMBRE

La qualité de membre se perd :

- par décès,
- par démission,
- par renonciation à l'adhésion au contrat collectif de retraite ou par rachat total, ces opérations valant démission,
- pour toute cause d'exclusion du contrat d'assurance,
- par radiation prononcée pour non-paiement de la cotisation à l'Association ou pour motif grave par décision du Conseil d'Administration.

ART. 7 - COTISATIONS A L'ASSOCIATION

Le droit d'entrée dans l'Association et la cotisation annuelle dus par chaque membre sont fixés annuellement par l'Assemblée Générale. L'Assemblée peut décider, pour une année donnée, de ne pas prélever de cotisation annuelle.

Pour le premier exercice de l'Association, le droit d'entrée est fixé par le Conseil.

ART. 8 - RESPONSABILITÉS DES MEMBRES

Aucun membre de l'Association n'est personnellement responsable des engagements contractés par elle. Seul le patrimoine de l'Association répond de ses engagements.

ADMINISTRATION ET FONCTIONNEMENT

ART. 9 - CONSEIL D'ADMINISTRATION

L'Association est administrée par un Conseil d'Administration comprenant au moins six membres et au plus quinze membres nommés pour 6 ans. Les membres du Conseil, à l'exception des premiers membres visés à l'Article 13, sont nommés par l'Assemblée Générale ; ils sont choisis parmi les membres de l'Association.

Le Conseil est composé de deux collèges, le premier comprenant 4 membres choisis parmi les membres fondateurs et les membres proposés par la majorité du bureau. Le second collège comprend 2 à 11 membres choisis parmi les autres membres.

Le Conseil peut se compléter ou s'élargir par cooptation s'il est composé de moins de quinze membres jusqu'à l'Assemblée Générale suivante qui doit ratifier la nomination des Administrateurs ainsi cooptés et déterminer la durée de leur mandat. Dans un délai de 6 mois à compter de la signature de la convention paritaire, le premier Conseil devra, dans les conditions de l'alinéa qui précède, se compléter de façon à compter au moins six membres.

En cas de vacance par décès, démission ou toute autre cause, le Conseil pourvoit provisoirement au remplacement de ses membres. Leur remplacement définitif intervient à la prochaine Assemblée Générale. Les pouvoirs des membres ainsi élus prennent fin à l'époque ou devrait normalement expirer le mandat des membres remplacés.

A défaut de ratification, les délibérations et les actes accomplis par le Conseil depuis la nomination provisoire n'en demeureront pas moins valables.

Le Conseil se renouvelle par tiers tous les 2 ans. Les membres sortants sont rééligibles. L'ordre de sortie pour les deux premières fois - 2^e et 4^e assemblée générale annuelle - est déterminé par tirage au sort et ensuite d'après l'ancienneté des nominations.

Est éligible au Conseil d'Administration toute personne, âgée de 18 ans au moins le jour de l'élection, membre de l'Association depuis plus d'un mois, à jour de cotisations, jouissant de ses droits civils et politiques.

Pour l'élection du second collègue, le Conseil d'Administration peut représenter des candidats dans la limite du double des postes à pourvoir.

Le Conseil d'Administration élit chaque année parmi ses membres, un bureau comprenant : un Président, un Vice Président, un Secrétaire Général, un Trésorier. Les membres du bureau sortant sont rééligibles.

Le Conseil peut se faire assister d'au plus 2 secrétaires administratifs adhérents ou non à l'Association.

ART. 10 - RÉUNION DU CONSEIL

Le Conseil d'Administration se réunit aussi souvent que l'intérêt de l'Association l'exige sur convocation du Président.

Les délibérations du Conseil d'Administration font l'objet d'un procès verbal, consigné dans un registre signé par le Président et le Secrétaire.

Le Conseil d'Administration ne délibère valablement que si plus de la moitié des Administrateurs est présente.

Les décisions du Conseil sont prises à la majorité des Administrateurs présents ou représentés. En cas d'égalité, la voix du Président est prépondérante.

Seules les questions figurant à l'ordre du jour peuvent faire l'objet d'un vote.

ART. 11 - RÉMUNÉRATION

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

Toutefois, les frais et débours occasionnés par l'accomplissement de leur mandat leur sont remboursés au vu des pièces justificatives. Le rapport financier présenté à l'Assemblée Générale Ordinaire doit faire mention des remboursements de frais effectués à des Administrateurs.

ART. 12 - POUVOIRS

Le Conseil d'Administration est investi d'une manière générale des pouvoirs les plus étendus pour agir au nom de l'Association pour faire autoriser et surveiller tous actes se rapportant à l'objet et au but de l'Association, à son fonctionnement et, en particulier, ceux qui ne sont pas du ressort de l'Assemblée Générale.

Le Conseil approuve la (ou les) convention(s) de gestion paritaire relative(s) aux contrats collectifs d'assurance de type associatif. Il désigne ceux de ses membres composant la (ou les) commission(s) de gestion paritaire, lesdits membres devant lui rendre compte mais ne disposant pas du pouvoir de décision.

Il prend toute décision concernant l'application de la (ou des) convention(s) de gestion paritaire. Il ne peut toutefois résilier cette (ces) convention(s) que sur autorisation préalable de l'Assemblée Générale Extraordinaire.

Il surveille la gestion des membres du bureau et se fait rendre compte de leurs actes. Il peut faire toute délégation de pouvoir au

Président ou à un membre du bureau. Le Conseil peut également donner pouvoir à un tiers ou à un membre sur des questions bien déterminées.

Le Conseil d'Administration, indépendamment du pouvoir de contrôle et de surveillance, peut faire toute proposition se rapportant à l'objet et au but de l'Association.

ART. 13 - PREMIER CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le premier Conseil d'Administration est composé de :

- Monsieur JALABER Jean, en qualité de Président
- Madame THOREAU Denise, en qualité de Vice-Président
- Monsieur LEROY Roger, en qualité de Secrétaire Général
- Monsieur BRIGUET Frédéric, en qualité de Trésorier.

ART. 14 - FONCTIONS ET POUVOIRS DU PRÉSIDENT FONCTIONS DU SECRÉTAIRE ET DU TRÉSORIER

Le bureau est spécialement investi des attributions suivantes :

1. Le Président dirige les travaux du Conseil d'Administration et assure le fonctionnement de l'Association qu'il représente en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il est investi de tous pouvoirs à cet effet. En cas d'empêchement, il peut déléguer ses pouvoirs à un autre Administrateur et plus particulièrement au Vice-Président. Il préside toutes les Assemblées.
2. Le Secrétaire Général est chargé de la correspondance, notamment l'envoi des diverses convocations. Il rédige les procès-verbaux des délibérations (bureau, conseils, assemblées) et les transcrit sur les registres. Il assure l'exécution des formalités prescrites par la loi.
3. Le Trésorier est chargé de la gestion du patrimoine propre de l'Association et de la tenue des comptes. Il perçoit les recettes et effectue les paiements sous le contrôle du Président. Il rend compte chaque année de sa gestion à l'Assemblée Générale qui statue sur les comptes.

