

NOTICE D'INFORMATION VALANT DISPOSITIONS GENERALES

Relative au contrat d'assurance n° AC481509 souscrit par GPMA, Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 - 7 boulevard Haussmann 75447 Paris Cedex 09, auprès de L'EQUITE, entreprise régie par le Code des Assurances, S.A au capital de 15 569 320 euros, inscrite au RCS de Paris sous le n° B 572 084 697 - 7 boulevard Haussmann - 75442 PARIS CEDEX 09, Société appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

PREAMBULE

Le contrat d'assurance N° AC 481509 est un contrat collectif à adhésion facultative individuelle, régi par les articles L141-1 et suivants du Code des Assurances et la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989. Ce contrat est dénommé ci-après le contrat groupe.

Il est souscrit par GPMA (Groupement Prévoyance Maladie Accident), ci-après dénommé « le Souscripteur », auprès de la compagnie L'EQUITE - 7 boulevard Haussmann - 75442 PARIS CEDEX 09 ci-après dénommée « l'Assureur », au profit de ses adhérents.

Le contrat groupe se compose des documents suivants :

- La présente Notice d'information, qui définit les garanties, les engagements réciproques ainsi que les dispositions relatives à la vie du contrat,
- Le certificat d'adhésion, qui retrace les éléments personnels de l'assuré, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites et qui incluent le tableau des garanties, qui détaille l'ensemble des postes de remboursements et leurs montants

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable le contrat groupe auquel les parties s'engagent ; elles ne pourront se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de tous les autres.

Le contrat groupe est soumis à la Loi Française et toute action judiciaire y afférente sera du ressort exclusif des tribunaux français.

> Date d'effet - Renouvellement

Le contrat groupe prend effet le 25/11/2011. Il est conclu pour une première période allant jusqu'au 31 décembre 2011.

Il se renouvelle ensuite chaque année par tacite reconduction au 1er janvier, chacune des parties pouvant dénoncer le contrat pour la fin de l'année civile par un préavis de deux mois adressé par lettre recommandée.

> Résiliation ou modification du contrat groupe

Le contrat groupe conclu peut être résilié ou modifié par lettre recommandée par l'une ou l'autre des parties moyennant un préavis de deux mois.

Les adhérents recevront une lettre recommandée de l'association GPMA les informant de la résiliation ou, le cas échéant, de la modification au moins un mois avant la fin de l'exercice.

En cas de résiliation :

- aucune adhésion nouvelle ne peut plus être acceptée à compter de la date de résiliation,
- en ce qui concerne les adhésions en cours, les dispositions contractuelles restent en vigueur, sous réserve du paiement des cotisations.

Le Souscripteur s'engage à maintenir dans le présent contrat la totalité des adhésions enregistrées par l'Assureur à cette date, jusqu'à l'extinction de l'encours garanti.

> Radiation des adhésions

Un adhérent est radié de plein droit et son contrat prend fin entraînant la cessation des garanties :

- En cas de perte, quelle qu'en soit la cause de sa qualité d'adhérent de l'Association,
- Dans tous les autres cas prévus par l'article « RÉSILIATION DU CONTRAT » de la présente Notice d'information.

La radiation est sans effet sur les prestations en cours ou acquises qui seront versées sur les bases contractuelles.

OBJET DE L'ADHESION

La présente adhésion a pour objet le versement de prestations complémentaires à celles du Régime Obligatoire pour les frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation occasionnés par un accident, une maladie ou une maternité engagés par les assurés.

La présente adhésion est dénommée ci-après le contrat.

L'EQUITE

Société anonyme au capital de 15 569 320 euros, régie par le Code des Assurances - R.C.S. PARIS B 572 084 697
Société appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

CONDITIONS D'ADHESION

L'admission à la présente assurance en qualité d'Assuré est réservée aux personnes physiques adhérentes à l'Association GPMA, âgées de moins de 80 ans à la date de signature de la demande d'adhésion selon les cibles suivantes :

Célibataire	Famille	Sénior
18 à 55 ans inclus	18 à 55 ans inclus (pour les 2 conjoints)	De 56 à 80 ans

MODALITÉS D'ADHÉSION

Le demandeur, après avoir pris connaissance de la présente notice et du tableau des garanties, remplira avec soin une demande d'adhésion.

Il devra désigner ses éventuels ayant droits, parmi :

- son conjoint,
 - personne avec laquelle il est mariée non divorcée et non séparée de corps judiciairement
 - son concubin, sous réserve de la production d'un justificatif de concubinage ou de vie commune
 - son partenaire, sous réserve de la production d'une attestation d'inscription de la déclaration du Pacte Civil de Solidarité
- les enfants,
 - âgés de moins de 18 ans, reconnus à sa charge ou à celle de son conjoint au sens du régime obligatoire,
 - âgés de 18 à 26 ans inclus, sous réserve :
 - qu'ils produisent un justificatif annuel de scolarité et n'exercent pas d'emploi rémunéré à caractère permanent,
 - qu'ils soient en formation en alternance ou en contrat d'apprentissage, sous réserve de justificatif,
 - qu'ils soient inscrits au Pôle Emploi en tant que primo demandeur d'emploi,
 - sans limite d'âge en cas de situation de handicap reconnue et justifiée.
- les ascendants, descendants ou collatéraux, à condition qu'ils soient reconnus à charge par le régime obligatoire de l'adhérent ou celui de son conjoint.

Il devra également mentionner les garanties qu'il a choisies.

Le demandeur a la possibilité de moduler sa gamme, en choisissant les 5 blocs de garanties séparément avec 2 formules d'écart au maximum entre le bloc le plus bas et le plus haut, ou bien il

peut privilégier le choix d'une formule packagée (même niveau pour tous les blocs).

Les garanties choisies seront ensuite identiques pour les ayants droits.

Aucune formalité médicale n'est exigée en cas d'adhésion au contrat, qu'elle que soit les garanties choisies.

En adhérant au contrat AC481509, le demandeur devient adhérent de l'Association GPMA dont la cotisation annuelle et statutaire s'élève à 7 € et sera prélevée lors de la 1^{ère} échéance. A ce titre, un exemplaire des statuts de l'Association sera mis à disposition et téléchargeable sur le site lors de son adhésion.

PRISE D'EFFET ET DUREE DU CONTRAT

Le contrat est réputé conclu à la date d'émission du certificat d'adhésion et prend effet à la date indiquée sur ce dernier.

La date d'échéance du contrat est le 31 décembre de l'année civile. Ainsi en cas d'adhésion prenant effet à une date autre que celles du 1er janvier, l'adhésion est conclue pour une 1^{ère} période, inférieure à une année, courant de la date d'effet de l'adhésion jusqu'au 31 décembre de l'année. Il est reconduit ensuite pour une durée annuelle avec une possibilité de résiliation, à la date d'échéance du contrat ou en cours d'année comme précisé au paragraphe « RÉSILIATION DU CONTRAT ».

Sauf dispositions contraires, il se renouvelle chaque année de façon automatique à la date d'échéance soit au 1^{er} janvier de chaque année comme indiquée sur le certificat d'adhésion.

Néanmoins, les garanties d'assurance auront, sous réserve du paiement intégral des cotisations, et sous l'expresse condition qu'une réglementation impérative l'impose, un caractère viager dès la Souscription.

RESILIATION DU CONTRAT

Le contrat peut être résilié dans les circonstances et les délais indiqués dans le tableau en annexe 1.

