

# Annexe : La Complémentaire Santé Collective – Syntec

## 1. Définitions

- **100% santé** : Garantie à hauteur des Frais réels générés dont bénéficient certains équipements et soins (optiques, audio-prothétiques et dentaires prothétiques), conformément à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale et à la réforme « 100% Santé ».
- **Accident** : atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.
- **Affiliés** : salariés de l'Entreprise adhérente bénéficiaires du contrat et appartenant à l'une des catégories de personnel désignée dans les Conditions Particulières et définie dans l'acte juridique de mise en place du régime.
- **Assuré(s)** : personne(s) physique(s) bénéficiaire(s) du Contrat.
- **Ayants droit** : personnes physiques bénéficiant du présent Contrat en tant que membre de la famille d'un Affilié (enfants à charge uniquement ou conjoint et enfants à charge) et visés dans les Conditions Particulières ainsi que l'acte juridique de mise en place du régime.

On entend par enfants à charge, les enfants à charge fiscalement pour le salarié. Les enfants à charge fiscalement doivent remplir l'une des conditions suivantes :

- être âgés de moins de 21 ans,
- être âgés de moins de 25 ans poursuivant des études et régulièrement inscrits dans un établissement,
- être âgés de moins de 25 ans sous contrat d'apprentissage,
- handicapé remplissant les conditions d'attribution de l'allocation légale d'adulte handicapé.

On entend par conjoint la personne unie à l'Affilié par les liens du mariage, le concubin tel que défini par l'article 515-8 du Code civil ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) tel que défini par l'article 515-1 du Code civil, dès lors que ces derniers justifient n'exercer aucune activité professionnelle et ne percevoir aucun revenu professionnel tel que défini dans le cadre de l'imposition sur le revenu.

- **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.
- **Contrat responsable** : Contrat 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 personnes assurées par ce contrat ou ne fixe les cotisations du contrat en fonction de l'état de santé du ou des bénéficiaires.
- **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 ayant pour objectif de favoriser l'accès des patients à des tarifs opposables à la Sécurité sociale (Optam et Optam-CO). Ils sont accessibles aux médecins du secteur 2 (honoraires libres) et du secteur 1 disposant d'un droit permanent à dépassements d'honoraire ou accès au secteur 2. La liste des médecins ayant adhéré à ce dispositif est disponible sur le site <http://annuaire.sante.ameli.fr/>.

- **Entreprise adhérente** : entreprise (personne morale) désignée dans les Conditions Particulières, chargée du paiement des cotisations.
- **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 (FR)** : 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.
- **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 1 009 897 173,75 EUR 552 120 222 RCS Paris - Siège social : 29, boulevard Haussmann - 75009 PARIS.
- **Ticket Modérateur** : différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) et le remboursement effectué par le Régime Obligatoire (avant application sur celui-ci d'une participation forfaitaire ou d'une franchise). Le montant du Ticket Modérateur varie notamment selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail etc.), le Régime Obligatoire, le respect du parcours des soins coordonnés ou si l'Assuré est atteint d'une affection de longue durée.
- **Tiers payant** : le régime du "tiers payant" est la facilité donnée au malade d'être exonéré de l'avance de la partie des dépenses de santé qui est finalement prise en charge par le Régime Obligatoire. Cette dispense résulte d'accords conclus par les établissements et les praticiens et les organismes sociaux en application de l'article L.160-10 du Code de la Sécurité sociale qui les prévoit.

## 2. Objet de l'assurance

L'objet de ce Contrat est de faire bénéficier les salariés des Entreprises adhérentes, relevant de la Convention Collective Nationale des bureaux d'études techniques, cabinets d'ingénieurs conseils et des sociétés de conseil (IDCC 1486) et leurs Ayants droit éventuels, dans la limite des garanties souscrites :

- du remboursement des dépenses résultant d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité dans les conditions définies ci-après à l'article 10 ;
- des prestations d'assistance mises en œuvre dans le cadre du contrat d'assistance souscrit par SOGECAP auprès de Mondiale Assistance (Annexe 4).
- de l'accès aux services dispensés par MEDECIN DIRECT dans les conditions définies en Annexe 5.

Le lieu de conclusion du contrat est réputé être le lieu du siège social de l'Assureur.

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

**La Complémentaire Santé Collective répond aux critères qualifiant les contrats responsables et solidaires.**

**Ce Contrat intervient :**

- **En complément des remboursements du Régime Obligatoire effectués, sous réserve des exclusions mentionnées à l'article 10.3 ;**
- **En versant, pour certains actes, un forfait en l'absence d'intervention du remboursement du Régime Obligatoire.**

L'adhésion au contrat est constituée des éléments suivants :

- les Conditions Générales du Contrat et ses annexes ;
- les Conditions Particulières et la Demande d'Adhésion signées par l'Entreprise adhérente ;
- la Notice d'information établie par l'Assureur.

### 3. Conditions d'admission à l'assurance

Toute personne morale cliente du Souscripteur peut demander à adhérer au contrat La Complémentaire Santé Collective – Syntec aux conditions suivantes :

- être immatriculée :
  - au Registre de Commerce et des Sociétés (RCS), ou ;
  - dans le cas d'une profession libérale, auprès de l'URSSAF, le greffe du tribunal du commerce ou la chambre du commerce et de l'industrie, ou ;
  - dans le cas d'une profession artisanale auprès de la chambre de métiers et de l'artisanat.
- être domiciliée en France ;
- relever de la Convention Collective Nationale des bureaux d'études techniques, cabinets d'ingénieurs-conseils et des sociétés de conseils (IDCC 1486).

Ne sont pas éligibles les Représentants de Firmes Etrangères (RFE).

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

L'adhésion au contrat prend effet à la date indiquée sur les Conditions Particulières. Elle prend fin au 31 décembre de l'année en cours et est renouvelée ensuite annuellement, par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une des parties conformément aux dispositions de l'article L.113-12 du Code des assurances.

L'Assureur peut résilier le contrat à la condition d'envoyer une lettre recommandée à l'autre partie au plus tard le 31 octobre précédant chaque échéance annuelle.

L'Entreprise adhérente peut résilier le contrat conformément aux dispositions de l'article 13 du présent contrat.

En tout état de cause, la durée de l'adhésion ne peut être inférieure à 9 mois, sous réserve des cas de résiliation visés à l'article 13 ou de résiliation du Contrat.

### 5. Affiliation

L'Entreprise adhérente s'engage à affilier tous ses salariés présents et futurs relevant de la Convention Collective Nationale des bureaux d'études techniques, cabinets d'ingénieurs-conseils et des sociétés de conseils et leurs Ayants droit visés aux Conditions Particulières et à adresser à l'Assureur les bulletins individuels d'affiliation complétés et signés par les assurés dans les 30 jours suivant leur entrée dans la catégorie de personnel assurée ou dans les 30 jours suivant leur changement de situation familiale.