Les fonctions de Membres du Bureau ne peuvent pas faire l'objet d'une rémunération sous quelque forme que ce soit.

ART. 15 - DISPOSITIONS COMMUNES POUR LA TENUE DES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

Les Assemblées Générales se composent de tous les membres de l'Association, à jour de leurs cotisations.

Les Assemblées se réunissent sur convocation du Président de l'Association, ou sur la demande d'au moins un tiers de ses membres.

Dans ce dernier cas, les convocations à l'Assemblée doivent être adressées dans les huit jours du dépôt de la demande et l'Assemblée doit être tenue dans les trente jours suivant l'envoi desdites convocations.

Les convocations doivent mentionner obligatoirement l'ordre du jour prévu et fixé par les soins du Conseil d'Administration. Elles sont faites par lettres individuelles adressées aux membres quinze jours au moins à l'avance ou par annonces légales.

Seules seront valables les résolutions prises par l'Assemblée Générale sur les points inscrits à son ordre du jour ou proposés par la majorité des 2/3 des membres présents ou, représentés.

La Présidence de l'Assemblée Générale appartient au Président ou, en son absence, au Vice-Président, l'un et l'autre peuvent déléguer leurs fonctions à un autre Administrateur. Le bureau de l'Assemblée est celui de l'Association.

Les délibérations sont constatées par des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial et signés par le Président et le Secrétaire.

Chaque membre peut se faire représenter par un autre participant y compris un Administrateur muni d'un pouvoir écrit régulier.

Le mandat donné vaut pour une seule Assemblée ou pour deux Assemblées - ordinaire et extraordinaire - se tenant le même jour.

Le mandat donné pour une Assemblée est également valable pour l'Assemblée suivante se tenant sur le même ordre du jour.

Le vote par correspondance n'est pas autorisé.

Il est tenu une feuille de présence qui est signée par chaque membre présent et certifiée conforme par le Bureau de l'Assemblée.

ART. 16 - NATURE ET POUVOIRS DES ASSEMBLÉES

Dans la limite des pouvoirs qui leur sont conférés par les présents statuts, les Assemblées obligent par leurs décisions tous les membres y compris les absents.

ART. 17 - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE

Au moins une fois par an, les membres sont convoqués en Assemblée Générale Ordinaire dans les conditions prévues à l'Article 15.

L'Assemblée entend les rapports sur la gestion du Conseil d'Administration, et sur la situation morale et financière de l'Association.

L'Assemblée, après avoir délibéré et statué sur les différents rapports, approuve les comptes de l'exercice clos, et délibère sur toutes les autres questions figurant à l'ordre du jour.

Elle fixe le montant de la cotisation annuelle et du droit d'entrée à verser par les membres de l'Association.

Elle pourvoit au renouvellement des membres du Conseil d'Administration dans les conditions prévues à l'Article 9 des présents statuts.

Les décisions de l'Assemblée Générale Ordinaire sont prises à la majorité des membres présents ou représentés sans qu'un quorum soit nécessaire. Toutes les délibérations sont prises à main levée.

Toutefois, si le quart au moins des membres présents l'exige, les votes sont émis au scrutin secret. Pour l'élection des membres du Conseil d'Administration, le vote secret est obligatoire.

ART. 18 - ASSEMBLÉE EXTRAORDINAIRE

Elle est convoquée dans les conditions prévues à l'Article 15 des présents statuts.

L'Assemblée Générale Extraordinaire statue sur les questions qui sont de sa seule compétence : les modifications à apporter aux présents statuts, fusion, dissolution anticipée et résiliation de la convention de gestion paritaire.

Les décisions sont prises obligatoirement à la majorité des deux tiers des membres présents ou représentés.

Les votes ont lieu à main levée, sauf si le quart au moins des membres présents exige le vote secret.

ART. 19 - RESSOURCES DE L'ASSOCIATION

Les ressources de l'Association sont celles autorisées par la Loi.

ART. 20 - DISSOLUTION - DÉVOLUTION DES BIENS

La dissolution est prononcée à la demande du Conseil d'Administration par une Assemblée Générale Extraordinaire convoquée spécialement à cet effet.

Les conditions de convocation et les modalités de tenue d'une telle Assemblée sont celles prévues à l'Article 15 des présents statuts.

Cette Assemblée désignera un ou plusieurs liquidateurs pour assurer les opérations de liquidation.

En aucun cas les membres de l'Association ne pourront se voir attribuer, en dehors de la reprise de leurs apports, une part quelconque des biens de l'Association.

L'actif net subsistant sera attribué obligatoirement à une ou plusieurs autres Associations poursuivant des buts similaires et qui seront nommément désignées par l'Assemblée Générale Extraordinaire.

ART. 21 - COMMISSAIRE AUX COMPTES

Les comptes tenus par le Trésorier sont vérifiés annuellement par un Commissaire aux Comptes dont le mandat est d'une durée de deux ans. Il est renouvelable. Les fonctions du premier commissaire nommé par le Conseil expireront à la fin du deuxième exercice, sauf renouvellement approuvé par l'Assemblée.

ART. 22 - RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Un règlement intérieur portant sur l'Administration interne de l'Association sera institué par le Conseil d'Administration.

ART. 23 - FORMALITÉS ADMINISTRATIVES

Tous pouvoirs sont donnés au porteur des présents statuts pour accomplir les formalités de déclaration et dépôt prévues par la loi.

Annexe 3 : Convention d'assistance n° 0803830 SOGECAP SANTE ASSISTANCE 2019

SOGECAP a souscrit auprès d'INTER PARTNER Assistance succursale pour la France, 6 rue André Gide 92320 Châtillon une convention d'assistance au bénéfice des adhérents au contrat La Complémentaire Santé Société Générale n°96 043 souscrit par l'association Apogée auprès de SOGECAP.

1. Définitions

Les définitions suivantes s'appliquent uniquement pour les garanties assistance.

1.1. Accident corporel

Altération brutale de la santé du bénéficiaire ayant pour cause un événement extérieur, soudain, imprévisible et violent et indépendant de la volonté de la victime.

1.2. Animaux domestiques

Animaux familiers (**chiens et chats uniquement et 2 maximum**) vivant habituellement au domicile du Bénéficiaire et à sa charge, et dont le carnet de vaccination est à jour conformément à la réglementation en vigueur.