> Formes de la résiliation

Lorsque la résiliation vient de l'adhérent, elle doit se faire par lettre recommandée ou par déclaration faite contre récépissé à AssurOne Group - 2/4 Boulevard de la Gare - 95210 Saint Gratien..

Lorsque la résiliation est de notre fait, elle doit se

L'EQUITE

Société anonyme au capital de 15 569 320 euros, régie par le Code des Assurances - R.C.S. PARIS B 572 084 697
Société appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

faire par lettre recommandée, envoyée à son dernier domicile connu.

> Conséquences de la résiliation

Notre garantie reste acquise pour tous les soins et traitements en cours jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation.

DECLARATIONS

Les déclarations tant à la souscription qu'en cours de contrat, sont faites par l'adhérent pour son compte et celui de ses ayants-droit auxquels elles sont opposables.

Ces déclarations sont importantes pour l'élaboration et l'évolution du contrat et l'adhérent doit fournir des réponses exactes.

> À la souscription

L'adhérent doit répondre avec précision aux questions et demandes de renseignements figurant sur la demande d'adhésion.

> En cours de contrat

L'adhérent doit déclarer, pour toute personne couverte par le contrat, tout événement modifiant les déclarations faites lors de la Souscription et qui aurait pour effet de les rendre inexactes ou caduques et notamment :

- Un changement d'état civil,
- Une cessation ou un changement d'affiliation d'un des Bénéficiaires au Régime Obligatoire,
- Un changement de domicile ou un départ hors de France métropolitaine pour une durée supérieure à un an,
- La survenance d'un événement entraînant la cessation de qualité d'ayant droit,
- Un changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle,
- Un changement de compte bancaire ou postal pour le prélèvement des cotisations et/ou le virement des prestations,
- L'existence ou la cessation de garanties de même nature souscrites auprès d'autres assureurs.

Ces événements doivent être signalés dans un délai de 15 jours suivant leur survenance ; l'inobservation de ce délai, si elle cause un préjudice à l'assureur, entraîne la perte de tout droit aux garanties liées à la modification.

En cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle modifiant l'appréciation du risque assuré, le contrat est nul et la prime payée demeure acquise à titre de pénalité. En cas d'omission ou déclaration inexacte non intentionnelle, constatée avant sinistre, l'assureur pourra résilier le contrat avec un préavis de 10 jours en restituant à l'adhérent le prorata de prime ou augmenter la prime à due

proportion. Si cette omission ou fausse déclaration non intentionnelle est constatée après un sinistre, l'indemnité sera réduite à proportion de la part de prime payée rapportée à ce qu'elle aurait dû être si l'assureur avait eu connaissance exacte de la situation de l'assuré.

CONDITIONS DES GARANTIES

Pour bénéficier des garanties, les assurés doivent être affiliés ou ayant-droits d'un affilié à un Régime Obligatoire français.

Seules sont garanties les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation du contrat.

En outre, pour les soins et les prothèses dentaires, les dates de proposition et d'exécution des travaux doivent être également situées dans la période de garantie.

PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties du contrat sont acquises à compter de la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion, sous réserve de l'encaissement effectif de la première prime et de la signature de la demande d'adhésion.

ETENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE

Les garanties d'assurance (frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation) s'exercent en France métropolitaine et dans la principauté de Monaco.

Elles s'étendent aux accidents survenus et maladies contractées à l'Étranger lors de voyages ou de séjours, si le Régime Obligatoire français d'assurance maladie de l'assuré s'applique. Le règlement des prestations est effectué dans tous les cas en France et en euros.

GARANTIES ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS

Les garanties sont synthétisées dans le tableau de garanties en cinq blocs :

Bloc 1 : Hospitalisation

Bloc 2 : Soins de ville

Bloc 3 : Dentaire

Bloc 4 : Optique

Bloc 5 : Actes non pris en charges par la Sécurité Sociale

> Nature des prestations :

L'EQUITE

Société anonyme au capital de 15 569 320 euros, régie par le Code des Assurances - R.C.S. PARIS B 572 084 697
Société appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

a - **Honoraires médicaux** : consultation ou visite ou tout acte technique réalisé à cette occasion par le médecin généraliste ou spécialiste, chirurgien-dentiste, sage-femme, ostéopathe, chiropracteur...;

b - **Prescriptions** : frais pharmaceutiques, de laboratoires, vaccins, auxiliaires médicaux, actes d'imagerie (radiologie, ostéodensitométrie...), appareillage (orthèses, prothèses, auditif...);

c - **Autres soins** : cure thermale acceptée par la Sécurité Sociale, transports ;

d - **Dentaire, Optique** : actes techniques (orthodontie, prothèse, soins conservateurs), verre, lentille, monture, chirurgie laser. Les plafonds dentaires, tels qu'ils sont indiqués sur les grilles de garantie, sont délivrés par année d'adhésion.

e - **Hospitalisation** : honoraires (secteur public et privé) - frais de séjour ou frais d'hébergement médecine, chirurgie, salle d'opération ou d'anesthésie, supplément chambre particulière, forfait journalier, et tout acte technique réalisé au cours du séjour hospitalisé réalisé - frais accompagnant - cure hospitalisée.

Dans tous les cas, sont exclus de nos remboursements tous les frais relatifs au placement dans les services de long séjour, des structures spécialisées telles que notamment l'AFT (Accueil Famille Thérapeutique) et la MAS (Maison d'Accueil Spécialisée).

f - **Indemnité forfaitaire maternité** : les frais normaux de maternité inhérents à la naissance, pris en charge par les assurances sociales au titre de l'assurance maternité, ouvrent droit, sur présentation de l'extrait de naissance à une indemnité forfaitaire dont le montant est fixé au contrat d'adhésion. Cette indemnité est accordée sur production des pièces justificatives nécessaires.

g- **Actes non pris en charge par la Sécurité Sociale** : les médecines naturelles (ostéopathe, étio-pathe, pédicure-podologue, chiropracteur, acuponcteur, diététicien diplômé); forfait implantologie ; forfait parodontie/orthodontie ; forfait scellement des sillons/dent. Ils ouvrent droit à remboursement sur présentation d'une facture acquittée.

Dans les conditions et limites de remboursements des garanties choisies et mentionnées au certificat d'adhésion, l'assureur peut prendre en charge :

- les frais ayant préalablement donné lieu à un remboursement par le Régime Obligatoire d'Assurance maladie français,
- les frais non remboursés par le Régime obligatoire, faisant l'objet d'une prise en charge.

> **Montant des remboursements :**

Les montants de remboursements s'entendent :

- Après déduction du remboursement du Régime Obligatoire lorsqu'il intervient,
- Dans la limite du niveau de remboursement indiqué dans le tableau de garantie joint au contrat.

Les montants de remboursements figurant dans le tableau des garanties sont exprimés, suivant le cas :

- En pourcentage du tarif de responsabilité en vigueur fixé par le Régime Obligatoire : Tarif de Convention (TC) en secteur conventionné ou Tarif d'Autorité (TA) en secteur non conventionné,
- En Frais réels (FR),
- Sous la forme de montant annuel exprimé en euros. Ces montants représentent des plafonds de garantie par année d'assurance (à compter de la date d'effet déduction faite des éventuels délais d'attente) et par Bénéficiaire et ne peuvent être dépassés. Ils se renouvellent chaque année à la date d'effet du contrat et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre,

Le tarif en vigueur de référence pour le calcul des prestations est celui à la date des soins.

Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant des frais réellement engagés.

De convention expresse, l'Assureur est de plein droit habilité à limiter ou contester sa prise en charge en cas de non-respect des règles du Code de déontologie médicale.

LIMITES PARTICULIÈRES DE GARANTIES

> **Limitation de l'hospitalisation en milieu spécialisé (Psychiatrie et assimilée)**

L'hospitalisation en service psychiatrique, les cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie sont prises en charge dans la limite de 30 jours par année d'assurance et par assuré. La prestation est versée selon la formule souscrite sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire avec prise en charge du forfait hospitalier et de la chambre particulière.

> **Limitation de l'hospitalisation à domicile**

L'hospitalisation à domicile, avec accord de la Sécurité sociale, est prise en charge dans la limite de 90 jours par année d'assurance et par assuré (sur la base du tarif de convention et sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire).

DELAIS D'ATTENTE

Le droit aux prestations prend effet, soit immédiatement après l'adhésion, soit à l'issue d'un délai d'attente déterminé.

L'EQUITE

Société anonyme au capital de 15 569 320 euros, régie par le Code des Assurances - R.C.S. PARIS B 572 084 697
Société appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

L'adhésion s'effectue sans délai d'attente :

- en cas de changement de garantie,
- dès lors qu'il y a présentation d'un certificat de radiation délivré par l'organisme complémentaire précédent (mutuelle ou assurance), sous réserve du délai d'attente de 6 mois pour « les actes non pris en charge par la Sécurité Sociale », à l'exception des actes de prévention, des actes et examens gynécologiques et la fécondation in vitro. Ledit certificat doit être adressé par le membre participant ou l'ayant droit concerné dans un délai de six mois à compter de sa date d'adhésion. Le délai d'attente sera levé dès réception de ce document ;
- pour les personnes âgées de moins 65 ans, sous réserve du délai d'attente de 6 mois pour « les actes non pris en charge par la Sécurité Sociale », à l'exception des actes de prévention, des actes et examens gynécologiques et la fécondation in vitro.

L'adhésion s'effectue avec un délai d'attente :

- de 6 mois, quel que soit l'âge, pour l'ensemble des actes mentionnés dans « les actes non pris en charge par la Sécurité Sociale », à l'exception des actes de prévention, des actes et examens gynécologiques et la fécondation in vitro.

L'adhésion s'effectue avec un délai d'attente pour les personnes âgées de 65 ans et plus.

Ce délai d'attente est de :

- 3 mois sur la garantie Hospitalisation en cas de maladie ;
- 9 mois sur la garantie Dentaire et Optique.

La prise d'effet des garanties, suivant la nature des prestations, est précisée sur la « carte de tiers payant »

EXCLUSIONS

Les exclusions ci-dessous s'appliquent à toutes les garanties d'assurance à l'exception des garanties minimum des contrats responsables précisées à l'article « CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE ».

Ne sont pas remboursés :

- les actes ne figurant pas sur la liste des actes professionnels sauf cas particuliers prévus au contrat ;
- les actes indemnisables au titre d'assurances spéciales obligatoires (accidents de la circulation avec tiers identifié...);

Les garanties ne s'exercent pas en cas :

- de guerre civile ou étrangère,
- de désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes,
- de traitements ou interventions chirurgicales dans un but de rajeunissement ou esthétique,
- d'une aggravation due à l'inobservation intentionnelle par l'Assuré des prescriptions du

médecin.

Sont également applicables les exclusions imposées par le dispositif législatif des contrats dits «responsables» et mentionnées à l'article « CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE ».

CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE

Le contrat s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits «contrats responsables» (article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et différents décrets et arrêtés).

Ainsi, dans le cadre du parcours de soins, le contrat doit notamment prendre en charge :

- Au moins 30 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale des honoraires des médecins,
- Au moins 30 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale pour les médicaments à vignette blanche remboursés à 65 % par la Sécurité sociale,
- Au moins 35 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale pour les frais d'analyse ou de laboratoire,
- La totalité du ticket modérateur pour au moins deux prestations de prévention figurant sur la liste ministériel du 8 juin 2006.

Le cas échéant, les taux de prise en charge minimale mentionnés ci-dessus sont réduits afin que notre prise en charge ne puisse excéder les frais exposés.

Dans le cadre du dispositif législatif relatif aux «contrats responsables», le contrat ne rembourse pas les frais supplémentaires à la charge de l'assuré du fait du non respect du parcours de soins, à savoir :

- La majoration du ticket modérateur en application de l'article L 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale en cas de non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant,
- Les dépassements d'honoraires prévus à l'article L 162-5-18° du Code de la Sécurité sociale.

Dans tous les cas, le contrat ne prend pas en charge :

- La contribution forfaitaire mentionnée au II de l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale,
- Le montant de la franchise instaurée en application du III de l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale.

En cas d'évolution de la réglementation régissant les «contrats responsables», les garanties du contrat feront l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique, après

L'EQUITE

Société anonyme au capital de 15 569 320 euros, régie par le Code des Assurances - R.C.S. PARIS B 572 084 697
Société appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

information préalable de l'adhérent.

MODIFICATIONS DES GARANTIES

> À la demande de l'adhérent

Les modifications de garantie sur simple demande de l'adhérent ne sont possibles qu'à la date échéance du contrat sauf conditions dérogatoires (déménagement, modification de l'état civil, naissance, décès).

> À l'initiative de l'Assureur

Le contrat peut être modifié sur proposition de l'Assureur, notamment dans les hypothèses suivantes :

- Si l'Assureur modifie la cotisation à l'échéance du contrat (article « COTISATIONS »),
- Afin de mise en conformité avec les dispositions réglementaires régissant les contrats «responsables» (article « Cadre juridique du contrat dit responsable») : dans ce cas, l'adhérent sera informé par écrit des modifications apportées ou susceptibles d'être apportées aux droits et obligations des Assurés au moins deux mois avant la date prévue de leur entrée en vigueur, à moins que les délais réglementaires ne permettent pas de respecter un tel délai.

L'adhérent sera informé par courrier simple, l'Assureur étant expressément dispensé de recourir à un envoi recommandé. L'adhérent ne pourra exiger comme moyen de preuve de cette information l'envoi d'un courrier recommandé. En cas de refus d'une modification par l'adhérent, celui-ci peut résilier le contrat dans le mois qui suit la réception de l'information. La prime ou le prorata de prime restera dû sur les bases existantes jusqu'à la date d'effet de cette résiliation.

Ces modifications sont applicables aux assurés sous réserve du consentement de l'adhérent dans les conditions ci-après. Ce consentement peut être prouvé par tout moyen de droit. De convention expresse, le consentement de l'adhérent est réputé acquis par le paiement sans réserve de la cotisation faisant suite à ces modifications, de même qu'en cas de prélèvement bancaire n'ayant soulevé ni réserve ni opposition formulée auprès de l'Assureur dans les trente jours suivant son exécution. En cas de refus d'une modification par l'adhérent, celui-ci peut résilier le contrat dans le mois qui suit la réception de l'information. La prime ou le prorata de prime restera dû sur les bases existantes jusqu'à la date d'effet de cette résiliation.

AJOUT OU RETRAIT DE BENEFICIAIRES

> En cours de contrat, à l'échéance du contrat

L'adhérent a la possibilité de demander, par écrit, l'ajout ou le retrait d'un ayant droit à la date échéance au 1^{er} janvier de chaque année du contrat, en prévenant l'Assureur deux mois à l'avance.