Afin de bénéficier des garanties, les salariés appartenant aux catégories définies aux Conditions Particulières doivent signer un bulletin individuel d'affiliation ou compléter un bulletin individuel d'affiliation électronique en indiquant, s'il y a lieu, leurs Ayants droit selon les dispositions indiquées dans les Conditions Particulières.

Cette obligation s'entend sous réserve des cas de dispense admis par la réglementation sociale et fiscale en vigueur ou expressément prévus dans l'acte juridique instituant le régime frais de santé en vigueur au sein de l'Entreprise adhérente.

Les assurés doivent informer l'Assureur de tout changement de situation familiale par le même document.

### 6. Obligation d'informations

Un exemplaire de la Notice d'information établie par l'Assureur a été remis à l'Entreprise adhérente lors de son adhésion au présent contrat. **En application de l'article L141-4 du Code des assurances il est de la responsabilité de l'Entreprise adhérente de la remettre à tous ses salariés présents et futurs appartenant aux catégories définies aux Conditions Particulières.**

**La preuve de la remise de la Notice d'information ou de toute modification apportée à leurs droits et obligations lui incombe.**

### 7. Cessation des garanties

Pour les assurés salariés, les garanties cessent :

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

**Il est de la responsabilité de l'Entreprise adhérente de communiquer à l'Assureur les sorties des effectifs assurés dans les 3 mois suivant la date de départ des affiliés concernés (indépendamment des informations relatives aux mouvements de personnel communiquées via la DSN).**

Par exception à ce qui figure ci-dessus, les salariés dont la suspension du contrat de travail est non indemnisée pourront, sur simple demande écrite auprès de l'Entreprise adhérente, continuer à bénéficier du régime pendant la période de suspension de leur contrat de travail sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation.

Pour les Ayants droit les garanties cessent à la même date que celles de l'assuré. De plus, les garanties cessent à la date à laquelle les Ayants droit ne répondent plus aux conditions prévues pour être

définis comme Ayants droit, ou à la date à laquelle leur radiation est demandée.

En cas de radiation d'un salarié en cours de mois, la couverture est maintenue jusqu'en fin de mois.

Toute radiation est définitive.

## 8. Modification de l'adhésion

L'Entreprise adhérente doit déclarer, dans un délai de 15 jours, toute transformation intervenant dans sa situation juridique ou économique ayant une influence sur la couverture de ses salariés : changement de localisation géographique, de régime social, ajout d'un établissement...

Les modifications contractuelles prennent effet le mois suivant la déclaration, sous réserve de la communication de l'ensemble des pièces justificatives.

Un avenant matérialisant ces modifications est adressé à l'Entreprise adhérente et des bulletins individuels d'affiliation seront à remplir pour l'ensemble des nouveaux bénéficiaires.

## 9. Choix des formules

### 9.1. Formules de garanties

Lors de son adhésion au présent contrat, l'Entreprise adhérente peut choisir entre trois formules de garanties, avec un niveau de couverture croissant :

- Syntec 1 ;
- Syntec 2 ;
- Syntec 3.

Le choix de la formule est déterminé à l'adhésion par l'Entreprise adhérente et s'impose à l'ensemble des salariés appartenant aux catégories définies aux Conditions Particulières.

### 9.2. Modification des formules

En cours d'adhésion, l'Entreprise adhérente peut demander un changement de formule auprès de SOGECAP Santé Collective.

Les nouvelles conditions contractuelles prennent effet au 1<sup>er</sup> janvier qui suit la demande. Un avenant matérialisant ces modifications est adressé à l'Entreprise adhérente et des bulletins individuels d'affiliation seront à remplir pour l'ensemble des bénéficiaires.

En tout état de cause, un changement de formule ne peut intervenir avant 9 mois d'adhésion au Contrat.

## 10. Descriptions des garanties

### 10.1. 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 10.2) ;
- avoir été effectuées en France ou à l'étranger si le séjour ne dépasse pas trois mois consécutifs.

Les prestations de l'Assureur sont :

- exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale ou forfaitaires et plafonnées selon le niveau de garantie choisi (conformément au tableau des garanties figurant en Annexe 1) ;
- déterminées déduction faite du remboursement du Régime Obligatoire ou de tout autre organisme d'assurance complémentaire santé ;

- calculées sur la base du Tarif de Convention, même lorsque le remboursement du Régime Obligatoire s'est effectué sur la base du Tarif d'Autorité. Dans ce dernier cas, la différence entre le remboursement du Régime Obligatoire calculé sur la base du Tarif de Convention et le remboursement du Régime Obligatoire calculé sur la base du Tarif d'Autorité reste à la charge de l'Assuré.

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

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

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

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

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

### 10.2. Garanties couvertes

Sont garantis selon la formule choisie par l'Entreprise adhérente :

- 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 ainsi que les médicaments prescrits et référencés dans les pages blanches du Vidal mais non pris en charge par le Régime Obligatoire ;
  - la contraception féminine ;
  - les patchs anti-tabac ;
  - le vaccin anti-grippe ;
  - les prothèses auditives, les appareillages orthopédiques et autres prothèses prescrites et figurant dans la liste des produits et prestations (LPP) remboursables ;
  - la médecine alternative : l'ostéopathie, la chiropractie, l'acupuncture, les actes de pédicurie-podologie effectués par un pédicure-podologue, le psychologue, le psychomotricien, le tabacologue et le diététicien ;
  - l'ostéodensitométrie osseuse ;
- les frais liés à des hospitalisations médicales, chirurgicales, psychiatriques ou obstétriques suivantes :
  - les frais de transport, les honoraires et soins, les frais de séjour, le forfait journalier hospitalier, le forfait actes lourds, le supplément dû au titre d'une chambre particulière en secteur conventionné et les frais de lit d'accompagnement en cas d'hospitalisation en secteur conventionné de l'Assuré quelque soit l'âge de l'Assuré ;
- les frais dentaires :
  - les soins, les prothèses, les traitements d'orthodontie acceptés ou non par le Régime Obligatoire (au-delà de 25 ans, la prise en charge des actes orthodontiques est soumise à l'avis du

dentiste consultant de l'Assureur), 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 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.

### 10.3. Garanties non couvertes

#### Exclusions générales

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

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

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

- **Ne sont pas garantis :**

- les frais engagés pour le séjour dans les établissements ou services suivants : héliomarins ou de thalassothérapie, de gériatrie, de retraite ainsi que les séjours dans les centres hospitaliers pour personnes âgées dépendantes ;
- les frais d'interventions ou de traitements à but esthétique, de rajeunissement ou préventif, lorsque ces frais ne sont pas pris en charge par le Régime Obligatoire ;
- les cures de sommeil, d'amaigrissement, de rajeunissement, de désintoxication ;
- les séjours en maison de repos ou de convalescence, sauf s'ils font suite à une hospitalisation et sont médicalement ordonnés. Par année d'adhésion et par Assuré, l'intervention est limitée à 30 jours ;
- les consultations et visites de psychiatre ou de neuropsychiatre au delà de 52 consultations par an et par Assuré ;
- les garanties sont limitées à 90 jours par année civile pour les hospitalisations pour affections psychopathologiques en secteur public ou privé.