Les animaux domestiques dressés à l'attaque sont exclus.

1.3. Atteinte corporelle grave

Accident ou maladie dont la nature risque d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de l'état du Bénéficiaire si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

1.4. Ayant droit

Personne qui n'est pas assuré social à titre personnel mais qui bénéficie des prestations de l'assurance maladie obligatoire car elle est membre de la famille d'un assuré social (conjoint, concubin, enfants, ascendants à charge...) ou est hébergée à sa charge permanente et effective depuis plus d'un an.

1.5. Bénéficiaires

Toute personne physique désignée sur le Certificat Individuel d'Adhésion ou sur le dernier avenant à l'adhésion au contrat La Complémentaire Santé Société Générale.

1.6. Domicile

Lieu de résidence principal et habituel du Bénéficiaire figurant comme domicile sur le Certificat Individuel d'Adhésion ou sur le dernier avenant à l'adhésion au contrat La Complémentaire Santé Société Générale. Il est situé en France métropolitaine.

1.7. Grave problème de santé

Toute maladie ou tout Accident corporel dont les caractéristiques (nature, durée, perte de fonctionnalité induite, menace sur le pronostic vital...) sont susceptibles de remettre en question les équilibres économiques, organisationnels et / ou psychologiques de l'adhérent et de son foyer.

1.8. Hospitalisation

Séjour d'**au moins 24 heures**, dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une altération brutale de la santé du Bénéficiaire ayant pour cause un événement extérieure, soudain et imprévisible et violent et indépendant de la volonté du Bénéficiaire.

1.9. Hospitalisation imprévue

Toute hospitalisation consécutive à une maladie soudaine et imprévisible ou à un Accident corporel.

1.10. Hospitalisation prévue

Toute hospitalisation consécutive à une maladie ou à un Accident corporel pour laquelle un RDV a été pris.

1.11. Immobilisation au domicile

Obligation de demeurer au domicile **au moins de 72 heures**, médicalement prescrite, à la suite d'une maladie soudaine et imprévisible ou d'un Accident corporel.

1.12. Maladie

Altération de la santé du Bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente.

1.13. Membre de la famille

Ascendants et descendants au premier degré, conjoint, concubin ou toute personne liée au Bénéficiaire par un PACS, frères, sœurs,

beaux-parents, beaux-frères, belles-sœurs du bénéficiaire domiciliés dans le même pays que le Bénéficiaire.

1.14. Proche

Toute personne physique désignée par le Bénéficiaire ou un de ses ayants droit et domiciliée dans le même pays que le Bénéficiaire.

1.15. Territorialité

Les garanties s'exercent en France métropolitaine.

2. Objet

SOGECAP a souscrit auprès d'INTER PARTNER Assistance la convention d'assistance n° 0803830 afin de faire bénéficier les adhérents au contrat La Complémentaire Santé Société Générale des garanties d'assistance détaillées ci-dessous.

Ces prestations sont gérées par INTER PARTNER Assistance, Société Anonyme de droit belge au capital de 31 702 613 euros, entreprise d'assurance non-vie agréée par la Banque Nationale de Belgique (0487), immatriculée au Registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro 415 591 055, dont le siège social est situé 166 Avenue Louise – 1050 Ixelles – Bruxelles Capitale – Belgique, prise au travers de sa succursale française immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 316 139 500 et située 6, rue André Gide 92320 Châtillon, ci-après dénommée « AXA Assistance ».

La convention d'assistance est obligatoire dans le cadre de l'adhésion à La Complémentaire Santé Société Générale et reprend les mêmes modalités d'adhésion, de prise d'effet, de durée et de résiliation.

En cas d'arrêt de paiement des cotisations, la garantie assistance cesse selon les modalités définies à La Complémentaire Santé Société Générale.

3. Garanties d'assistance

Selon la formule souscrite, le Bénéficiaire pourra bénéficier par événement des garanties d'assistance dans la limite des plafonds ci-dessous.

Les plafonds sont définis par fait générateur, le Bénéficiaire pourra mettre en œuvre toutes les garanties selon le fait générateur correspondant, dans la limite des montants indiqués dans le tableau ci-dessous :

	Hospitalisation prévue ou imprévue dès l'ambulatorie, Immobilisation supérieure à 24H, Radio ou Chimiothérapie	Maternité supérieure à 48H, Maternité multiple ou à risque supérieure à 24H
Formule 1	400 €	200 €
Formule 2	800 €	400 €
Formule 3	1 200 €	600 €
Formule 4	1 600 €	800 €

3.1. Second avis médical

Objet de la garantie

La prestation de Second Avis Médical consiste à assurer le transfert à un Médecin Expert AXA Assistance, des données et des pièces médicales relatives à la Maladie et/ou diagnostic sur laquelle/lequel le Bénéficiaire souhaite recevoir un avis médical supplémentaire.

Sur la base des données et pièces transmises par le Bénéficiaire et transférées à AXA Assistance, le Médecin Expert apporte un éclairage complémentaire au diagnostic de la Maladie et/ou à la prescription.

Le Bénéficiaire reste le seul interlocuteur de son médecin traitant, qu'il a la liberté d'informer ou non du contenu de ce Second Avis Médical. AXA Assistance n'interférera en rien dans la relation du Bénéficiaire avec son médecin traitant.

Le Bénéficiaire peut bénéficier de cette prestation (1) une fois par an.

Champ d'application

La prestation Second Avis Médical s'applique en cas de Maladie, diagnostiquée pour la première fois pendant la période de garantie, y compris les rechutes intervenues pendant la période de garantie et ne présentant pas de caractère d'urgence.

Sont exclues du champ d'application de la prestation Second Avis Médical :

- **Toute demande de Second Avis Médical ne faisant pas l'objet d'un premier diagnostic rendu par toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en cours de validité, en France ;**
- **Les Maladies présentant un caractère d'urgence : toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement.**

Organisation de la prestation

AXA Assistance organise la prestation de transfert des données à un Médecin Expert ainsi que la transmission de l'avis de celui-ci au Bénéficiaire.

Les frais d'expédition sont à la charge du Bénéficiaire.

AXA Assistance s'engage à transmettre le Second Avis médical dans un **délai de 10 jours ouvrés** à compter du moment où son Médecin est en possession de toutes les pièces médicales requises.

Limites d'intervention

Cette garantie est limitée à une (1) Intervention par an.

L'intervention d'AXA Assistance se limite à l'aide à la constitution du dossier médical et à la transmission de ce dossier au Médecin Expert de son réseau.

