

La Complémentaire Santé Société Générale

Notice d'Information – Formule Confort

La Complémentaire Santé Société Générale n°96 078 est un contrat d'assurance collective à adhésion facultative souscrit par la Société Générale ci-après dénommée le Souscripteur au bénéfice de ses clients, auprès de SOGECAP, ci-après dénommée l'Assureur, entreprise régie par le Code des assurances. Ce contrat relève de la branche 2 (Maladie) et 1 (Accident) de l'article R.321-1 du Code des assurances pour laquelle SOGECAP a reçu un agrément.

La Complémentaire Santé Société Générale est présentée 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

Pour l'application des Contrats relatifs à la présente Notice d'Information, les termes suivants sont utilisés. Sauf disposition spécifique prévue à la garantie, les définitions ci-après s'entendent à la date des soins :

- **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, cliente du Souscripteur et chargée du paiement des cotisations. L'Adhérent a obligatoirement la qualité d'Assuré.
- **Année d'assurance :** période de douze (12) mois consécutifs démarrant à compter de la date de prise d'effet des garanties.
- **Assuré(s) :** personne(s) physique(s) désigné(es) sur le Certificat Individuel d'Adhésion sur qui reposent les garanties d'assurance souscrites.
- **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 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.
- **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.
- **Contrat solidaire :** Contrat souscrit sans que l'organisme assureur ne recueille d'information médicale sur la ou les personne(s) assurée(s) par le contrat relatif à la présente notice d'information ou ne fixe les cotisations du contrat en fonction de l'état de santé du ou des bénéficiaire(s).
- **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.
- **Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (DPTM) :** Dispositifs prévus par une ou plusieurs conventions nationales signées par l'UNCAM (Union nationale des caisses d'assurance maladie) et au moins une des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé, ayant pour objet la maîtrise de leurs dépassements d'honoraires : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO pour les spécialités chirurgicales ou de gynécologie-obstétrique).
Les professionnels de santé conventionnés exerçant en secteur 2 ou titulaires d'un droit de dépassement ayant choisi un de ces dispositifs sont consultables sur ameli-direct.fr.
- **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.
- **Maternité :** Etat de la femme lui permettant de bénéficier des prestations de la Sécurité sociale en lien avec cet état.
- **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 clients. Il s'agit de la SOCIETE GENERALE – Société Anonyme au

capital de 1 003 724 927,50 EUR 552 120 222 RCS Paris -
Siège social : 29, boulevard Haussmann - 75009 PARIS.

- **Ticket Modérateur** : Participation de l'Assuré aux tarifs définis par la Sécurité sociale pour rembourser les frais médicaux. Cette participation peut être réduite ou supprimée dans certains cas mentionnés à l'article R.322-8 du code de la Sécurité sociale.
- **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.

L'objet du contrat relatif à la présente notice d'information est d'accorder aux clients du Souscripteur, répondant aux conditions d'admissions définies à l'article 3 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 de téléconsultation médicale dispensés par MédecinDirect dans les conditions définies ci-après en Annexe 3,
- des prestations d'assistance mises en œuvre dans le cadre du contrat d'assistance souscrit par SOGECAP auprès d'INTER PARTNER ASSISTANCE (Annexe 2).

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, cliente du Souscripteur, peut demander à adhérer au contrat La Complémentaire Santé Société Générale aux conditions suivantes :

- être âgé d'au moins 16 ans à 80 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.

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 (1) 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 80 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 trois formules de garanties, avec un niveau de couverture croissant :

- Formule Essentielle,
- Formule Confort,
- Formule Optimale.

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.

La formule choisie par l'Adhérent est identique 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 auprès du Service Contrat SOGECAP Santé.

Si cette demande concerne une augmentation de formule, 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, 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 (1) an après une augmentation de formule.

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 (3) 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'indemnité 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 choisie 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 ;

- le vaccin anti-grippe ;
- les prothèses auditives et les appareillages orthopédiques ;
- la médecine alternative : l'ostéopathie, la chiropractie, l'étiopathie, la naturopathie, l'acupuncture, les actes de pédicurie-podologie effectués par un pédicure-podologue assermenté, 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 cinq (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 (3) 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 indemnité 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 trente (30) jours ;
- les consultations et visites de psychiatre ou de neuropsychiatre au delà de 52 consultations par année civile 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 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 (2) 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 (4) 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.