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

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

**Ne donnent pas lieu aux garanties choisies par l'Entreprise adhérente 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.**

### 10.4. Délai de reconstitution des droits

Les droits à prestation, notamment les forfaits, sont reconstitués chaque 1<sup>er</sup> janvier à l'exception :

- des garanties optiques (hors lentilles et opérations de la vision au laser) qui sont reconstituées tous les deux ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement, qu'il relève du 100% Santé ou non, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue pour lesquels un renouvellement anticipé est possible ;
- des garanties sur les audioprothèses qui sont reconstituées tous les quatre ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement, qu'il relève du 100% Santé ou non.

## 11. Cotisation

### 11.1. Montant de la cotisation à l'adhésion

A l'adhésion la cotisation est déterminée en fonction des garanties choisies par l'Entreprise adhérente.

La cotisation de la première année d'assurance est indiquée sur la Demande d'Adhésion, elle est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

### 11.2. Modalités et fractionnement de paiement

La cotisation, toutes taxes comprises, est due au jour sélectionné par l'Adhérent figurant dans les Conditions particulières. La cotisation est payable mensuellement à terme échu par prélèvement automatique.

### 11.3. Retard ou défaut de paiement

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

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

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

### 11.4. Révision de la cotisation

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

- des résultats constatés sur le Contrat ;
- de l'évolution des indices de la Consommation Médicale Totale (CMT) nette de l'évolution du Plafond Annuel de la Sécurité sociale (PASS) constaté entre le 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice N-2 et le 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice N-1 ;



- de l'évolution des paramètres utilisés par la Sécurité sociale.

A défaut d'accord, l'Adhérent dispose d'un délai de 60 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 13.1).

La modification des informations relatives à l'adhésion de l'Entreprise adhérente (voir article 8) peut entraîner :

- une augmentation de la cotisation : l'Assureur propose alors une nouvelle cotisation. L'Entreprise adhérente dispose d'un délai de 60 jours pour refuser et demander la résiliation de son adhésion ;
- une diminution de la cotisation.

## 12. Règlement des prestations

### 12.1. 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 dite de 3<sup>ème</sup> génération
- les justificatifs de dépenses, sous forme de notes d'honoraires précisant la nature de l'acte et la qualification précise du praticien.

Les assurés disposent d'un délai maximum de 2 ans, à partir de la date des soins pour transmettre, par courrier, au service SOGECAP Santé Collective leurs demandes de remboursement.

Les prestations sont versées sur le compte bancaire de l'affilié.

### 12.2. Subrogation de l'Assureur

L'Assureur est subrogé de plein droit à l'Assuré pour exercer toute action contre les tiers responsables pour obtenir le remboursement des prestations payées. 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.

## 13. Résiliation

### 13.1. Résiliation à l'initiative de l'Entreprise adhérente

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

- lors du renouvellement annuel moyennant un préavis de 2 mois avant la date de renouvellement, (soit le 31 octobre pour une résiliation au 31 décembre) la date de réception par l'Assureur faisant foi. La résiliation prend effet au 31 décembre suivant.
- en cas de révision de la cotisation suite à une modification des informations de l'adhésion telle que prévue au paragraphe 11.4, la résiliation prend effet 60 jours après réception par l'Assureur de la demande de l'Entreprise adhérente.

- en cas de révision de la cotisation à l'initiative de l'Assureur refusée par l'Entreprise adhérente la résiliation prend effet 60 jours après la notification de la modification des cotisations à l'Adhérent.

Pendant ces périodes, la cotisation est calculée sur la base de l'ancien tarif dans les conditions et limites en vigueur à la date de l'ancien tarif.

Par ailleurs, conformément aux dispositions de l'article L.113-15-2 du Code des assurances, l'Entreprise adhérente peut demander la résiliation de son adhésion à tout moment à l'issue de sa première année d'adhésion. La résiliation prend effet à la fin un mois après que SOGECAP en ait reçu notification par l'Entreprise adhérente. 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'Entreprise adhérente 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 si elle exprime une demande expresse en ce sens auprès du nouvel assureur.

### 13.2. 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 11.3 ;
- à tout moment lorsque le nombre de personnes assurées ne représente plus la totalité de la catégorie de personnel définie dans les Conditions Particulières avec un préavis de 2 mois ;
- lors du renouvellement annuel moyennant un préavis de 2 mois avant la date de renouvellement, (soit le 31 octobre pour une résiliation au 31 décembre).

### 13.3. Résiliation de plein droit

En cas de survenance d'un événement qui amène l'Entreprise adhérente à ne plus être éligible au contrat La Complémentaire Santé Collective, 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.

### 13.4. Conséquences de la résiliation sur le paiement des prestations

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

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

## 14. Prescription

Conformément aux dispositions de l'article L.114-1 et suivants du Code des assurances, toute action dérivant du contrat et émanant de l'Entreprise adhérente, 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'adhérent, 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.

## 15. Degré élevé de solidarité

La Convention Collective Nationale des bureaux techniques, cabinets d'ingénieurs conseils et des sociétés de conseil institue une politique d'action sociale permettant la mise en œuvre de garanties collectives présentant un haut degré de solidarité et comprenant des prestations à caractère non directement contributif conformément aux dispositions de l'article L.912-1 du Code de la Sécurité sociale. Ces prestations peuvent prendre la forme d'actions collectives de prévention ainsi que des actions individuelles en cas de difficultés d'ordre social ou économique, notamment sous forme d'aides exceptionnelles sous conditions de ressources.

Le financement de ces prestations est fixé, conformément aux dispositions de la Convention collective, à 2% du montant de la prime ou de la cotisation globale acquittée par l'employeur et le salarié au titre de la couverture obligatoire mise en place par l'entreprise.

Les aides sont attribuées en fonction de la situation sociale et financière du foyer.

### Renseignements complémentaires

Les salariés peuvent télécharger un dossier de demande d'aide sur l'espace intranet mis à leur disposition.

Une fois le dossier complété et transmis, l'Association d'Aide aux Assurés SOGECAP étudie le dossier et la possibilité de procéder au versement d'une aide financée par le fonds d'action sociale.

Ce fonds intervient dans la limite des ressources annuelles qui lui sont attribuées.

Chaque salarié ne peut soumettre qu'un seul dossier annuellement.

### Qui contacter ?

Les dossiers de demande d'aide sont à transmettre à l'Association d'Aide aux Assurés SOGECAP par courrier ou par mail aux coordonnées figurant sur l'espace intranet salarié.