Garanties d'assistance au domicile en cas :

- **d'Immobilisation au domicile du Bénéficiaire supérieure à 24H ou**
- **d'Hospitalisation prévue ou imprévue du Bénéficiaire dès l'ambulatorioire ou**
- **de traitement de radio ou de chimiothérapie du Bénéficiaire ou**
- **de maternité (Grossesse normale supérieure à 48H, Grossesse multiple ou à risque supérieure à 24H).**

3.2. Aide-ménagère ou auxiliaire de vie

AXA Assistance recherche et prend en charge une aide-ménagère ou auxiliaire de vie à domicile.

Elle aura en charge l'accomplissement des tâches ménagères quotidiennes.

AXA Assistance prend en charge une aide-ménagère ou auxiliaire de vie dans les limites précisées dans le tableau ci-dessous, avec un **minimum de 2 heures consécutives, dans les 15 jours suivant :**

- **Le 1er jour d'hospitalisation,**
- **Le 1er jour d'immobilisation au domicile,**
- **Le jour du retour au domicile après hospitalisation,**
- **Une séance de traitement de radio ou de chimiothérapie.**

	Hospitalisation prévue ou imprévue dès l'ambulatorioire, Immobilisation supérieure à 24H, Radio ou Chimiothérapie	Maternité supérieure à 48H, Maternité multiple ou à risque supérieure à 24H
Formule 1	20 heures	10 heures
Formule 2	40 heures	20 heures
Formule 3	60 heures	30 heures
Formule 4	80 heures	40 heures

Seule l'équipe médicale d'AXA Assistance, après la réalisation d'un bilan médical, est habilitée à fixer la nature de la prestation, d'aide-ménagère ou auxiliaire de vie, ainsi que le nombre d'heures allouées.

Au-delà de ces interventions, AXA Assistance communique au Bénéficiaire les coordonnées de personnels qualifiés. Le coût de l'intervention reste à la charge du Bénéficiaire.

3.3. Garde des enfants de moins de 15 ans

Si personne ne peut assurer la garde des enfants Bénéficiaires de **moins de 15 ans**, AXA Assistance organise et prend en charge :

- Soit l'acheminement d'un proche au domicile du Bénéficiaire ;
- Soit l'acheminement des enfants au domicile d'un proche ;
- Soit la garde des enfants par du personnel qualifié au domicile du Bénéficiaire dans les limites précisées dans le tableau ci-dessous, avec un **minimum de 2 heures consécutives, dans les 15 jours suivant :**
 - **le 1^{er} jour d'hospitalisation,**
 - **le 1^{er} jour d'immobilisation au domicile,**
 - **le jour du retour au domicile après hospitalisation,**
 - **une séance de traitement de radio ou de chimiothérapie.**

	Hospitalisation prévue ou imprévue dès l'ambulatorioire, Immobilisation supérieure à 24H, Radio ou Chimiothérapie	Maternité supérieure à 48H, Maternité multiple ou à risque supérieure à 24H
Formule 1	20 heures	10 heures
Formule 2	40 heures	20 heures
Formule 3	60 heures	30 heures
Formule 4	80 heures	40 heures

Cette personne, en fonction de l'âge des enfants, assurera également leur accompagnement à l'école.

En aucun cas, cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'hospitalisation ou de l'immobilisation ou du traitement.

AXA Assistance prend en charge le ou les titres de transport aller / retour en avion de ligne classe économique ou en train 1^{ère} classe et, selon le cas, les frais d'accompagnement des enfants chez un proche par la personne qualifiée.

AXA Assistance intervient à la demande des parents et ne peut être tenue pour responsable des événements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants confiés.

Au delà de ces interventions, AXA Assistance communique au Bénéficiaire les coordonnées de personnel qualifié. Le coût de cette intervention reste à la charge du Bénéficiaire.

3.4. Présence d'un proche

AXA Assistance organise et prend en charge dans les limites des plafonds précisées dans le tableau ci-dessus un titre de transport aller / retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe pour un membre de la famille ou un proche afin de se rendre au chevet du Bénéficiaire hospitalisé ou immobilisé.

Cette garantie est accordée si aucun membre de la famille du Bénéficiaire ne se trouve dans un **rayon de 50 km** de son lieu de domicile.

AXA Assistance organise et prend en charge son hébergement sur place **pendant 3 nuits à concurrence de 80 euros maximum par nuit d'hôtel (chambre et petit déjeuner uniquement).**

Toute autre solution de logement provisoire ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.

3.5. Garde des animaux domestiques

Si les animaux domestiques ne peuvent bénéficier de leur garde habituelle, AXA Assistance organise et prend en charge, dans les limites des plafonds précisées dans le tableau ci-dessus, **dès le premier jour de l'événement** et pour l'ensemble des animaux :

- soit le transfert des animaux (**2 maximum**) jusqu'à la pension la plus proche dans un **rayon de 50km** du domicile, et la garde des animaux
- soit le transfert des animaux (**2 maximum**) jusqu'au domicile d'un proche dans la **limite de 50 km.**

3.6. Livraison de médicaments

En cas d'incapacité de se déplacer du Bénéficiaire ou de l'un de ses proches **dans les 30 jours suivant l'événement**, AXA Assistance organise et prend en charge, dans les limites des plafonds précisées dans le tableau ci-dessus, la recherche et l'acheminement des médicaments indispensables à son traitement sur présentation d'une prescription médicale (ordonnance) de **moins de 24 heures**.

Le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire.

3.7. Conduite aux Rendez-vous médicaux ou en cas de maternité

A la demande du Bénéficiaire

- Si le transport est prescrit médicalement et bénéficie d'une prise en charge par les régimes de prévoyance du Bénéficiaire, Axa Assistance organise le transport (taxi ou VSL) aller/retour du Bénéficiaire à un rendez-vous médical programmé.
- Si le transport n'est pas prescrit médicalement, Axa Assistance organise et prend en charge, dans les limites des plafonds précisées dans le tableau ci-dessus, le transport (taxi ou VSL) aller/retour du Bénéficiaire pour se rendre soit :
 - à son rendez-vous médical programmé,
 - à la maternité (pour accoucher),
 - à son domicile (en retour de maternité).

3.8. Service d'accompagnement lors de déplacements professionnels

Lorsque le Bénéficiaire Travailleur Non Salarié se trouve dans l'incapacité de se rendre par lui-même sur son lieu d'activité ou à un déplacement professionnel, AXA Assistance organise et prend en charge **2 aller-retour** (domicile – Lieu de travail ou de rendez-vous) en taxi, **dans la limite de 100km (aller/retour) par trajet**.