> En cours de contrat, hors échéance du contrat

Si un événement survient en cours d'année entraînant l'acquisition de la qualité d'ayant droit, d'une personne que l'adhérent souhaite assurer, il doit adresser une demande écrite à cet effet :

- Dans un délai de 2 mois suivant cet événement s'il s'agit d'une naissance ou d'une adoption,
- Dans un délai de 15 jours suivant cet événement pour les autres demandes.

Sous réserve des pièces justifiant de la date de l'événement et des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit, la modification du contrat prendra alors effet :

- À la date de naissance du nouveau-né,
- À la date de jugement d'un enfant adopté,
- À la date de l'union avec son conjoint,
- À la date de séparation ou de divorce,
- À la date de radiation d'un contrat de même nature prévoyant des garanties similaires (sous réserve de la production d'un Certificat de radiation).

Si la demande est formulée au-delà des délais ci-dessus, la modification du contrat prendra effet à la date de réception de la demande, sous réserve de la production des pièces justificatives.

Si un événement survient en cours d'année entraînant la perte de la qualité d'ayant droit, l'adhérent doit le déclarer par écrit dans les 15 jours suivant cet événement. La modification du contrat prendra effet, sous réserve de la production des pièces justifiant de la date de l'événement et de la fin des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit :

- À la date du décès,
- À la date de séparation ou de divorce,
- À la date de cessation ou de changement d'affiliation au Régime Obligatoire.

Si des prestations ont été versées au-delà de ce délai, l'Assureur pourra demander à l'adhérent le remboursement des prestations indûment réglées pour cet ayant droit.

Si un des ayants-droit ne remplissait plus les conditions prévues pour être Bénéficiaire, les garanties cesseraient de plein droit et sans formalité pour celui-ci.

En cas d'ajout ou de sortie de Bénéficiaire, la cotisation sera ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de l'avenant constatant cette modification. La différence de cotisation sera mentionnée dans l'avenant.

S'il s'agit d'un supplément à acquitter, celui-ci

L'EQUITE

Société anonyme au capital de 15 569 320 euros, régie par le Code des Assurances - R.C.S. PARIS B 572 084 697
Société appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

devra être réglé à l'Assureur conformément aux dispositions de l'article «COTISATIONS». S'il s'agit d'une ristourne en faveur de l'adhérent, celle-ci lui sera réglée sous réserve de l'absence d'arriéré de prime à compenser.

ADAPTATION DU CONTRAT PAR SUITE DE MODIFICATION DU REGIME DE BASE DE LA SECURITE SOCIALE

Les garanties du présent contrat, sa tarification et les modalités de mise en jeu de l'assurance ont été fixées compte tenu des dispositions de la Sécurité sociale en vigueur lors de sa prise d'effet.

Si ces dispositions ou les règles d'indemnisation de la Sécurité sociale venaient à être modifiées, l'Assureur se réserve la faculté de procéder à une révision du contrat, à compter du premier jour du mois suivant l'application par cet organisme des dispositions nouvelles.

L'adhérent conserve, dans ce cas, la possibilité de demander un aménagement des garanties ou la résiliation du contrat, sans application du délai de préavis.

PRESTATIONS

> Télétransmission

La transmission des décomptes de remboursements des assurés bénéficiaires peut être effectuée directement par les caisses d'assurance maladie, sous forme d'échange de données informatiques.

Si l'adhérent ne souhaite pas bénéficier du service de la télétransmission automatique, il peut faire connaître son refus à tout moment en écrivant à AssurOne Group - 2/4 Boulevard de la Gare - 95210 Saint Gratien .

L'adhérent bénéficiant de la télétransmission de ses décomptes de remboursements pourra envoyer ses justificatifs complémentaires, avant même le remboursement de la Sécurité sociale.

En cas de rejet de la télétransmission, l'adhérent sera amené à transmettre l'original de son décompte.

Seuls les décomptes pour lesquels un remboursement n'a pas été traité automatiquement devront être envoyés.

> Tiers payant

Le contrat permet de bénéficier des avantages d'une carte de tiers payant.

Pour les dépenses de pharmacie remboursables par la Sécurité sociale, l'adhérent est dispensé du paiement du ticket modérateur.

Cet avantage est étendu aux autres dépenses de santé auprès de tous les professionnels de santé conventionnés, qui acceptent le dispositif.

La carte de Tiers payant permet également de bénéficier d'une prise en charge dans la limite de la garantie souscrite, en cas d'hospitalisation en France par l'intermédiaire de l'établissement hospitalier auprès de l'organisme de Tiers payant ou sur simple demande à SG Sante - 14 rue Juliot-Curie - BP 248 - 51010 CHALON EN CHAMPAGNE Cedex.

En cas de suspension ou de résiliation du contrat, l'adhérent s'engage à restituer immédiatement la carte de Tiers payant. Il s'engage également à rembourser à l'Assureur les prestations indûment réglées aux praticiens postérieurement à cette suspension ou cette résiliation.

> Justificatifs à produire

Pour obtenir le règlement de ses prestations, l'adhérent doit envoyer à SG Sante - 14 rue Juliot-Curie - BP 248 - 51010 CHALON EN CHAMPAGNE Cedex, dans les 3 mois qui suivent la fin du traitement, les pièces justificatives accompagnées d'une demande datée et signée comportant le numéro de contrat.

La liste exhaustive des pièces justificatives à fournir est la suivante :

- Les décomptes originaux des remboursements du Régime Obligatoire justifiant les prestations qui ont été servies.
- Dans les départements dans lesquels un accord a été passé avec les organismes de Régimes Obligatoires, une telle formalité ne sera pas nécessaire,
- Les notes d'honoraires et factures détaillées justifiant des frais réellement engagés, notamment pour le transport hospitalier,
- Les factures d'hospitalisation si celle-ci n'a pas donné lieu à prise en charge préalable,
- Les factures des pharmaciens lorsque la garantie Tiers payant n'a pu être mise en jeu ou en cas de dépassement du tarif de responsabilité,
- La facture détaillée des frais engagés pour les prothèses dentaires,
- Pour les frais d'optique, la demande de prise en charge et la facture de l'opticien distinguant le prix de la monture de celui des verres ou indiquant les frais de lentilles. Pour les lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire, joindre également une ordonnance de moins de deux ans.
- Pour les cures thermales, la facture détaillée des frais engagés, ainsi que le décompte du remboursement du Régime Obligatoire,
- Lorsque l'adhérent ou ses ayants droits bénéficient

L'EQUITE

Société anonyme au capital de 15 569 320 euros, régie par le Code des Assurances - R.C.S. PARIS B 572 084 697
Société appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

d'une autre couverture complémentaire, les originaux des décomptes établis par l'organisme en cause,

- En cas de naissance, un certificat de naissance ou une copie certifiée conforme du livret de famille établissant la filiation avec l'adhérent,
- En cas d'adoption, une copie du jugement d'adoption, établissant la filiation avec l'adhérent,
- En cas d'accident mettant en cause un tiers responsable identifié, les coordonnées du tiers responsable ou de son assureur, afin de pouvoir engager les recours,

Seuls les décomptes originaux tiennent lieu de justificatifs.

Si les renseignements fournis sont insuffisants pour le règlement des prestations, l'assureur pourra demander de fournir des justificatifs complémentaires.