## 16. Contact et réclamations

Pour toute communication sur les adhésions, la vie du contrat ou les prestations, se référer aux coordonnées suivantes :

SOGECAP SANTE COLLECTIVE  
TSA 51 935

92 894 NANTERRE CEDEX 9

Téléphone : 03.26.79.21.04 (numéro non surtaxé)

Fax : 03 26 79 21 12

Mail : [service.client@complementairesante-collective.fr](mailto:service.client@complementairesante-collective.fr)

Toute réclamation est à adresser au Service SOGECAP Santé Collective (adresse ci-dessus).

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

Si un désaccord persistait, et dans un délai qui ne peut être supérieur à un an à compter de la réception de la demande écrite adressée à l'Assureur, l'Entreprise adhérente ou l'Assuré pourra demander l'avis de la Médiation de l'Assurance dont les coordonnées sont les suivantes : La Médiation de l'Assurance, TSA 50110 – 75441 PARIS CEDEX 09.

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

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

La « charte de la médiation » de l'Assurance est disponible sur le site [www.ffa-assurance.fr](http://www.ffa-assurance.fr).

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

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

Autorité de Contrôle Prudent et de Résolution  
Direction du contrôle des pratiques commerciales  
4 PLACE DE BUDAPEST  
CS 92459  
75436 PARIS CEDEX 09

## 17. 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).

SOGECAP, Société anonyme d'assurance sur la vie et de capitalisation au capital de 1 263 556 110 EUR.

Entreprise régie par le Code des assurances - 086 380 730 RCS Nanterre. Siret 086 380 730 00084. Siège social : Tour D2 - 17 bis place des Reflets - 92919 Paris La Défense Cedex.

SOCIETE GENERALE – Société Anonyme au capital de 1 009 897 173,75 EUR  
552 120 222 RCS Paris. Siège social : 29 boulevard Haussmann, 75009 PARIS

## Annexe 1 : Tableau de garanties – Gamme Syntec

Garanties	Syntec 1	Syntec 2	Syntec 3
<b>Soins courants</b>			
<b>Honoraires médicaux :</b>			
Consultations chez des généralistes ayant adhéré aux DPTM*	100% BRSS	150% BRSS	220% BRSS
Consultations chez des spécialistes ayant adhéré aux DPTM*	195% BRSS	220% BRSS	300% BRSS
Consultations chez des généralistes n'ayant pas adhéré aux DPTM*	100% BRSS	130% BRSS	200% BRSS
Consultations chez des spécialistes n'ayant pas adhéré aux DPTM*	175% BRSS	200% BRSS	200% BRSS
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) pratiqués par des médecins ayant adhéré aux DPTM*	150% BRSS	170% BRSS	170% BRSS
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) pratiqués par des médecins n'ayant pas adhéré aux DPTM*	130% BRSS	150% BRSS	150% BRSS
Radiologie pratiquée par des médecins ayant adhéré aux DPTM*	100% BRSS	145% BRSS	170% BRSS
Radiologie pratiquée par des médecins n'ayant pas adhéré aux DPTM*	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
<b>Honoraires paramédicaux</b>	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
<b>Médicaments :</b>			
Pharmacie remboursée	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
<b>Matériel médical :</b>			
Prothèses, appareillage, orthopédie	175% BRSS	200% BRSS	200% BRSS
<b>Médecine alternative</b>	30€ par séance et limité à 2 séances par an	30€ par séance et limité à 3 séances par an	30€ par séance et limité à 4 séances par an
<b>Aides auditives</b>			
<b>Equipements 100% santé**</b>	100% FR	100% FR	100% FR
<b>Autres équipements acceptés par le RO</b>	450€ / oreille limité à 2 prothèses par période de 4 ans	600€ / oreille limité à 2 prothèses par période de 4 ans	1 000€ / oreille limité à 2 prothèses par période de 4 ans
<b>Bilan auditif</b>	100% FR	100% FR	100% FR
<b>Hospitalisation</b>			
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	FR	FR	FR
<b>Honoraires :</b>			
Honoraires et soins en secteur conventionné et non conventionné pratiqués par des médecins ayant adhéré aux DPTM*	195% BRSS	220% BRSS	220% BRSS
Honoraires et soins en secteur conventionné et non conventionné pratiqué par des médecins n'ayant pas adhéré aux DPTM*	175% BRSS	200% BRSS	200% BRSS
<b>Transport remboursé par le RO</b>	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
<b>Frais de séjour en secteur conventionné et non conventionné</b>	175% BRSS	200% BRSS	200% BRSS
<b>Forfait actes lourds (18€)</b>	FR	FR	FR
<b>Chambre particulière</b>	45€ / jour	60€ / jour	90€ / jour
<b>Lit accompagnant (quel que soit l'âge)</b>	45€ / jour	60€ / jour	90€ / jour
<b>Dentaire</b>			
<b>Soins et prothèses 100% santé**</b>	100% FR	100% FR	100% FR
<b>Soins</b>	150% BRSS	200% BRSS	200% BRSS
<b>Prothèses :</b>			
Prothèses dentaires acceptées par le RO - Dents du sourire	250% BRSS	300% BRSS	450% BRSS
Prothèses dentaires acceptées par le RO - Dents de fond de bouche	175% BRSS	200% BRSS	350% BRSS
Prothèses dentaires acceptées par le RO - Inlays cores	150% BRSS	200% BRSS	200% BRSS
Prothèses dentaires non remboursées	150€ / an par bénéficiaire	200€ / an par bénéficiaire	300€ / an par bénéficiaire
<b>Orthodontie :</b>			
Orthodontie remboursée par le RO	250% BRSS	300% BRSS	350% BRSS
Orthodontie non remboursée		250% BRSS reconstituée sur base TO90	250% BRSS reconstituée sur base TO90
<b>Implantologie</b>	500€ / an / bénéficiaire	500€ / an / bénéficiaire	500€ / an / bénéficiaire
<b>Parodontologie</b>		200€/an	300€/an
<b>Plafond dentaire</b>	3 prothèses / an / bénéficiaire (hors prothèses 100% santé)	3 prothèses / an / bénéficiaire (hors prothèses 100% santé)	3 prothèses / an / bénéficiaire (hors prothèses 100% santé)
<b>Optique</b>			
<b>Equipements 100% santé**</b>	100% FR	100% FR	100% FR
<b>Autres équipement acceptés par le RO</b>	cf. Grille optique	cf. Grille optique	cf. Grille optique
<b>Lentilles remboursées ou non par le RO</b>	85€ / an / bénéficiaire	100€ / an / bénéficiaire	200€ / an / bénéficiaire
<b>Opération de la vision au laser</b>	600€	700€	750€
<b>Prévention et confort</b>			
<b>Allocation maternité ou adoption</b>			
<b>Allocation maternité ou adoption (naissance gemellaire)</b>			
<b>Patch anti-tabac</b>			50€/an
<b>Contraception féminine</b>			50€/an
<b>Diététique (prescription par un diététicien ou médecin non couverte par le RO)</b>			60€/an
<b>Ostéodensitométrie osseuse</b>			50€/an
<b>Vaccins prescrits non remboursés</b>			90€/an
<b>Vaccin antigrippe</b>			Frais réels (max 15€)
<b>Assistance et services</b>			
<b>Assistance</b>	Oui	Oui	Oui
<b>MédecinDirect</b>	Oui	Oui	Oui
<b>Appli Santé &amp; Bien Etre</b>	Oui	Oui	Oui
<b>Actes de prévention dans le cadre du contrat responsable</b>			
<b>Tous les actes de prévention des contrats responsables</b>	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS

\* Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées - voir définitions  
 \*\* tels que définis réglementairement

Ces garanties sont versées dans la limite des frais réels et sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire ou tout autre organisme complémentaire de santé.