3.9. Services à la personne

A la demande du bénéficiaire ou de l'un de ses proches, AXA Assistance organise et prend en charge, dans les limites des plafonds précisées dans le tableau ci-dessus, les services suivants :

- Accompagnement dans les déplacements sous réserve que l'état de la personne permette ce déplacement ;
- Recherche de personnel à caractère médical, paramédical ou de confort ;
- Livraison de courses ;
- Coiffeur / esthétique ;
- Portage de repas ;
- Personne de compagnie ;
- Petit dépannage (serrurerie, plomberie, électricité, vitrerie) ;
- Petit jardinage ;
- Petit bricolage.

Garantie d'assistance en cas d'Hospitalisation prévue ou imprévue ou d'Immobilisation de l'enfant Bénéficiaire supérieure à 14 jours :

Le montant maximum alloué pour cette garantie et par événement est de **1 000 €**.

3.10. Ecole à Domicile ou à l'hôpital

AXA Assistance recherche et prend en charge un ou plusieurs répétiteurs.

Ce soutien s'adresse aux enfants scolarisés en France dans un établissement scolaire français pour y suivre des cours d'une classe allant du cours préparatoire à la terminale.

Le ou les répétiteurs dispensent à l'enfant des cours dans les matières principales : Français, Mathématiques, Histoire, Géographie, Physique, Biologie, langues vivantes.

Seuls les honoraires du ou des répétiteurs sont pris en charge pour l'ensemble des matières **dans la limite de 3 heures maximum par jour ouvrable** (hors vacances scolaires) et **20 heures maximum par événement**.

Ces cours sont dispensés **dès le 15ème jour de l'immobilisation** au domicile ou de l'hospitalisation de l'enfant durant l'année scolaire en cours, hors jours fériés et vacances scolaires.

Au-delà de ces interventions, AXA Assistance communique au Bénéficiaire les coordonnées de personnels qualifiés. Le coût de l'intervention reste à la charge du Bénéficiaire.

4. Exclusions

4.1. Exclusions spécifiques aux garanties d'assistance à domicile

Sont exclus et ne pourront donner lieu à l'intervention d'AXA Assistance, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit :

- toutes interventions et / ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif, traitements ou analyses réguliers et, d'une manière générale, toute intervention ou prise en charge ayant un caractère répétitif ou régulier, sauf dans le cadre des hospitalisations prévues et de traitement de radiothérapie chimiothérapie,
- les interruptions volontaires de grossesse,
- les tentatives de suicide et leurs conséquences,
- les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, les traitements à but esthétique,
- les cures, séjours en maison de repos et les frais de rééducation.

4.2. Exclusions communes à toutes les garanties

Outre les exclusions précisées dans les textes du présent contrat, sont exclues et ne pourront donner lieu à l'intervention d'AXA Assistance, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit, toutes conséquences :

- résultant de l'usage abusif d'alcool (alcoolémie constatée supérieure au taux fixé par la réglementation en vigueur), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement ;
- de dommages provoqués par une faute intentionnelle ou dolosive du Bénéficiaire ;
- de la participation en tant que concurrent à un sport de compétition ou à un rallye ;
- d'une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales ;
- de la pratique, à titre professionnel, de tout sport et à titre amateur des sports aériens, de défense, de combat ;
- de la participation à des compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien ;
- du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- d'effets nucléaires radioactifs ;
- des dommages causés par des explosifs que le Bénéficiaire peut détenir ;
- de la participation volontaire à des rixes sauf en cas de légitime défense, à la guerre civile ou étrangère, à des émeutes, à des grèves, à des actes de terrorisme, de pirateries, de sabotage, à des mouvements populaires ;
- d'événements climatiques tels que tempêtes ou ouragans.

Ne donnent lieu ni à prise en charge, ni remboursement :

- les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec le Bénéficiaire ;
- les frais non justifiés par des documents originaux ;
- les frais engagés par le Bénéficiaire pour la délivrance de tout document officiel,
- toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou interétatique par toute autorité ou organisme gouvernemental ou non gouvernemental.

5. Conditions restrictives d'application

5.1. Responsabilité

AXA Assistance ne peut être tenue pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial, subi par un Bénéficiaire à la suite d'un incident ayant nécessité l'intervention des services d'assistance.

AXA Assistance ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention sauf stipulation contractuelle contraire.

5.2. Circonstances exceptionnelles

L'engagement d'AXA Assistance repose sur une obligation de moyens et non de résultat.

AXA Assistance ne peut être tenue pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution des garanties provoqués par la guerre civile ou étrangère déclarée ou non, la mobilisation générale, toute réquisition des hommes et/ou du matériel par les autorités, tout acte de sabotage ou de terrorisme, tout conflit social tel que grève, émeute, mouvement populaire, toute restriction à la libre circulation des biens et des personnes, les cataclysmes naturels, les effets de la radioactivité, les épidémies, tout risque infectieux ou chimique, tous les cas de force majeure.

6. Conditions générales d'application

6.1. Validité des garanties

Les garanties d'assistance sont acquises pendant toute la durée de la validité de la présente convention à toute personne Bénéficiaire de cette convention.

6.2. Mise en jeu des garanties

AXA Assistance s'engage à mobiliser tous les moyens nécessaires pour effectuer l'ensemble des garanties prévues dans la convention.

Seules les garanties organisées par ou en accord avec AXA Assistance sont prises en charge. AXA Assistance intervient dans le cadre fixé par les lois et règlements nationaux et internationaux.

En cas d'événement nécessitant l'intervention AXA Assistance, la demande doit être adressée directement :

- par téléphone : **01 55 92 18 10** (appel non surtaxé)

- par télécopie : **01 55 92 40 50**

- par courrier : **AXA ASSISTANCE - 6, rue André Gide – 92320 Châtillon**

6.3. Accord préalable

L'organisation par le Bénéficiaire ou par son entourage de tout ou partie des garanties d'assistance prévue à la présente convention sans l'accord préalable d'AXA Assistance, matérialisé par un numéro de dossier, ne peut donner lieu à remboursement.

6.4. Nullité

Le non-respect des obligations du Bénéficiaire envers AXA Assistance, en matière de déclaration des éléments d'information susceptibles de mettre en œuvre les garanties prévues à la convention, entraîne la nullité de ses engagements et la déchéance des droits prévus à ladite convention.

7. Cadre juridique

7.1. Protection des données à caractère personnel

Les informations relatives aux Assurés quant à la souscription du présent Contrat sont collectées, utilisées et conservées par les soins de SOGECAP et d'AXA Assistance, qui agissent en tant que responsables conjoints de traitement conformément aux dispositions de la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles. Dans le respect de leur périmètre respectif, AXA Assistance est responsable de traitement pour les données nécessaires à l'exécution du Contrat (gestion des sinistres, réclamations et contentieux survenus dans le cadre du présent Contrat).

