

Sommaire

Articles

- 1 - Préambule.
- 2 - Objet.
- 3 - Territorialité.
- 4 - Garanties du Contrat.
- 5 - Bénéficiaires des garanties.
- 6 - Formalités de l'adhésion.
- 7 - Date d'effet et fin de l'Adhésion.
- 8 - Obligations du Souscripteur.
- 9 - Portabilité des garanties.
- 10 - Maintien de garanties.
- 11 - Exclusions.
- 12 - Cotisations.
- 13 - Rapport.
- 14 - Justificatifs à produire pour les règlements.
- 15 - Subrogation.
- 16 - Prescription.
- 17 - Contrôle médical et arbitrage.
- 18 - Modalités d'examen des réclamations.
- 19 - Loi applicable au contrat et régime fiscal.
- 20 - Autorité de contrôle de Gresham.
- 21 - Informatique et Libertés.

ARTICLE 1 – PREAMBULE

Le présent Contrat, ci-après dénommé « Le Contrat », est un contrat collectif garantissant le remboursement des Frais de Santé dans les conditions décrites ci-après. Il est régi par le Code des Assurances et par la Loi n°89-1009 du 31 décembre 1989.

Il est formé des présentes Conditions Générales et des Conditions Particulières dans lesquelles sont précisées les garanties souscrites.

1.1 Parties au contrat

Le Contrat est souscrit par :

- . L'Entreprise désignée aux Conditions Particulières, dénommée, ci-après, "Le Souscripteur", auprès de :
- . La Société d'Assurance GRESHAM, dénommée ci-après "L'Assureur", ayant son Siège Social à Paris (8°), 20 rue de la Baume, immatriculée au R.C.S. de Paris sous le n° 338 746 464.

Ce contrat fait bénéficier les Membres du Personnel du Souscripteur définis aux Conditions Particulières et appelés «Adhérents», des garanties précisées aux Conditions Particulières et/ou Avenants, sous réserve qu'ils soient affiliés au régime général de la Sécurité Sociale. L'adhésion est obligatoire pour l'ensemble du personnel appartenant à la catégorie désignée aux Conditions Particulières et définie dans le régime collectif mis en place par le Souscripteur dans son entreprise dans les conditions prévues au Livre IX du Code de la Sécurité Sociale.

Les déclarations du Souscripteur et des Adhérents servent de base à ce contrat.

1.2 Effet - Durée – Renouvellement

Le Contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions Particulières, sous réserve de sa signature par les parties contractantes.

La souscription court jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle prend effet, puis est ensuite renouvelée par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année.

Le Contrat peut être résilié par le Souscripteur ou l'Assureur, par lettre recommandée avec avis de réception, moyennant le respect d'un préavis de DEUX MOIS avant l'échéance annuelle. La lettre de résiliation du contrat par le Souscripteur doit être adressée au siège social de l'Assureur.

ARTICLE 2 – OBJET

Le Contrat a pour objet la couverture du remboursement des Frais de Santé engagés par les Bénéficiaires tels que définis à l'article 5 ci-après, au titre des garanties expressément indiquées aux Conditions Particulières et/ou Avenants ultérieurs, et dans les conditions prévues par ces dispositions.

Il est précisé que les garanties mentionnées dans les présentes Conditions Générales ne sont pas systématiquement accordées. Ne le sont effectivement que celles qui sont énumérées dans les Conditions Particulières et pour lesquelles un montant de prestations est indiqué.

DANS TOUS LES AUTRES CAS, LES GARANTIES NE SONT PAS ACCORDEES.

Les garanties sont complémentaires à celles de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme de Prévoyance et de Frais de Santé. En aucun cas, le cumul des prestations ne doit dépasser les dépenses réellement engagées pour chaque acte : la prestation ne peut donc jamais excéder la différence entre les frais réels et les remboursements versés au même titre par le régime obligatoire de Sécurité Sociale du Bénéficiaire et/ou par tout autre organisme.

Les suppléments de toutes sortes, à moins qu'ils ne soient pris en charge par la Sécurité Sociale, ne sont pas remboursés.

Les actes ne figurant pas à la nomenclature de la Sécurité Sociale ne sont jamais pris en charge, sauf dispositions contraires indiquées aux Conditions Particulières du contrat.

Les garanties du présent Contrat respectent les conditions imposées par la législation relative aux contrats dits Responsables définie aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

ARTICLE 3 – TERRITORIALITE

Sauf stipulation contraire figurant aux Dispositions Particulières, les garanties sont accordées aux Bénéficiaires :

- relevant du régime général de la Sécurité Sociale exerçant leur activité en France ou dans l'un des pays de l'Espace Economique Européen ;
- hors de l'Espace Economique Européen pendant les trois premiers mois seulement de leur séjour et dans la limite de 2 500 euros par an et par bénéficiaire.

Les prestations sont servies en France et en euros.