Les 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.



<b>Syntec 1</b>	<b>Mineurs &lt; 18 ans</b>		<b>Adultes</b>	
Type de verre	Code LPP	2 verres + 1 monture*	Code LPP	2 verres + 1 monture*
<b>Verres Simple Foyer, Sphérique</b>				
sphère de -6 à +6	2242457, 2261874	140,00 €	2203240, 2287916	220,00 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	210,00 €	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	240,00 €
sphère <-10 ou >+10	2248320, 2273854	220,00 €	2235776, 2295896	260,00 €
<b>Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques</b>				
cylindre <= +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	160,00 €	2226412, 2259966	240,00 €
cylindre <= +4 sphère de <-6 ou >+6	2219381, 2283953	220,00 €	2254868, 2284527	260,00 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	240,00 €	2212976, 2252668	280,00 €
cylindre > +4 sphère de <-6 ou >+6	2206800, 2245036	260,00 €	2288519, 2299523	300,00 €
<b>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques</b>				
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	270,00 €	2290396, 2291183	340,00 €
sphère <-4 ou >+4	2202452, 2238792	290,00 €	2245384, 2295198	360,00 €
<b>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques</b>				
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	310,00 €	2227038, 2299180	380,00 €
sphère <-8 ou >+8	2234239, 2259660	330,00 €	2202239, 2252042	400,00 €
<b>Dont forfait monture maximum</b>		1 monture		1 monture
Monture Optique	2210546	60,00 €	2223342	80,00 €

<b>Syntec 2</b>	<b>Mineurs &lt; 18 ans</b>		<b>Adultes</b>	
Type de verre	Code LPP	2 verres + 1 monture*	Code LPP	2 verres + 1 monture*
<b>Verres Simple Foyer, Sphérique</b>				
sphère de -6 à +6	2242457, 2261874	175,00 €	2203240, 2287916	260,00 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	245,00 €	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	280,00 €
sphère <-10 ou >+10	2248320, 2273854	255,00 €	2235776, 2295896	300,00 €
<b>Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques</b>				
cylindre <= +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	195,00 €	2226412, 2259966	280,00 €
cylindre <= +4 sphère de <-6 ou >+6	2219381, 2283953	255,00 €	2254868, 2284527	300,00 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	275,00 €	2212976, 2252668	320,00 €
cylindre > +4 sphère de <-6 ou >+6	2206800, 2245036	295,00 €	2288519, 2299523	340,00 €
<b>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques</b>				
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	305,00 €	2290396, 2291183	380,00 €
sphère <-4 ou >+4	2202452, 2238792	325,00 €	2245384, 2295198	400,00 €
<b>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques</b>				
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	345,00 €	2227038, 2299180	420,00 €
sphère <-8 ou >+8	2234239, 2259660	365,00 €	2202239, 2252042	440,00 €
<b>Dont forfait monture maximum</b>		1 monture		1 monture
Monture Optique	2210546	75,00 €	2223342	100,00 €

<b>Syntec 3</b>	<b>Mineurs &lt; 18 ans</b>		<b>Adultes</b>	
Type de verre	Code LPP	2 verres + 1 monture*	Code LPP	2 verres + 1 monture*
<b>Verres Simple Foyer, Sphérique</b>				
sphère de -6 à +6	2242457, 2261874	220,00 €	2203240, 2287916	330,00 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	290,00 €	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	350,00 €
sphère <-10 ou >+10	2248320, 2273854	300,00 €	2235776, 2295896	370,00 €
<b>Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques</b>				
cylindre <= +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	240,00 €	2226412, 2259966	350,00 €
cylindre <= +4 sphère de <-6 ou >+6	2219381, 2283953	300,00 €	2254868, 2284527	370,00 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	320,00 €	2212976, 2252668	390,00 €
cylindre > +4 sphère de <-6 ou >+6	2206800, 2245036	340,00 €	2288519, 2299523	410,00 €
<b>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques</b>				
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	350,00 €	2290396, 2291183	470,00 €
sphère <-4 ou >+4	2202452, 2238792	370,00 €	2245384, 2295198	490,00 €
<b>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques</b>				
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	390,00 €	2227038, 2299180	510,00 €
sphère <-8 ou >+8	2234239, 2259660	410,00 €	2202239, 2252042	530,00 €
<b>Dont forfait monture maximum</b>		1 monture		1 monture
Monture Optique	2210546	100,00 €	2223342	100,00 €

## Annexe 2 : Dispositions particulières concernant les anciens salariés affiliés

**En application des dispositions relatives à la portabilité de la couverture santé telles que visées à l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale (loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi).**

Les anciens salariés affiliés au présent régime dont la rupture du contrat de travail ouvre droit à une allocation d'assurance chômage, à l'exception des salariés licenciés pour faute lourde, bénéficient du Contrat La Complémentaire Santé Collective sans contrepartie de cotisation.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des salariés bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

### Adhésion – Effet des garanties

Les garanties du contrat sont maintenues à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage dans la limite de la durée du dernier contrat de travail, ou des derniers contrats de travail consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, et ne peut excéder douze mois.

### Cessation des garanties

La garantie cesse obligatoirement :

#### Pour chaque ancien salarié :

- dès que sa situation ne correspond plus à l'une de celles définies par la présente annexe ;
- en cas de reprise d'une activité professionnelle rémunérée, salariée ou non ;
- à la fin de la période au cours de laquelle le service des allocations d'assurance chômage cesse de lui être accordé ;
- en l'absence de production des justificatifs de prise en charge par le régime d'assurance chômage ;
- à la date d'attribution d'une pension vieillesse.

#### Pour chaque membre ayant droit de l'ancien salarié :

- lorsqu'il ne remplit plus les conditions nécessaires pour bénéficier du présent Contrat ;
- à la date à laquelle l'ancien salarié cesse lui-même d'être garanti ;
- en cas de décès de l'ancien salarié, le bénéfice du présent Contrat est maintenu à chaque membre de la famille qui en bénéficiait à la date du décès pendant une durée de 12 mois.