Ainsi, dans le cadre de ses activités, AXA Assistance pourra :

- Utiliser les informations de l'Assuré ou de celles des personnes bénéficiant des garanties, afin de fournir les services décrits dans les présentes Conditions Générales. En utilisant les services d'AXA Assistance, l'Assuré consent à ce qu'AXA Assistance utilise ses données à cette fin ;
- Transmettre les données personnelles de l'Assuré et les données relatives à son Contrat, aux entités du Groupe AXA, aux prestataires de services d'AXA Assistance, au personnel d'AXA Assistance, et à toutes personnes susceptibles d'intervenir dans les limites de leurs attributions respectives, afin de gérer le dossier de sinistre de l'Assuré, lui fournir les garanties qui lui sont dues au titre de son Contrat, procéder aux paiements, et transmettre ces données dans les cas où la loi l'exige ou le permet ;

- Procéder à l'écoute et/ou à l'enregistrement des appels téléphoniques de l'Assuré dans le cadre de l'amélioration et du suivi de la qualité des services rendus ;
- Procéder à des études statistiques et actuarielles ainsi qu'à des analyses de satisfaction clients afin de mieux adapter nos produits aux besoins du marché ;
- Obtenir et conserver tout document photographique pertinent et approprié du bien de l'Assuré, afin de fournir les services proposés dans le cadre de son contrat d'assistance et valider sa demande ; et
- Procéder à l'envoi d'enquêtes qualité (sous forme de demandes à retourner ou de sondages) relatives aux services d'AXA Assistance et autres communications relatives au service clients.
- Utiliser les données personnelles dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude ; ce traitement pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

AXA Assistance est soumise aux obligations légales issues principalement du Code Monétaire et Financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et, à ce titre, AXA Assistance met en œuvre un traitement de surveillance des contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon conformément aux dispositions de la Loi en la matière.

Les données recueillies peuvent être communiquées aux autres sociétés du Groupe AXA ou à un tiers partenaire, y compris pour une utilisation à des fins de prospection commerciale. Si l'Assuré ne souhaite pas que ses données soient transmises aux sociétés du Groupe AXA ou à un tiers pour une utilisation à des fins de prospection commerciale, il peut s'y opposer en écrivant au :

Délégué à la Protection des données

AXA Assistance
6, rue André Gide
92320 Châtillon

Email : dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com

Certains des destinataires de ces données sont situés en dehors de l'Union européenne, et en particulier les destinataires suivants : AXA Business Services situé en Inde et AXA Assistance Maroc Services situé au Maroc.

Pour toute utilisation des données personnelles de l'Assuré à d'autres fins ou lorsque la loi l'exige, AXA Assistance devra solliciter son consentement.

L'Assuré peut revenir à tout moment sur son consentement.

En souscrivant au présent contrat et en utilisant ses services, l'Assuré reconnaît qu'AXA Assistance peut utiliser ses Données à caractère personnel et consent à ce qu'AXA Assistance utilise les données sensibles décrites précédemment.

Dans le cas où l'Assuré fournit à AXA Assistance des informations sur des tiers, l'Assuré s'engage à les informer de l'utilisation de leurs données comme défini précédemment ainsi que dans la politique de confidentialité du site internet d'AXA Assistance (voir ci-dessous).

L'Assuré peut obtenir, sur simple demande, copie des informations le concernant. Il dispose d'un droit d'information sur l'utilisation faite de ses données (comme indiqué dans la politique de confidentialité du site AXA Assistance – voir ci-dessous) et d'un droit de rectification s'il constate une erreur.

Si l'Assuré souhaite connaître les informations détenues par AXA Assistance à son sujet, ou s'il a d'autres demandes concernant l'utilisation de ses données, il peut écrire à l'adresse suivante :

Délégué à la protection des données

AXA Assistance
6, rue André Gide
92320 Châtillon

Email : dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com

L'intégralité de notre politique de confidentialité est disponible sur le site : axa-assistance.fr ou sous format papier, sur demande.

7.2. Subrogation

INTER PARTNER Assistance est subrogée dans les droits et actions de toute personne physique ou morale, Bénéficiaire de tout ou partie des garanties figurant à la présente convention, contre tout tiers responsable de l'événement ayant déclenché son intervention à concurrence des frais engagés par elle en exécution de la présente convention.

7.3. Prescription

Conformément à l'article L 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui leur donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 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 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.

La prescription est portée à dix (10) ans dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants-droit de l'assuré décédé.

Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires de droit commun visées ci-après :

- toute demande en justice, même en référé, ou même portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de la saisine de la juridiction est annulé par le fait d'un vice de procédure ;
- tout acte d'exécution forcée, ou toute mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ;
- toute reconnaissance par l'assureur du droit à garantie de l'assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'assureur ;
- La prescription est également interrompue par des causes spécifiques au contrat d'assurance visées ci-après :
- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la souscription ou par l'Assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six (6) mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

La prescription est également suspendue lorsque la partie est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

Conformément à l'article L114-3 du Code des assurances, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter des causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

7.4. Réclamations et médiation

En cas de désaccord concernant la gestion du contrat, le Souscripteur et/ou les Assurés s'adresse(nt) en priorité à leur

interlocuteur privilégié afin de trouver des solutions adaptées aux difficultés rencontrées.

Si la réponse apportée n'est pas satisfaisante ou si la réclamation porte sur la mise en œuvre des garanties le Souscripteur et/ou les Assurés peut/peuvent adresser leur réclamation par courrier à l'adresse suivante :

AXA Assistance - Service Gestion Relation Clientèle
6, rue André Gide
92320 Châtillon

Ou sur le site internet à partir de la rubrique « contact » :

www.axa-assistance.fr/contact

AXA Assistance s'engage à accuser réception sous dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, sauf si une réponse est apportée dans ce délai.

Une réponse sera adressée dans un délai maximum de deux (2) mois sauf si la complexité nécessite un délai supplémentaire.

Après épuisement des voies de recours internes ci-dessus énoncées et si un désaccord subsiste, le Souscripteur et/ou les Assurés peut/peuvent faire appel au Médiateur, personnalité indépendante, en écrivant à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

Ou en complétant le formulaire de saisine directement sur le site internet : www.mediation-assurance.org

Ce recours est gratuit. L'avis du Médiateur ne s'impose pas et laissera toute liberté à l'Assuré pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

Le Médiateur formulera un avis dans un délai de quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la réception du dossier complet.