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 de manière mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle, 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 a 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 deux (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 au Service Contrat SOGECAP Santé selon l'un des modes de résiliation prévu à l'article L.113-14 du Code des assurances (soit par lettre ou tout autre support durable ; soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Assureur ; soit par acte extra-judiciaire ; soit depuis le formulaire en ligne disponible depuis le site <https://www.assurances.societegenerale.com> ou, le cas échéant, depuis l'espace personnel sécurisé). 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 adhésion à tout moment à l'issue de sa première année d'adhésion. La résiliation prend effet un (1) 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 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 (1) mois avant la date de non-renouvellement et un nouvel interlocuteur leur serait indiqué.

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 à l'article 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 :

- changement de domicile hors France, avec justificatif ;
- changement de profession, avec justificatif par le nouvel employeur ;

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 détruites. 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 avec avis de réception, 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° 96 078. 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 (30) 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 a eu connaissance ;

2°) en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

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 accusera réception de votre demande dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de votre envoi et s'engage à vous répondre dans un délai maximal de deux (2) mois à compter de l'envoi de votre demande.

Si votre désaccord persistait ou à l'issue d'un délai de deux (2) mois après l'envoi de la première réclamation écrite adressée à l'Assureur, vous pourriez demander l'avis du Médiateur, dont les coordonnées sont les suivantes : **La Médiation de l'Assurance, TSA 50 110, 75441 PARIS CEDEX 09**, ou via le formulaire disponible à l'adresse suivante <https://formulaire.mediation-assurance.org/>. La « charte du Médiateur de l'assurance » est disponible sur le site <https://www.mediation-assurance.org/>.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux compétents.

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).

Société Générale Assurances est la marque commerciale de SOGECAP, Société Anonyme d'assurance sur la vie et de capitalisation au capital de 1.263.556.110 €. Entreprise régie par le Code des assurances - 086 380 730 RCS Nanterre. Siège social : Tour D2 - 17 bis place des Reflets - 92919 Paris La Défense Cedex. SOCIETE GENERALE – Société Anonyme au capital de 1 003 724 927,50 EUR - 552 120 222 RCS Paris - Siège social : 29, boulevard Haussmann - 75009 PARIS



N° ADEME : FR231725_01YSGB

Annexe 1 : Tableau de garanties

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.

	Formule Confort 96 078
Numéro de contrat sous-jacent	
Hospitalisation	
Forfait journalier Hospitalier*	Frais réels sans limitation de durée
Forfait Patient Urgences	Frais réels
Honoraires (secteur conventionné ou non)	100% BRSS ⁽¹⁾ / 100% BRSS ⁽²⁾
Frais de séjour en secteur conventionné et non conventionné (y compris maison de repos)	100% BRSS
Transport remboursé par le RO	100% BRSS
Chambre particulière	-
Lit Accompagnant (quel que soit l'âge)	-
Exonération des cotisations	Oui
Soins courants	
Honoraires médicaux	
- Généralistes	175% BRSS ⁽¹⁾ / 150% BRSS ⁽²⁾
- Spécialistes	225% BRSS ⁽¹⁾ / 150% BRSS ⁽²⁾
Honoraires paramédicaux	175% BRSS ⁽¹⁾ / 150% BRSS ⁽²⁾
Analyses et examens de laboratoire	175% BRSS
Matériel médical	175% BRSS
Médicaments	
- Dont le service médical rendu majeur ou important	100% BRSS
- Dont le service médical est classé modéré	100% BRSS
- Dont le service médical est classé faible	100% BRSS
- Prescrits non remboursés	75€ / an
Dentaire	
Soins et prothèses 100% santé	100% FR
Soins	175% BRSS
Prothèses	
- Remboursées par le RO	250% BRSS
- Non remboursées par le RO	100€ / acte
Orthodontie	
- Remboursée par le RO	200% BRSS
- Non remboursée par le RO	200€ / an
Implantologie, parodontologie	400€ / an
Plafond dentaire annuel	1 500€
Aides auditives	
Equipements 100% santé	100% FR
Autres équipements remboursés par le RO	
- Adulte	950€ / 4 ans (forfait unique quel que soit le nombre d'équipements acquis)
- Enfant	200% BRSS
Bilan auditif	100% BRSS
Entretien	100% BRSS
Optique	
Equipements 100% santé	100% FR
Autres équipements optiques	
- Paire de lunettes avec 2 verres de classe a	200€
- Paire de lunettes avec 1 verre de classe a et 1 verre de classe b	200€
- Paire de lunettes avec 2 verres de classe b	200€
- Paire de lunettes avec 1 verre de classe a et 1 verre de classe c	200€
- Paire de lunettes avec 1 verre de classe b et 1 verre de classe c	200€
- Paire de lunettes avec 2 verres de classe c	200€
- dont forfait pour la monture	100€ maximum
Lentilles remboursées ou non par le RO	100% BRSS + 200€ / an
Chirurgie de l'œil	150€ / an et / œil
Cure thermale	
Cure thermale remboursée par le RO	100% BRSS + 300€ / an
Prévention et Confort	
Actes de prévention dans le cadre du contrat responsable	Oui
Forfait Prévention non remboursée / Médecine Alternative	350€ / an
- dont forfait automédication	30€ / an
- Bonus fidélité ⁽³⁾	50€
Allocation Maternité / Adoption	200€
Cotisation gratuite à partir du 3ème enfant**	Oui