Les garanties prennent fin en tout état de cause :

- en cas de résiliation du présent contrat ;
- à l'issue de la période de maintien à laquelle l'ancien salarié peut prétendre et, au plus, à l'issue d'une période maximale de 12 mois décomptée à partir de la date de cessation du contrat de travail.

## Annexe 3 – Dispositions particulières sur le fondement de l'article 4 de la loi « Evin »

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite « Loi Evin »), les anciens salariés retraités, les personnes privées d'emploi bénéficiant d'un revenu de remplacement et les bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, affiliés au présent Contrat peuvent bénéficier de garanties identiques, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante.

### Adhésion – Effet des garanties

La demande d'adhésion doit intervenir dans un délai de six mois à compter de la date de rupture du contrat de travail, ou le cas échéant dans les six mois suivant l'expiration de la période de maintien temporaire des garanties dans le cadre du dispositif de portabilité précisée à l'annexe 2.

Elle prend effet pour l'ancien salarié affilié :

- dès le jour où il cesse de bénéficier des garanties prévues par le présent contrat lorsque la demande est reçue par l'Assureur dans les trois mois au plus tard suivant la date de cette cessation du contrat de travail,
- le lendemain de sa demande d'affiliation si elle est reçue après le délai précité.

Passé le délai de six mois, l'adhésion n'est plus recevable.

### Cessation des garanties

Les garanties prennent fin en tout état de cause :

- soit en cas de non paiement des cotisations dans les conditions visées à l'article L 141-3 du Code des assurances,
- soit en cas de résiliation de son adhésion par l'ancien salarié affilié, conformément aux dispositions de l'article L.113-12 du Code des assurances (résiliation annuelle ou résiliation infra-annuelle) et selon l'un des modes de résiliation prévue à l'article L.113-14 du Code des assurances.

En cas de décès de l'ancien salarié affilié, le bénéfice du présent Contrat est maintenu aux ayants droit qui en bénéficiaient à la date du décès pour une durée de 12 mois.

### Les personnes garanties du chef de l'assuré décédé

Ces personnes peuvent bénéficier du maintien de la couverture pendant une durée de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

La garantie prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

## Annexe 4 : Convention d'assistance n° 921 678

### 1. Objet

SOGECAP a souscrit auprès de FRAGONARD ASSURANCES, Société Anonyme régie par le Code des Assurances (au capital de 37 207 660 euros - 479 065 351 RCS Paris Siège social : 2 Rue Fragonard - 75017 PARIS), la convention d'assistance n°921 297 afin de faire bénéficier les adhérents au contrat La Complémentaire Santé Collective souscrit par la Société Générale auprès de SOGECAP, des garanties d'assistance détaillées ci-dessous.

La mise en œuvre des prestations d'assistance associées à la convention d'assistance est confiée à MONDIAL ASSISTANCE FRANCE (S.A.S. au capital de 7 584 076,86 € - 490 381 753 RCS Paris - Siège social: 54 rue de Londres 75008 Paris - Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669).

La convention d'assistance est obligatoire dans le cadre de l'adhésion au contrat La Complémentaire Santé Collective et reprend les mêmes modalités d'adhésion, de prise d'effet, de durée et de résiliation, sauf mention contraire dans la convention d'assistance.

#### Besoin d'assistance?

- ▶ Contactez-nous (24/24)  
Depuis la France au 01 42 99 82 74  
Depuis l'étranger au +33 1 42 99 82 74  
accessibles 24h/24 et 7j/7  
sauf mention contraire  
dans la convention
- ▶ Veuillez nous indiquer :
  - Le nom et le numéro du contrat souscrit, 921678
  - Les nom et prénom du Bénéficiaire
  - L'adresse exacte du Bénéficiaire
  - Le numéro de téléphone auquel le Bénéficiaire peut être joint

### 2. Territorialité et durée de validité des prestations

Les prestations de la présente convention sont accordées pour des événements garantis survenus en France uniquement, à l'exception de la prestation « Accident survenant lors d'un déplacement », qui peut être accordées pour des déplacements privés n'excédant pas quatre-vingt-dix (90) jours consécutifs dans le monde entier à l'exception des pays sous sanctions financières internationales décidées par l'Union Européenne et les Nations-Unies ainsi que les pays suivants : Iran, Corée du Nord, Somalie, Soudan, Syrie, Afghanistan, Irak.

Pour la prestation « Décès », une Franchise de 50 km est appliquée.

Les prestations sont accordées exclusivement pendant la durée de validité du contrat La Complémentaire Santé Collective et de l'accord liant SOGECAP et Fragonard Assurances pour la délivrance de ces prestations.

### 3. Définitions

Dans la présente Convention d'assistance ci-après la dénommée « Convention », les termes et expressions qui commencent par une lettre majuscule auront la signification suivante.

#### Accident corporel

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

#### Affection de Longue Durée (ALD)

Maladie reconnue comme Affection de longue durée par l'Assurance Maladie et prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie. Il existe trois catégories d'Affection de longue durée :

- les affections inscrites sur la liste fixée par l'article D 160-4 du Code de la Sécurité sociale ;
- les affections dites "hors liste" : maladies graves, de forme évolutive ou invalidante, non inscrites sur la liste

précédente, comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à 6 (six) mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse.

- les poly-pathologies : lorsque le patient est atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 (six) mois.

#### Ascendant dépendant a charge

Tout ascendant (parent, beau-parent et grand-parent) fiscalement à charge du Bénéficiaire, dépendant et vivant sous le toit du Bénéficiaire.

La dépendance se caractérise par des restrictions dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et sociale, causées notamment par des troubles du comportement et/ou des atteintes physiques. La dépendance suppose une perte d'autonomie et peut être partielle ou totale.

#### Bénéficiaire

Personne physique assurée par le contrat collectif La Complémentaire Santé Collective.

#### Conjoint

Conjoint, partenaire de PACS ou concubin notoire du Bénéficiaire, vivant habituellement sous le toit du Bénéficiaire.

#### Domicile

Lieu de résidence principale situé en France et dont l'adresse figure sur le dernier avis d'imposition sur le revenu.

#### France

France métropolitaine, où se situe le Domicile.

#### Franchise

Distance kilométrique à partir de laquelle les prestations d'assistance sont accordées. La distance est calculée depuis le Domicile situé en France jusqu'au lieu de survenance de l'évènement garanti sur la base de l'itinéraire le plus court calculé par Viamichelin.

#### Frais funéraires

Frais de première conservation, de manutention, de mise en bière, d'aménagements spécifiques au transport, de soins de conservation obligatoires, de conditionnement, nécessaires au transport de corps et conformes aux réglementations locales et internationales applicables sur le lieu du décès et le lieu des obsèques.