L'adhérent qui emploie ou produit intentionnellement des documents inexacts ou frauduleux sera déchu de tout droit à garantie pour le sinistre dont il s'agit.

> Contrôle des dépenses et Expertise

- Le médecin-conseil peut demander à l'adhérent tout renseignement ou document complémentaire qu'il juge utiles et le cas échéant demander une expertise médicale, afin de permettre l'appréciation du droit aux prestations notamment en ce qui concerne le principe et la fréquence de l'engagement des dépenses et leur montant.
- À peine de déchéance, l'adhérent doit lui communiquer ces informations, soit directement sous pli confidentiel soit par l'intermédiaire de son médecin, et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle.

Au regard du résultat de ces contrôles, l'assureur se réserve le droit de contester au regard des dispositions du présent contrat, la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou le montant de sa prise en charge.

De convention expresse, l'adhérent reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus de l'adhérent, l'assureur pourra, de convention expresse, s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

> Procédure d'Expertise

Les médecins et délégués missionnés par l'assureur auront, à toute époque, un libre accès auprès de l'adhérent pour pouvoir constater médicalement son état. Dans le cas où l'adhérent ne peut se déplacer, le médecin missionné doit avoir accès à

son lieu de résidence.

> Arbitrage

- En cas de persistance d'un désaccord sur les conclusions du médecin expert que l'assureur a désigné, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire.

- Chacun des parties choisit un médecin expert devant régler le différend. À défaut d'accord entre eux, ceux-ci s'adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix.

À défaut d'accord entre les médecins sur le nom du tiers expert, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée. Les trois médecins opèrent en commun et à la majorité des voix.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son représentant. Les honoraires du tiers médecin sont supportés à charge égale par les deux parties.

> Remboursement des prestations

Les dépenses de prestations sont remboursées en fonction des blocs de garanties que l'adhérent a souscrits et qui figurent au Bulletin d'adhésion.

Ce remboursement est appliqué séparément pour chaque poste de frais pris en charge par le Régime Obligatoire.

Il est toujours subordonné au remboursement préalable du Régime Obligatoire, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties.

Les prestations sont réglées dans les 15 jours qui suivent soit la remise des justificatifs, soit l'accord amiable, soit la décision judiciaire exécutoire.

Les décomptes seront disponibles en ligne dans les espaces personnels des adhérents/ assurés ayant souscrit via les sites d'AssurOne group en mode direct. .

COTISATIONS

> Montant de la cotisation

La cotisation est fixée au certificat d'adhésion. Elle est exprimée en euros, tous frais et taxes inclus.

Elle tient compte d'un certain nombre de paramètres tels que le régime obligatoire de l'adhérent, les garanties choisies, l'âge des assurés et la zone géographique. Elle ne dépend pas de l'état de santé des assurés.

L'EQUITE

Société anonyme au capital de 15 569 320 euros, régie par le Code des Assurances - R.C.S. PARIS B 572 084 697
Société appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

La cotisation totale correspond au cumul des cotisations de chaque assuré. La cotisation totale est due par l'adhérent.

> Variation de la cotisation

En cours de contrat, la cotisation peut varier en cas de changement de garanties, changement de régime obligatoire, ajout ou sortie de Bénéficiaire, modification du régime de base de la Sécurité sociale ou en cas de changement de domicile entraînant un changement de zone tarifaire.

Par ailleurs, en cas de modification du taux de taxe sur les conventions d'assurance ou d'un prélèvement indirect, celle-ci sera appliquée conformément aux dispositions réglementaires.

> Révision de la cotisation

La cotisation est amenée à évoluer en fonction de l'âge atteint des assurés à l'échéance du contrat.

L'assureur peut également être amené à réévaluer le montant des cotisations, notamment en fonction des résultats techniques des garanties de même nature et/ou de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé.

Le nouveau montant de cotisation sera communiqué sur la lettre d'information annuelle. L'adhérent pourra refuser cette modification en résiliant le contrat dans le mois qui suit la réception de l'avis d'échéance.

> Paiement de la cotisation

La cotisation est payable d'avance, selon le fractionnement choisi par l'adhérent : périodicité annuelle, semestrielle ou mensuelle. Le paiement et l'encaissement de cotisations inexactes ou partielles ne sauraient valoir délivrance ou maintien des garanties.

Si l'adhérent ne paie pas la cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'assureur peut - indépendamment de son droit de poursuite en justice - adresser à l'adhérent une lettre recommandée valant mise en demeure. Faute de règlement, les garanties du contrat seront alors suspendues trente jours après l'envoi de cette lettre. La suspension de garanties entraîne, pour chaque assuré, la perte de tout droit aux garanties prévues par le présent contrat pour des événements survenus pendant la période de suspension.

En cas de paiement de l'intégralité de la cotisation restant due dans les dix jours suivant la suspension des garanties, celles-ci seront remises en vigueur le lendemain midi du jour du paiement.

À défaut, le contrat sera automatiquement résilié

dix jours après l'expiration du délai de trente jours précité. Dans ce cas, la portion de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation sera acquise à titre de dommages et intérêts et l'assureur pourra en poursuivre le recouvrement. S'y ajouteront les frais de recouvrement et les intérêts de retard qui seront à la charge de l'adhérent.

> Prélèvement

Si l'adhérent souhaite régler sa cotisation par prélèvement mensuel, celui-ci cessera dès qu'un prélèvement sera refusé par son établissement bancaire. L'intégralité de la cotisation annuelle, déduction faite des fractions de cotisation déjà réglées, sera alors immédiatement exigible. Le mode de paiement annuel sera alors prévu pour les cotisations ultérieures. En cas de non paiement du solde de la cotisation, l'assureur pourra en poursuivre le recouvrement comme indiqué ci-avant.

SUBROGATION

En vertu du Code des assurances, l'assureur est subrogé dans les droits et actions des assurés envers tout responsable jusqu'à concurrence de l'indemnité qu'il a versée.

PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L 114-1, L 114-2 et 114-3 du Code des assurances :
Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

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'adhérent 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'adhérent ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription notamment :

- l'action en justice jusqu'à l'extinction de l'instance,
- l'acte d'exécution forcé,
- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,

L'EQUITE

Société anonyme au capital de 15 569 320 euros, régie par le Code des Assurances - R.C.S. PARIS B 572 084 697
Société appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

- par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.
- et l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'adhérent à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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.

EXAMEN DES RECLAMATIONS ET PROCÉDURE DE MÉDIATION

Lorsque l'adhérent souhaite obtenir des précisions sur les clauses d'application de son contrat notamment à l'adhésion ou en cas de sinistre, il doit contacter son intermédiaire privilégié à l'adresse suivante : AssurOne Group - 2/4 Boulevard de la Gare - 95210 Saint Gratien

Il est en mesure d'étudier toutes ses questions et demandes.

En cas de désaccord, l'adhérent peut adresser une réclamation écrite avec le motif du litige et les références du dossier à : L'ÉQUITÉ - Cellule Qualité 7 boulevard Haussmann - 75442 Paris Cedex 09.

L'assureur s'engage à traiter sa réclamation le plus rapidement et le plus objectivement possible.

Si un désaccord devait persister, les particuliers ont la faculté de faire appel au médiateur de la compagnie, et ceci, sans préjudice des autres voies d'actions légales. Les conditions d'accès à ce médiateur, ses coordonnées ainsi que la procédure à suivre seront communiquées par la Cellule Qualité de l'Équité.

INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la Loi du 6 août 2004, l'Adhérent dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression des données les concernant et d'opposition auprès du Siège social du responsable du traitement AssurOne Group - 2/4 Boulevard de la Gare - 95210 Saint Gratien .

Ces informations sont destinées à l'Assureur et sont nécessaires au traitement du dossier de l'adhérent. Elles sont susceptibles d'être transmises à des tiers pour les besoins de la gestion du contrat.

Par la signature de la demande d'adhésion, l'adhérent accepte expressément que les données le concernant soient ainsi transmises.

AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par le présent contrat est :

L'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP)
61 rue Taitbout
75436 Paris Cedex 09

RENONCIATION A L'ADHESION

Conformément à l'article L 112-9 du Code des assurances, "toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités."

Si les conditions précitées sont réunies - et sous réserve des autres dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances - l'adhérent peut renoncer au présent contrat en envoyant le modèle de lettre joint ci-après, sous la forme recommandée avec demande d'avis de réception.

Cette faculté de renonciation est perdue si l'adhérent a connaissance d'un sinistre survenu pendant le délai de quatorze jours précités.

« Je soussigné _____, N° de l'adhésion _____, désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande d'adhésion au contrat groupe n° AC 481509 effectuée en date du (date de la signature de la demande d'adhésion).

Fait à _____, le _____
« Signature ».

L'ÉQUITÉ

Société anonyme au capital de 15 569 320 euros, régie par le Code des Assurances - R.C.S. PARIS B 572 084 697
Société appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Annexe 1 : Conditions de résiliations

Pour quels motifs ?	Qui peut résilier ?	Selon quelles modalités ?	Date d'effet de la résiliation
Non reconduction du contrat	l'adhérent	Au plus tard 2 mois avant l'échéance du contrat prévue au certificat d'adhésion.	Au jour de l'échéance principale à 0 heure.
Changement de domicile, de situation matrimoniale, de profession, de départ à la retraite ou cessation d'activité professionnelle lorsque le contrat a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (article L 113-16).	l'adhérent et l'assureur	dans les 3 mois qui suivent la date de l'événement. dans les 3 mois qui suivent l'envoi d'une lettre en informant l'assureur.	1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.
Modification de tarif ou de garantie.	l'adhérent	Dans le mois qui suit la date où l'adhérent a eu connaissance de cette modification.	1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.
En cas de diminution du risque si l'assureur ne consent pas à réduire le montant de cotisation en conséquence (article L 113-4).		Dans le mois qui suit la date où l'adhérent a eu connaissance de la proposition.	1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.
Non-paiement des cotisations (article L 113-3).		Au plus tôt 10 jours après l'échéance.	40 jours après l'envoi de notre lettre de résiliation, si la cotisation n'est pas régularisée.
Omission ou inexactitude dans la déclaration sans que la mauvaise foi de l'adhérent soit établie (article L 113.9)	RÉSILIATION DE PLEIN DROIT	Dès que l'assureur en a connaissance mais avant tout sinistre.	10 jours après l'envoi de notre lettre de résiliation.
Décès de l'adhérent.		-	En présence d'ayants droits, les garanties sont maintenues jusqu'à la prochaine échéance de cotisation. S'ils le souhaitent, un nouveau contrat leur sera proposé, qui tiendra compte des garanties et conditions antérieures à la résiliation.
Départ de la France métropolitaine, de la principauté de Monaco pour une durée supérieure à un an.	-	-	Le 1 ^{er} jour qui suit le 1 ^{er} anniversaire du départ.

L'EQUITE

Société anonyme au capital de 15 569 320 euros, régie par le Code des Assurances - R.C.S. PARIS B 572 084 697
Société appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Annexe 2 : Vente à distance

Les dispositions ci-après s'appliquent aux contrats exclusivement conclus à distance au sens de l'article L 112-2-1 du Code des assurances, c'est-à-dire, exclusivement conclus au moyen de "une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat".

MODALITE DE CONCLUSION DU CONTRAT

L'adhérent dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour retourner l'ensemble des pièces du dossier de souscription signées ainsi que les pièces justificatives réclamées.

Ce délai commence à courir à compter de la date de conclusion du contrat (réputée être la date d'émission du certificat d'adhésion). À défaut de retour dans ce délai, le contrat sera anéanti rétroactivement sans qu'il soit nécessaire pour la Compagnie d'accomplir une quelconque démarche complémentaire.

Si l'adhérent a demandé que le contrat commence à être exécuté avant l'expiration de ce délai de quatorze jours et qu'un sinistre survient pendant ce délai, il devra alors retourner l'ensemble des pièces signées ainsi que les justificatifs réclamés au plus tard lors de la déclaration de sinistre. À défaut de retour dans ce délai, le contrat sera anéanti rétroactivement sans qu'il soit nécessaire pour la Compagnie d'accomplir une quelconque démarche complémentaire. Le sinistre ne sera alors pas pris en charge.

DROIT DE RENONCIATION

Conformément à l'article L 112-2-1 II du Code des assurances, l'adhérent peut renoncer au présent contrat dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion du contrat.

Si l'adhérent a demandé que le contrat commence à être exécuté avant l'expiration du délai de renonciation, la Compagnie sera alors en droit de conserver une fraction de la cotisation que l'adhérent a réglée correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru.

La demande de renonciation doit être adressée par lettre recommandée avec avis de réception à AssurOne Group - 2/4 Boulevard de la Gare - 95210 Saint Gratien, adresse, et peut être faite suivant le modèle de lettre inclus ci-dessous.

« Je soussigné _____, N° de l'adhésion _____, désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande d'adhésion au contrat groupe n° AC481509 effectuée en date du (date de la signature de la demande d'adhésion), exclusivement à distance.

Fait à _____, le _____

« Signature ».

L'EQUITE

Société anonyme au capital de 15 569 320 euros, régie par le Code des Assurances - R.C.S. PARIS B 572 084 697
Société appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Annexe 3 : Aide à la Complémentaire Santé (A.C.S.)

L'A.C.S. consiste en une aide financière pour l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé individuel. Cette aide s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 26 %.

Le montant de l'A.C.S. est plafonné au montant de la cotisation. Il varie en fonction de l'âge des personnes composant le foyer couvert par le contrat. L'âge est apprécié au 1er janvier de l'année.

Les dossiers de demande d'A.C.S. sont instruits par les caisses d'assurance maladie. En cas d'accord, celle-ci remet aux bénéficiaires une attestation de droit à l'aide complémentaire santé. Sur présentation de cette attestation à une mutuelle, une société d'assurances, ou une institution de prévoyance, ils bénéficient de la réduction sur le contrat santé individuel qu'il aura choisi de souscrire ou qu'il a déjà souscrit. Cette réduction s'impute sur le montant de la cotisation ou de la prime annuelle à payer.

L'EQUITE

Société anonyme au capital de 15 569 320 euros, régie par le Code des Assurances - R.C.S. PARIS B 572 084 697
Société appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.



GROUPEMENT DE PRÉVOYANCE MALADIE ACCIDENT

STATUTS

(modifiés par l'Assemblée Générale Extraordinaire du 27 mai 2010)

FORMATION - DENOMINATION - DUREE OBJET - COMPOSITION - SIEGE SOCIAL

Article 1

Il est créé une Association de Prévoyance régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, les articles L.141-7 et R 141-1 à R.141-9 du Code des assurances et tous textes qui viendraient, le cas échéant à les modifier ou les compléter, ainsi que par les présents statuts.