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

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

(3) **Bonus Fidélité** : 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

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.

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, 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.

Annexe 2 : Convention d'assistance n° 0803832 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°96 078 souscrit par la Société Générale 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.

3.1.1

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° 0803832 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

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 :

	Dès l'Hospitalisation ambulatoire, Immobilisation supérieure à 24H, Radio ou Chimiothérapie	Maternité supérieure à 48H, Maternité multiple ou à risque supérieure à 24H
Formule Confort	600 €	200 €

Garanties d'assistance au domicile en cas :

- **D'Hospitalisation ambulatoire du Bénéficiaire ou**
- **d'Immobilisation au domicile du Bénéficiaire supérieure à 24H ou**
- **d'Hospitalisation prévue ou imprévue du Bénéficiaire supérieure à 24H 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).**

3.1. 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 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.**

	Dès l'Hospitalisation ambulatoire, Immobilisation supérieure à 24H, Radio ou Chimiothérapie	Maternité supérieure à 48H, Maternité multiple ou à risque supérieure à 24H
Formule Confort	30 heures	10 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.

3.2. 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.**

	Dès l'Hospitalisation ambulatoire, Immobilisation supérieure à 24H, Radio ou Chimiothérapie	Maternité supérieure à 48H, Maternité multiple ou à risque supérieure à 24H
Formule Confort	30 heures	10 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.

3.3. 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.

3.4. 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.**

3.5. 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.

3.6. 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).

3.7. 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 supérieur à 14 jours :

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

3.8. 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 15^{ème} 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 3 : 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 4 : 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, entité de SOCIETE GENERALE ASSURANCES (ci-après dénommée « Nous ») en tant que responsable de traitement.

SOCIETE GENERALE ASSURANCES a nommé un délégué à la protection des données personnelles joignable aux coordonnées suivantes : dpo.assurances@socgen.com ou SOCIETE GENERALE ASSURANCES - 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 de SOCIETE GENERALE ASSURANCES.

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 de SOCIETE GENERALE ASSURANCES 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.
- 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 WORLDINE, Service Bloctel, Immeuble

River Ouest, 80, quai Voltaire, 95870 Bezons. Vous ne pourrez plus être démarché téléphoniquement par SOGECAP sauf en cas de de contrat en cours et de produit complémentaire à ce contrat proposé

Ces droits peuvent être exercés par lettre simple à l'adresse suivante : SOCIETE GENERALE ASSURANCES - SOGECAP - – Direction de la Conformité - Service Protection des données - 17 Bis place des Reflets - 92919 Paris la Défense Cedex ou depuis le formulaire en ligne accessible à l'adresse <https://www.assurances.societegenerale.com/fr/footer/donneespersonnelles>.

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 SOCIETE GENERALE ASSURANCES, retrouvez sa politique de protection des données accessible à l'adresse suivante : <https://www.assurances.societegenerale.com/fr/footer/donneespersonnelles>

Dispositions spécifiques aux enregistrements téléphoniques

Dans son intérêt légitime, 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 au maximum 2 ans à partir de leur réalisation dans des conditions propres à en assurer la sécurité et la confidentialité.

Il est expressément convenu que les enregistrements des échanges téléphoniques et les enregistrements informatiques ou leur reproduction sur un quelconque support font foi entre les parties sauf pour chacune d'elles à apporter la preuve contraire.

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.