#### Sont exclus les frais d'habillement, d'embaumement, de cérémonie, d'inhumation et de crémation.

Lorsque le transport de corps peut être effectué sans cercueil conformément aux normes en vigueur, les frais de cercueil ne sont pas pris en charge.

#### Enfants

Enfants, petits-enfants, fiscalement à charge du Bénéficiaire, âgés de moins de 15 (quinze) ans et vivant habituellement sous le toit du Bénéficiaire.

#### Hospitalisation imprévue

Tout séjour dans un établissement de soins privé ou public, non programmé ou ne pouvant être reporté, avec nuitée.

Dans tous les cas, sont assimilés à une Hospitalisation :

- les traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie ambulatoire : administration d'un traitement anti-cancer dans un hôpital de jour, à la suite de laquelle le Bénéficiaire peut rentrer chez lui,
- les traitements de chirurgie ambulatoire : traitement de chirurgie permettant la sortie du patient le jour même de son admission dans l'établissement de soins.

#### Sont exclus :

- les hospitalisations dans les centres de réadaptation fonctionnelle, maisons de convalescence ou établissements psychiatriques,
- les hospitalisations à domicile,
- les hospitalisations chirurgicales à but esthétique,
- les traitements de chimiothérapie orale à Domicile, sauf protocole de soins particulier et après évaluation par les médecins de Mondial Assistance.

#### Hospitalisation prévue

Tout séjour planifié dans un établissement de soins privé ou public. L'hospitalisation prévue correspond à une intervention ou un acte médical qui peut être reporté de plus de trois mois.

### Immobilisation a domicile

Toute incapacité physique à se déplacer ou à effectuer les tâches ménagères habituelles, survenant inopinément, constatée par un médecin et nécessitant le repos au Domicile prescrit par un médecin. Une durée d'Immobilisation est prévue pour la délivrance de certaines prestations.

### Membre de la famille

Conjoint de droit ou de fait, ascendant au premier degré, descendant au premier degré, frère, sœur, beau-frère, belle-sœur, gendre, belle-fille, beau-père, belle-mère, tuteur légal, du Bénéficiaire ou la personne placée sous la tutelle du Bénéficiaire.

### Prestataire

Prestataire de services professionnel référencé par Mondial Assistance.

### Proche

Toute personne physique, Membre de la famille ou non, résidant sur le territoire où se situe le Domicile du Bénéficiaire et désignée par le Bénéficiaire.

### Tiers

Désigne toute personne autre que les Bénéficiaires et les Assureurs.

### Transport

Tout déplacement non médicalisé s'effectuant par :

- train en 2<sup>de</sup> classe sauf mention contraire,
- avion en classe économique,
- véhicule de location,
- taxi (pour toute distance inférieure à 50 km).

## 4. Evénements garantis

Les conditions de délivrance des garanties d'assistance de la présente convention varient selon les prestations:

### 4.1. Informations – Conseils – Services a la personne

Ces prestations peuvent être délivrées à tout moment pendant les heures d'ouverture du service d'information.

### Informations – Conseil – Services à la personne

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Conseil santé	Illimité	Utilisable à tout moment dès la souscription pendant les heures d'ouverture du service.  Prestation rendue par téléphone exclusivement.  Le coût des éventuels devis et/ou travaux réalisés à l'issue de ces prestations restent à la charge du Bénéficiaire.
Conseil social	Illimité	
Services à la personne	Mise en relation avec le réseau de Prestataires agréés dans le cadre de la loi Borloo et hors cadre de la loi Borloo, sans prise en charge	

### Services et aides à domicile : prestations éligibles a un financement par enveloppe de services et d'aide à Domicile

1. Transport (Taxi ou billet transport en commun)
2. Aide à Domicile : <i>Auxiliaire de vie, travailleuse familiale, aide-ménagère</i>
3. Préparation du retour au Domicile
4. Transfert d'un proche au Domicile du Bénéficiaire hospitalisé
5. Transfert des enfants et/ou des ascendants dépendants à charge au domicile d'un Proche
6. Garde à Domicile des Enfants
7. Conduite en taxi à l'école et/ou aux activités extra scolaires des Enfants
8. Veille ou prise en charge des Ascendants dépendants à charge
9. Portage des repas
10. Garde à Domicile de l'Enfant malade ou convalescent
11. Fermeture du Domicile quitté en urgence
12. Garde des animaux de compagnie (chats et chiens, à l'exclusion de tout autre animal)
13. Livraison de courses

### 4.2. Hospitalisation ou Immobilisation à Domicile

Ces prestations sont délivrées en cas :

- d'Hospitalisation prévue du Bénéficiaire supérieure à 5 jours
- d'Hospitalisation imprévue du Bénéficiaire supérieure à 1 jour
- d'Immobilisation à Domicile du Bénéficiaire supérieure à 5 jours
- de Maternité du Bénéficiaire (Hospitalisation ou une Immobilisation à Domicile supérieure à 8 jours liée à la grossesse de la Bénéficiaire)
- d'Affection de longue durée (ALD)

Certaines prestations complémentaires sont délivrées :

- lorsque le Bénéficiaire faisant l'objet de l'Immobilisation à Domicile est un Enfant et que l'Immobilisation est supérieure à 10 jours,
- lorsque la cause de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation à Domicile du Bénéficiaire est une Affection de longue durée.

**Hospitalisation, Immobilisation à Domicile, Maternité, Affection de Longue Durée**

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
<b>ASSISTANCE A DOMICILE</b>		
Evaluation du besoin et recommandations pour l'utilisation de l'enveloppe de services	Illimité	Hospitalisation prévue d'une durée supérieure à 5 jours. Ou Hospitalisation imprévue d'une durée supérieure à 1 jour Ou
Enveloppe de services et d'aide à Domicile*	Forfait de 300 € TTC	Immobilisation au Domicile d'une durée supérieure à 5 jours ou Maternité entraînant une Hospitalisation ou une Immobilisation supérieure à 8 jours. Ou Affection de longue durée.  L'enveloppe de services doit être activée au plus tard 15 jours après l'Hospitalisation ou le début de l'Immobilisation à Domicile. La prise en charge est limitée à 2 fois par période annuelle de garantie.
Livraison en urgence de médicaments	100 € TTC maximum	Par Hospitalisation et par Bénéficiaire.
Livraison et mise à disposition de matériel médical	100 € TTC maximum	
<b>COMPLEMENT EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION A DOMICILE DE L'ENFANT</b>		
Aide pédagogique de l'Enfant dans les matières scolaires principales	20 heures maximum	L'absence scolaire doit être supérieure à 10 jours. Limitée à la durée restant à courir de l'année scolaire en cours.
<b>COMPLEMENT EN CAS D'AFFECTIONS DE LONGUE DUREE</b>		
Aide au retour à la vie professionnelle	Coût réel de la prestation	La durée totale de la prestation (accompagnement et suivi) est limitée à 6 mois.
Accompagnement psychologique	3 entretiens par tel et/ou remboursement de 12 séances maximum de consultation en cabinet.  80€ TTC maximum par consultation	La prise en charge vient en complément des remboursements des organismes de sécurité sociale, d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance.