La Charte de « la Médiation de l'Assurance » est également consultable sur le lien suivant :

www.mediation-assurance.org/medias/mediation-assurance/Charte_V2.pdf

7.5. Règlement des litiges

Tout litige se rapportant à la présente convention et qui n'aura pu faire l'objet d'un accord amiable entre les parties ou le cas échéant, d'un règlement par le médiateur, sera porté devant la juridiction compétente.

7.6. Autorité de contrôle

INTER PARTNER Assistance est soumise en qualité d'entreprise d'assurance de droit belge au contrôle prudentiel de la Banque Nationale de Belgique (Boulevard de Berlaimont 14 – 1000 Bruxelles – Belgique – TVA BE 0203.201.340 – RPM Bruxelles – www.bnb.be) ainsi qu'au contrôle en matière de protection des investisseurs et des consommateurs de l'Autorité des services et marchés financiers (FSMA - Rue du Congrès 10-16 – 1000 Bruxelles – Belgique – www.fmsa.be).

La succursale française d'INTER PARTNER Assistance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

7.7. Droit applicable au contrat

La présente convention est régie par le Droit français et soumise au Code des Assurances.

Annexe 4 : Services MédecinDirect

1. Objet

Conformément à la convention de partenariat passée entre SOGECAP et MédecinDirect (SAS au capital de 87 100€, dont le siège social est situé au 1 Chemin de Saulxier - 91160 Longjumeau - immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés d'EVRY sous le n°508.346.673), les services de téléconsultation médicale proposés par la société MédecinDirect permettent à un Bénéficiaire assuré du contrat d'assurance La Complémentaire Santé Société Générale une mise en relation avec des médecins généralistes ou spécialistes inscrits au Conseil National de l'Ordre des Médecins grâce à une plateforme web sécurisée ou à son service téléphonique.

2. Description des services

Chaque Bénéficiaire assuré peut profiter des services de MédecinDirect et poser une question à l'un de nos médecins pour :

- Une aide à la compréhension d'un symptôme, d'un diagnostic, d'un traitement,
- Une téléconsultation de médecine générale ou spécialiste,
- Une information sur des sujets d'actualité, des conduites à tenir, des choix à faire,
- Avant d'aller consulter votre médecin, afin de préparer l'entretien et permettre de poser les bonnes questions ou expliquer plus précisément ses symptômes et ainsi éviter une erreur éventuelle d'orientation,
- Au retour de sa consultation pour expliquer et apporter une information personnalisée, un second avis ce qui renforce la bonne compréhension du diagnostic et le bon suivi du traitement.

Chaque Bénéficiaire assuré peut solliciter les services de MédecinDirect s'il a par ailleurs des difficultés à joindre son médecin traitant ou à avoir un rendez-vous chez un spécialiste... ; Dans tous les cas, les services de MédecinDirect viennent en complément et en appui du parcours de soin.

Chaque Bénéficiaire assuré peut aussi bénéficier d'une d'ordonnance si le médecin le juge nécessaire et s'il a les informations suffisantes.

3. Fonctionnement

Le service MédecinDirect est accessible de France et de l'étranger :

- via le site internet www.medecindirect.fr après avoir créé un compte utilisateur. Ce service est accessible 24h/24 et 7j/7.
- ou par téléphone au numéro dédié.

Si une ordonnance est émise, elle l'est uniquement après vérification de l'identité de l'adhérent et est disponible sur la plateforme dans le compte de l'adhérent. Cette ordonnance est prise en charge par l'assurance maladie et la complémentaire santé comme toute ordonnance.

MédecinDirect n'est pas un service d'urgence. Le délai de réponse n'est pas compatible avec un état de santé pouvant nécessiter une consultation en urgence. En cas de doute, le Bénéficiaire doit contacter immédiatement son médecin traitant ou le 15 ou tout numéro dédié dans le pays concerné.

4. Confidentialité – Secret

Les consultations avec les médecins de MédecinDirect via le site www.medecindirect.fr ainsi que les comptes rendus des entretiens téléphoniques avec ces médecins contiennent généralement des données personnelles de santé, **elles sont couvertes par le secret médical.**

Les questions des utilisateurs dans le domaine médical, sont transmises au médecin de MédecinDirect qui répond directement à l'utilisateur grâce à une plateforme web sécurisée ou à son service téléphonique. Elles sont enregistrées dans une banque de données sécurisée, confidentielle et soumise au secret médical.

Le site et cette base de données sont hébergés chez un hébergeur de données de santé agréé par la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'ASIP Santé conformément à l'article L1111-8 du Code de la santé publique.

Par ailleurs, MédecinDirect ainsi que tous ses collaborateurs sont tenus au respect du secret médical et de la législation afférente aux traitements des données personnelles. Les conditions d'utilisation du site ainsi que la charte de qualité sont consultables sur www.medecindirect.fr.

5. Restriction

Seuls sont autorisés les actes mentionnés à l'article R6316-1 du Code de la Santé Public.

Certains médicaments ou prescriptions (prescriptions morphiniques, orthophonie, semelles orthopédiques, kiné, arrêt de travail) sont exclus, le médecin en charge de la question informera le client de ce qu'il peut ou ne peut pas faire.

Sont exclues les prescriptions suivantes :

- Médicaments soumis à prescription restreinte,
- Médicaments soumis à accord préalable,
- Médicaments d'exception,
- Prescription de stupéfiants.

Pour plus de détails : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/prescriptions/medicaments/regles-particulieres-de-prescription.php>

6. Responsabilité

Les obligations de MédecinDirect sont des obligations de moyens. La responsabilité de MédecinDirect ne saurait être recherchée pour les conséquences médicales qui pourraient découler des services rendus. Aucune responsabilité ne pourra être retenue à l'encontre de MédecinDirect en cas de retard dans l'exécution du service, d'utilisation ou d'usage abusif des informations contenus sur le site Internet par tout tiers, y compris par tout Bénéficiaire assuré.

En aucun cas, SOGECAP ne pourra être tenue pour responsable des conséquences de l'utilisation des services.

Annexe 5 : Protection des données personnelles

Ce paragraphe a pour objectif de vous informer de la manière dont vos informations personnelles sont collectées et traitées par SOGECAP, en tant que responsable de traitement.

Le groupe SOGECAP a nommé un délégué à la protection des données personnelles joignable aux coordonnées suivantes : dpo.assurances@socgen.com ou Groupe SOGECAP - Délégué à la Protection des données - 17 Bis Place des Reflets - 92919 PARIS LA DEFENSE CEDEX

Toutes les données sont obligatoires sauf mention particulière figurant dans votre documentation.

Pourquoi collectons-nous vos données personnelles ?