Elle prend la dénomination de **Groupe de Prévoyance Maladie-Accident, "G P M A"**.

Elle est constituée pour une durée illimitée.

Article 2

L'Association Groupe de Prévoyance Maladie-Accident a pour objet :

- d'étudier les questions relatives aux régimes de retraite et de prévoyance obligatoires et complémentaires par secteurs d'activité professionnelle dont relèvent ses adhérents, personnes physiques et morales, de les conseiller et de leur donner toutes les informations possibles,
- de souscrire, au profit de ses adhérents, des contrats collectifs d'assurance auprès des compagnies du groupe Generali ou auprès de tout organisme assureur dont les contrats font l'objet d'une convention de réassurance conclue avec l'une des Compagnies appartenant au groupe Generali.
- de promouvoir toutes les actions publiques ou collectives pouvant favoriser la réalisation de ses objectifs ou ayant un but entrant dans le cadre de son objet social,

Et ce par tous moyens et sans visées bénéficiaires.

Article 3

L'Association se compose de :

- a) membres d'honneur choisis pour l'aide ou les conseils qu'ils peuvent apporter à l'Association ; les demandes d'admission à ce titre seront soumises à l'agrément du Bureau du Conseil d'Administration ;
- b) membres adhérents qui bénéficient des prestations de l'Association et paient à ce titre une cotisation.

Ces différentes catégories peuvent comporter des personnes physiques et des personnes morales.

La qualité de membre de l'Association s'acquiert par adhésion aux présents Statuts. Elle se perd par démission, décès, radiation sur décision du Conseil d'Administration pour non règlement des cotisations ou pour motifs graves.

La qualité de membre adhérent se perd également à la fin de l'adhésion aux contrats collectifs d'assurance sur la vie à la suite d'une renonciation, d'un rachat anticipé ou à l'échéance normale.

La décision est rendue en dernier ressort et n'a pas à être motivée.

Chaque adhérent personne morale, s'il représente plusieurs assurés, sera redevable d'autant de droits d'adhésions qu'il représente d'assurés.

Article 4

Le Siège Social est fixé 7 boulevard Haussmann, 75447 Paris Cedex 09. Il peut être transféré en tout autre lieu sur décision du Conseil d'Administration ratifiée par la plus prochaine Assemblée Générale Ordinaire.

ADMINISTRATION

Article 5

Le Conseil d'Administration se compose de neuf membres au moins et de douze membres au plus, tous élus par l'Assemblée Générale des adhérents, quatre au moins devant détenir un intérêt dans l'organisme d'assurance signataire du contrat d'assurance de groupe.

En tout état de cause, plus de la moitié des membres du Conseil d'Administration ne doivent pas détenir ou avoir détenu au cours des deux années précédant leur désignation aucun intérêt ni aucun mandat dans l'organisme d'assurance signataire du contrat d'assurance de groupe ni recevoir ou avoir reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes ou sociétés.

Ces Administrateurs peuvent être soit des membres individuels, soit des personnes morales qui désigneront leur représentant permanent.

Les Administrateurs sont élus pour une durée de trois ans et sont rééligibles.

En cas de décès ou de démission d'un Administrateur en cours d'année, il est pourvu à son remplacement provisoire par les soins du Conseil. Il est procédé à son remplacement définitif par la plus prochaine Assemblée Générale. Les pouvoirs des membres ainsi élus prennent fin à l'époque où devrait normalement expirer le mandat des membres remplacés.

Les fonctions de membre du Conseil d'Administration sont gratuites. Elles peuvent toutefois donner lieu à un remboursement des frais engagés dans l'intérêt de l'Association. D'autre part, le Conseil d'Administration peut décider d'allouer, dans les limites fixées par l'Assemblée Générale, des indemnités et avantages au titre de membre du Conseil à ses administrateurs.

Le Président du Conseil d'Administration informe chaque année l'Assemblée Générale du montant des indemnités et avantages alloués conformément à l'alinéa précédent aux membres du conseil d'administration. Il informe également l'Assemblée Générale de toute rémunération versée par l'entreprise d'assurance à un ou à plusieurs membres du Conseil d'Administration et liée au montant de cotisations ou à l'encours des contrats souscrits par l'association.

Tout Administrateur qui n'a pris aucune part aux travaux du Conseil pendant un an pourra être considéré comme démissionnaire.

Article 6

Chaque année, après l'Assemblée Générale, le Conseil élit parmi ses membres son Bureau composé d'un Président, d'un ou deux Vice-Présidents, d'un Secrétaire pouvant être choisi en dehors des Administrateurs et d'un Trésorier.

Article 7

Le Conseil se réunit sur convocation du Président chaque fois que celui-ci le juge utile ou sur demande de la moitié des Administrateurs et au moins une fois par an.

Il peut désigner un Secrétaire Général de l'Association et un ou plusieurs Conseillers Techniques en vue de réunir toute documentation relative à la réalisation technique de l'objet de l'Association.

Le Secrétaire Général et les Conseillers Techniques assistent aux réunions du Conseil et du Bureau avec voix consultative.

Il peut délibérer quel que soit le nombre des membres présents. Les décisions sont prises à la majorité des Administrateurs présents. En cas de partage, la voix du Président est prépondérante.

Il est tenu procès-verbal des séances du Conseil.

Article 8

Le Conseil est investi des pouvoirs les plus étendus pour décider toutes les opérations ayant pour but la réalisation de l'objet de l'Association.

Si l'Assemblée Générale a délégué au Conseil d'Administration, dans les conditions de l'article 15, le pouvoir de signer un ou plusieurs contrats d'assurance, ainsi qu'un ou plusieurs avenants, le Conseil d'Administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation donnée par l'Assemblée Générale, et en cas de signature d'un ou de plusieurs contrats d'assurance, ou d'un ou plusieurs avenants, il en fait rapport à la plus proche assemblée.

Le Conseil d'Administration établit chaque année un rapport sur le fonctionnement des contrats tenus à la disposition des adhérents.

Article 9

L'Association est représentée en justice et dans tous les actes de sa vie civile par son Président ou un Vice-Président ou par toute personne habilitée à cet effet par le Conseil.

ASSEMBLEES GENERALES ORDINAIRE ET EXTRAORDINAIRE

Article 10

L'Assemblée Générale est constituée par les membres de l'Association présents ou représentés.

Tout membre à jour de cotisation, personne physique ou personne morale, a le droit de prendre part aux Assemblées Générales et d'y voter.

Pour l'exercice des droits de vote à l'Assemblée Générale, les adhérents ont la faculté de donner mandat à un autre adhérent ou à leur conjoint.

Chaque adhérent dispose d'une voix. Les mandataires peuvent remettre les pouvoirs qui leur ont été conférés à d'autres mandataires ou adhérents. Le nombre de pouvoirs

dont un même adhérent peut disposer, ne peut dépasser 1 % des droits de vote.

Les mandataires disposent du droit de vote quel que soit le nombre de pouvoirs dont ils disposent.

Le vote par correspondance n'est pas autorisé.

Article 11

L'Assemblée Générale est convoquée par le Président du Conseil d'Administration, au moins une fois par an.

L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si mille adhérents ou un trentième des adhérents au moins sont présents ou représentés. Si, lors de la première convocation, l'assemblée n'a pas réuni ce quorum, une seconde assemblée est convoquée. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre de ses adhérents présents ou représentés.