**4.3. Décès**

Ces prestations sont délivrées en cas de décès du Bénéficiaire en France.

**Décès**

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
organisation des obsèques		
Transport de corps	Coût du transport du corps organisé par Mondial Assistance	Les frais d'accessoires, de cérémonie, d'inhumation ou de crémation restent à la charge de la famille.
Frais funéraires	750 € TTC par Bénéficiaire (y compris le coût d'un cercueil de modèle simple).	
Coordination des obsèques	Coût de l'opération réalisée ou mandatée par Mondial Assistance	



#### 4.4. Accident survenant lors d'un déplacement

Ces prestations sont délivrées en cas d'Accident corporel du Bénéficiaire survenu au cours d'un Déplacement.

##### Accident survenant lors d'un déplacement

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Rapatriement ou transport sanitaire	Coût de l'intervention organisée par Mondial Assistance	Prestation mise en œuvre sur appréciation des médecins de Mondial Assistance, faite en considération de l'état de santé du Bénéficiaire. Si le Bénéficiaire est une femme en état de grossesse, prestation mise en œuvre sous réserve de l'autorisation de la compagnie aérienne.

#### 5. Exclusions générales

Outre les exclusions prévues dans la Convention, sont toujours exclus :

- les frais non justifiés par des documents originaux,
- le suicide ou les conséquences de tentative de suicide du Bénéficiaire,
- les dommages consécutifs à la consommation d'alcool par le Bénéficiaire ou l'absorption par le Bénéficiaire de médicaments, drogues ou stupéfiants, non prescrits médicalement,
- les conséquences :
  - des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
  - de l'exposition à des agents biologiques infectants,
  - de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
  - de l'exposition à des agents incapacitants,
  - de l'exposition à des agents radioactifs,
  - de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,
- les patients qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou locales,
- les dommages provoqués intentionnellement par un Bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense,
- les conséquences :
  - de maladies et accidents antérieurs à la date d'effet du contrat,
  - de maladies psychologiques antérieurement diagnostiquées/avérées/constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat,
  - des affections de longue durée, de maladies chroniques ou de l'invalidité permanente, antérieurement avérées/constituées,
- les événements survenus de la pratique de sports dangereux ou de la participation du Bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires,
- les dommages résultant de soins d'ordre esthétique (y compris chirurgie esthétique).

## Annexe 5 : Services

SOGECAP met à disposition des assurés salariés un accès à différents services dont une application mobile sécurisée avec pour fonctionnalité principale la fourniture d'informations en matière de prévention, santé et bien-être.

Pour pouvoir bénéficier de ce service l'assuré salarié autorise SOGECAP à fournir au Prestataire concerné ses données personnelles nécessaires à son identification afin qu'un accès personnel lui soit ouvert.

Lors de sa première connexion l'assuré salarié devra accepter les Conditions Générales d'Abonnement au service proposé.

La responsabilité de SOGECAP ne pourra en aucun cas être engagée en cas de manquement par le Prestataire à ses obligations ou d'interruption dans l'accès à ce service qui pourra intervenir à tout moment.

Sur simple demande, l'assuré salarié peut demander à SOGECAP que son accès aux différents services proposés soit résilié ou exercer son droit directement auprès des Prestataires concernés.

## Le service MEDECIN DIRECT

### 1. Objet

Conformément à la convention de partenariat passée entre SOGECAP et MEDECIN DIRECT (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 MEDECIN DIRECT permettent à un Bénéficiaire assuré du contrat d'assurance La Complémentaire Santé Collective 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 MEDECIN DIRECT 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 MEDECIN DIRECT 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 MEDECIN DIRECT 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 MEDECIN DIRECT est accessible de France et de l'étranger :

- via le site internet [www.medecindirect.fr](http://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.

MEDECIN DIRECT 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 MEDECIN DIRECT via le site [www.medecindirect.fr](http://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 MEDECIN DIRECT 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, MEDECIN DIRECT 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](http://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 MEDECIN DIRECT sont des obligations de moyens. La responsabilité de MEDECIN DIRECT ne saurait être recherchée pour les conséquences médicales qui pourraient découler des services rendus. Aucune responsabilité ne pourra être retenue à l'encontre de MEDECIN DIRECT 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 6 : Protection des données personnelles

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

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

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

### POURQUOI COLLECTONS-NOUS VOS DONNEES PERSONNELLES ?

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

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

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

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

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

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

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

### QUI PEUT ACCEDER A VOS DONNEES ?

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 délégués de gestion, intermédiaires en assurance, partenaires, mandataires, sous-traitants, ou aux autres entités du groupe SOGECAP dans le cadre de l'exercice de leurs missions.

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

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

### DANS QUELS CAS TRANSFERONS-NOUS VOS DONNEES HORS DE L'UNION EUROPEENNE ?

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 CONSERVEES VOS DONNEES PERSONNELLES ?

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

### QUELS SONT VOS DROITS ?

Vous disposez d'un droit :

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

Vous pouvez également :

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

Vous bénéficiez du droit de vous opposer :

- pour des raisons tenant à votre situation particulière, à ce que des données à caractère personnel vous concernant fassent l'objet du traitement que nous mettons en œuvre. Dans cette hypothèse, le caractère particulier de votre situation devra être clairement argumenté.
- sans avoir à motiver votre demande, à ce que vos données soient utilisées ou transmises à des tiers à des fins de prospection commerciale.
- à des opérations de prospection par téléphone en vous inscrivant sur la liste d'opposition selon les modalités décrites sur le site

www.bloctel.gouv.fr ou par courrier, à l'adresse suivante :  
Société Opposetel, Service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret, 10000  
Troyes. Vous ne pourrez plus être démarché téléphoniquement  
par SOGECAP ou l'un de ses partenaires sauf en cas de relations  
contractuelles préexistantes.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité, par  
lettre simple à l'adresse suivante : SOGECAP Sante Collective -  
TSA 51 935 - 92 894 NANTERRE CEDEX 9 ou depuis le  
formulaire en ligne disponible depuis le site  
<https://www.assurances.societegenerale.com>.

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

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

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

## **DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX ENREGISTREMENTS TELEPHONIQUES**

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

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

Si vous souhaitez écouter l'enregistrement d'un entretien, vous  
pouvez en faire la demande par courrier adressé à SOGECAP Sante  
Collective – Monsieur Le Directeur de la Relation Client - TSA 51  
935 - 92 894 NANTERRE CEDEX 9.