Dans le cadre de l'exécution de votre contrat, les données personnelles que nous collectons sont nécessaires à :

- votre identification, l'identification des assurés et des bénéficiaires ;
- l'étude vos besoins spécifiques afin de proposer des contrats adaptés ;

- l'examen, l'acceptation, la tarification, la surveillance des risques
- la réalisation de toute opération nécessaire à l'exécution et la gestion des contrats et des éventuels sinistres ;
- la gestion des impayés et leur recouvrement ;
- la gestion des recours, des réclamations et des contentieux ;
- la gestion des demandes liées à l'exercice des droits indiqués au paragraphe "quels sont vos droits?" ;
- la réalisation d'études actuarielles et statistiques.

Vos données sont également traitées pour répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur telles que la lutte contre le blanchiment.

Pour vous apporter les meilleurs services et continuer de les améliorer, nous traitons vos données dans le cadre de :

- la mise en place d'actions de prévention ;
- la gestion de notre relation commerciale afin de réaliser des animations commerciales telles que des actions de fidélisation, des enquêtes de satisfaction, des sondages.

Dans notre intérêt légitime, nous utilisons également vos données pour vous proposer des offres commerciales pour des produits et services du groupe SOGECAP analogues ou complémentaires à ceux souscrits, personnalisés selon vos besoins, ainsi que celles de nos partenaires. Vous pouvez vous y opposer à tout moment ou modifier vos choix (cf. article « quels sont vos droits ? »).

Afin de préserver la mutualité de nos assurés et dans notre intérêt légitime, nous mettons en œuvre un traitement de lutte contre la fraude à l'assurance pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Cette inscription pourra entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe SOGECAP.

Qui peut accéder à vos données personnelles ?

Vos données personnelles sont destinées, dans la limite de leurs attributions, à nos services en charge de la gestion commerciale ou de la gestion et exécution des contrats de chacune de vos garanties, à nos délégataires de gestion, intermédiaires en assurance, partenaires, mandataires, sous-traitants, ou aux autres entités du groupe SOGECAP dans le cadre de l'exercice de leurs missions.

Elles peuvent également être transmises, s'il y a lieu, aux organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, co-assureurs, réassureurs, organismes professionnels et fonds de garanties, ainsi qu'à toutes personnes intervenant au contrat tels qu'avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs, professionnels de santé, aux organismes sociaux lorsqu'ils interviennent dans le règlement des sinistres et prestations.

Des informations vous concernant peuvent également être transmises à toutes personnes intéressées au contrat (souscripteur, assuré, adhérent et bénéficiaire du contrat, et leurs ayants droits et représentants), ainsi qu'à toutes personnes habilitées au titre de Tiers Autorisés notamment les juridictions, arbitres, médiateurs, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que services en charge du contrôle interne.

Dans quels cas transférons-nous vos données hors de l'Union européenne ?

Les données nécessaires à l'exécution de votre contrat peuvent être transférées dans le cadre de l'exécution des contrats, de la gestion des actions ou contentieux liés à l'activité de l'entreprise vers des pays non-membres de l'Espace Économique Européen, dont les législations en matière de protection à caractère personnel diffèrent de celles de l'Union Européenne.

Par ailleurs, en raison notamment de la dimension internationale du Groupe Société Générale auquel appartient le responsable de traitement et des mesures prises pour assurer l'utilisation et la sécurité des réseaux informatiques, les traitements visés au

paragraphe "pourquoi collectons-nous vos données ? " sont susceptibles d'impliquer des transferts de données à caractère personnel vers des pays non-membres de l'Espace Économique Européen.

Dans ces cas, les transferts de vos données bénéficient d'un cadre précis et exigeant (clauses contractuelles types, décision d'adéquation accessibles sur le site de la CNIL « transférer des données hors UE »), conforme aux modèles adoptés par la Commission européenne, ainsi que des mesures de sécurité appropriées.

Combien de temps sont conservées vos données personnelles ?

Sauf précision apportée dans vos documents d'adhésion, vos données à caractère personnel sont conservées le temps de la relation commerciale ou contractuelle, et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux.

Quels sont vos droits ?

Vous disposez d'un droit :

- d'accès (possibilité de demander si et quelles informations nous détenons sur vous),
- de rectification (possibilité de demander la rectification des informations inexacts vous concernant),
- d'effacement (possibilité de demander la suppression de vos données dès lors que certaines conditions sont remplies),
- de limitation du traitement,
- à la portabilité de vos données.

Vous pouvez également :

- définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès,
- retirer votre consentement si le traitement de vos données repose uniquement sur celui-ci, étant entendu que ce retrait peut entraîner l'impossibilité pour SOGECAP de fournir ou d'exécuter le produit ou le service demandé ou souscrit.

Vous bénéficiez du droit de vous opposer :

- pour des raisons tenant à votre situation particulière, à ce que des données à caractère personnel vous concernant fassent l'objet du traitement que nous mettons en œuvre. Dans cette hypothèse, le caractère particulier de votre situation devra être clairement argumenté.
- sans avoir à motiver votre demande, à ce que vos données soient utilisées ou transmises à des tiers à des fins de prospection commerciale.
- à des opérations de prospection par téléphone en vous inscrivant sur la liste d'opposition selon les modalités décrites sur le site www.bloctel.gouv.fr ou par courrier, à l'adresse suivante : Société Opposetel, Service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret, 10000 Troyes. Vous ne pourrez plus être démarché téléphoniquement par SOGECAP ou l'un de ses partenaires sauf en cas de relations contractuelles préexistantes.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité, par lettre simple à l'adresse suivante : SOGECAP Santé - Service Contrat - 28bis rue de Courcelles – 51100 REIMS ou depuis le formulaire en ligne disponible depuis le site <https://www.assurances.societegenerale.com>.

Afin de permettre un traitement efficace de votre demande, nous vous remercions d'indiquer clairement le droit que vous souhaitez exercer ainsi que tout élément facilitant votre identification (numéro d'assuré/d'adhérent, numéro de contrat)

Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

Pour mieux connaître les traitements mis en œuvre par le groupe SOGECAP, retrouvez sa politique de protection des données accessible à l'adresse suivante : <https://www.assurances.societegenerale.com>.

SOGECAP pourra procéder à l'enregistrement des conversations et de vos échanges avec le ou les collaborateurs assurant la gestion des contrats, des sinistres et des réclamations quel que soit le support (emails, fax, entretiens téléphoniques, etc) aux fins d'amélioration de la qualité de service.

Les enregistrements téléphoniques sont conservés dans des conditions propres à en assurer la sécurité et la confidentialité.

Si vous souhaitez écouter l'enregistrement d'un entretien, vous pouvez en faire la demande par courrier adressé à SOGECAP Santé – Monsieur Le Directeur de la Relation Client - Service Contrat - 28bis rue de Courcelles – 51100 REIMS.