Les adhérents devront se munir, pour participer à l'assemblée de leur convocation ainsi que de tout document, notamment le pouvoir qui leur aura été adressé, justifiant du numéro de contrat d'assurance auquel ils ont souscrit.

Le Conseil d'Administration est tenu de présenter au vote de l'assemblée les projets de résolution qui lui ont été communiqués soixante jours au moins avant la date fixée pour la réunion de l'assemblée par le dixième des adhérents au moins, ou par cent adhérents si le dixième est supérieur à cent.

La convocation aux Assemblées Générales est individuelle : cette convocation précède de trente jours au moins la date fixée pour la réunion de l'assemblée.

Cette convocation pourra être transmise ainsi que l'ensemble des documents nécessaires par Internet à l'adresse e-mail que l'adhérent aura communiqué à l'association lorsqu'il sera invité à le faire.

La convocation individuelle mentionne l'ordre du jour et contient les projets de résolution présentés par le Conseil d'Administration ainsi que ceux communiqués dans les délais mentionnés au troisième alinéa.

Elle peut mentionner également la date à laquelle la seconde assemblée est convoquée en l'absence de réunion du quorum exigé au second alinéa. Les adhérents pourront s'informer de la tenue ou non de la seconde assemblée en téléphonant au numéro qui leur sera transmis ou en consultant le site internet.

L'Assemblée Générale ne peut pas délibérer sur une question qui ne figurait pas à l'ordre du jour.

Article 12

Le Bureau de l'Assemblée Générale est celui du Conseil. L'Assemblée Générale entend le rapport du Conseil sur la situation morale et financière de l'Association.

Article 13

Il est tenu une feuille de présence à l'assemblée.

Les délibérations de l'assemblée sont constatées par des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial et signés par le Président et un membre du Conseil. Les copies ou extraits de ces procès-verbaux sont signés par le Président du Conseil ou par deux Administrateurs. Ils sont tenus à la disposition des adhérents au Siège de l'Association, pour consultation, sous condition de justifier de sa qualité d'adhérent.

Article 14

Sur l'avis du Conseil, ou sur la demande motivée, d'au moins 10% des membres de l'Association, le Président du Conseil d'Administration est tenu de convoquer une Assemblée Générale Extraordinaire, dans le délai de deux mois à compter de la réception de la demande.

Article 15

Les décisions prises en Assemblée Générale Ordinaire sont adoptées à la majorité simple des votants. Chaque membre dispose d'une voix.

L'Assemblée Générale Ordinaire élit les Administrateurs.

Elle approuve les comptes de l'Association pour l'exercice écoulé au plus tard dans les six mois de sa clôture, c'est-à-dire au plus tard le 30 juin. Elle approuve le montant qui a été fixé par le Conseil d'Administration pour les cotisations de chacune des catégories de membres.

L'Assemblée Générale a seule qualité pour autoriser la signature d'un ou de plusieurs contrats d'assurance de groupe ou d'un ou de plusieurs avenants à ceux-ci. Elle peut toutefois déléguer au Conseil d'Administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée qui ne peut excéder dix-huit mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs contrats d'assurance ainsi qu'un ou plusieurs avenants dans des matières que la résolution définit. Le Conseil d'Administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation prévue à l'article 8.

Article 16

L'Assemblée Générale Extraordinaire peut apporter, sur proposition de son Bureau ou d'au moins 10% des membres de l'Association, des modifications aux Statuts. Elle peut également décider la prorogation, la fusion avec toute autre association poursuivant un but analogue ou la dissolution.

Les décisions devront être prises à la majorité des 2/3 des voix des membres présents ou représentés.

Article 17

Un Règlement Intérieur peut être établi par le Bureau qui le fait approuver par l'Assemblée Générale.

RESSOURCES

Article 18

Les ressources de l'Association se composent :

- des droits d'adhésion et cotisations annuelles versées par ses membres conformément aux décisions du Conseil d'Administration ;
- des subventions, ressources ou versements autorisés par les dispositions législatives ou réglementaires en vigueur ;
- des sommes reçues en contrepartie de prestations fournies par l'Association ;
- des revenus ou bénéfices sur réalisation des valeurs provenant de l'emploi de ses fonds.

Article 19

Les dépenses de l'Association sont constituées, en dehors des frais d'administration et de gestion, par :

- les dépenses effectuées au bénéfice des adhérents au titre du Fonds d'Entraide,
- les frais de réalisation d'imprimés,
- les frais de notoriété, notamment les parrainages d'épreuves sportives,
- le soutien d'activités à but non lucratif dont l'objet est voisin de celui de l'Association ou peut s'y rattacher,
- et, en général, toute dépense décidée par le Conseil d'Administration en conformité avec l'objet de l'Association.

Ces dépenses sont ordonnées par le Conseil d'Administration ou par toute personne mandatée à cet effet par le Conseil d'Administration.

Article 20

Il est tenu une comptabilité faisant apparaître annuellement un Compte d'Exploitation Générale et un Bilan.

Si les recettes annuelles excèdent les dépenses, l'affectation de l'excédent, exclusive de toute distribution, est décidée par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil.

Les comptes de l'Association peuvent être consultés à son Siège par tout groupe d'adhérents, représentant la moitié plus un des membres de l'Association, à jour de leur cotisation.

Article 21

L'Assemblée Générale Ordinaire nomme, pour une durée de six exercices, un ou plusieurs commissaires aux comptes titulaires et un ou plusieurs commissaires aux comptes suppléants, inscrits sur la liste des commissaires aux comptes de la Compagnie Régionale de l'Ile de France.

Le(s) commissaire(s) aux comptes exerce sa mission selon les normes et règles de la profession. Il établit et présente chaque année à l'assemblée générale appelée à statuer sur les comptes de l'exercice clos, un rapport rendant compte de sa mission et certifiant la régularité et la sincérité des comptes.

DISSOLUTION

Article 22

En cas de dissolution volontaire ou forcée, l'Assemblée Générale, délibérant ainsi qu'il est dit ci-dessus, désigne un ou plusieurs commissaires chargés de la liquidation des biens de l'Association.

Cette Assemblée détermine souverainement les conditions dans lesquelles les membres de l'Association seront admis, s'il y a lieu, à reprendre tout ou partie de leurs apports et l'emploi qui sera fait de l'actif net, après paiement des charges de l'Association et des frais de sa liquidation, conformément à la loi.

Annexe 3 : Aide à la Complémentaire Santé (A.C.S.)

L'A.C.S. consiste en une aide financière pour l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé individuel. Cette aide s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 26 %.

Le montant de l'A.C.S. est plafonné au montant de la cotisation. Il varie en fonction de l'âge des personnes composant le foyer couvert par le contrat. L'âge est apprécié au 1er janvier de l'année.

Les dossiers de demande d'A.C.S. sont instruits par les caisses d'assurance maladie. En cas d'accord, celle-ci remet aux bénéficiaires une attestation de droit à l'aide complémentaire santé. Sur présentation de cette attestation à une mutuelle, une société d'assurances, ou une institution de prévoyance, ils bénéficient de la réduction sur le contrat santé individuel qu'il aura choisi de souscrire ou qu'il a déjà souscrit. Cette réduction s'impute sur le montant de la cotisation ou de la prime annuelle à payer.

L'EQUITE

Société anonyme au capital de 15 569 320 euros, régie par le Code des Assurances - R.C.S. PARIS B 572 084 697
Société appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.