ARTICLE 4 – GARANTIES DU CONTRAT

4.1 Maladie

Sous réserve des dispositions des articles 2 et 3, et des Conditions Particulières, sont prises en charge les prestations complémentaires à celles reçues par les Bénéficiaires en application de l'Article L.321-1 du Code de la Sécurité Sociale, c'est-à-dire notamment les frais :

- de médecine générale et spéciale,
- de pharmacie,
- d'analyses et d'examen de laboratoire,
- d'électroradiologie et de radiographie,
- d'actes d'auxiliaires médicaux,
- de soins et de prothèses dentaires,
- d'optique,
- d'orthopédie et de prothèses non dentaires,
- de chirurgie,
- d'hospitalisation,
- de transport,
- de cures thermales.

Toutefois, **et seulement s'ils sont prévus aux Conditions Particulières**, des remboursements peuvent être effectués pour certains actes tels que notamment, les chambres particulières, le forfait hospitalier, les prothèses dentaires, l'optique, les cures thermales, les frais de transport, même si ces actes ne font pas l'objet d'une prise en charge par la Sécurité Sociale.

4.2 Maternité

Les prestations de maternité d'un Bénéficiaire, tel que défini à l'article 5, sont assurées dans les conditions suivantes :

- . en cas d'accouchement, il est versé une prestation destinée à rembourser l'ensemble des frais d'hospitalisation.
- . toutefois, en cas d'accouchement par césarienne, l'Assureur remboursera, en plus de cette prestation, les seuls dépassements d'honoraires relatifs à la codification de l'acte dans la limite fixée aux Conditions Particulières sous la rubrique « Honoraires d'hospitalisation ».

4.3 Prestations garanties

Conformément à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale, le Contrat prévoit une prise en charge :

- 1° de l'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R.322-1 (exceptées les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article) ;
- 2° des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité;
- 3° à hauteur des minima et des maxima réglementaires, des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement. Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans (appréciée en année glissante à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique). Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement

justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an (appréciée en année glissante à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique);

4° Du forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L.174-4, sans limitation de durée.

4.4 Actes de prévention

L'Assureur prend en charge la participation du Bénéficiaire de tous les actes de prévention dont la liste figure dans l'arrêté du 8 juin 2006. Le présent contrat est donc en conformité avec les articles L.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Les actes concernés sont les suivants :

- Prévention bucco dentaire : scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, détartrage annuel complet réalisé en 2 séances maximum ;
- Vaccinations : diphtérie, tétanos et poliomyélite à tout âge, coqueluche et hépatite B pour les enfants de moins de 14 ans, BCG pour les enfants de moins de 6 ans, vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 ans, rubéole pour les adolescentes non vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant, haemophilus influenzae B.
- Dépistage : de l'hépatite B, des troubles de l'audition des plus de 50 ans (1 acte au choix : audiométrie tonale et vocale, audiométrie tonale avec tympanométrie, audiométrie vocale dans le bruit, audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie), ostéodensitométrie remboursable par le régime obligatoire pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans.
- Santé de l'enfant : premier bilan de langage oral et/ou d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit chez l'enfant de moins de 14 ans.

Pour l'ensemble de ces actes, le présent contrat complète les remboursements versés par la Sécurité Sociale dans la limite des garanties contractuelles souscrites.

ARTICLE 5 – BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES

Les Bénéficiaires des garanties sont l'Adhérent et ses éventuels ayants droit désignés sur le bulletin individuel d'adhésion comme indiqué à l'article 6 ci-après, lesquels ne peuvent être que :

- Le **conjoint de l'Adhérent**, exerçant ou non une activité professionnelle. On entend par conjoint la personne civilement mariée avec l'Adhérent, non judiciairement séparée de corps.
- Le **partenaire lié par PACS à l'Adhérent**, c'est-à-dire la personne ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS) avec l'Adhérent, sous réserve de la présentation de l'attestation, datant de moins de 3 mois, d'inscription du PACS au greffe du Tribunal d'Instance. Les deux partenaires doivent être, au regard de l'Etat Civil, libres de tout autre lien de mariage, de PACS ou de concubinage. Il est précisé que le PACS ne doit pas être dissout au moment du sinistre. Toutes ces conditions devront être respectées pour que le partenaire de PACS soit garanti.
- Le **concubin de l'Adhérent**, c'est-à-dire la personne vivant maritalement avec l'Adhérent et justifiant d'une domiciliation fiscale commune depuis au moins un an au moment du sinistre.

Ce délai est abrogé en cas de naissance d'un enfant commun aux concubins au cours de cette période. L'Adhérent et son concubin doivent être libres de tout autre lien de même nature (c'est-à-dire qu'ils sont chacun célibataire, veuf ou divorcé, et ne sont pas engagés dans les liens d'un mariage, d'un PACS ou d'un autre concubinage avec une autre personne). Toutes ces conditions devront être respectées pour que le concubin soit garanti.

- Les **enfants** tels que définis ci-après :

- considérés par la Sécurité Sociale comme à charge de l'Adhérent, de son conjoint, concubin ou partenaire lié par PACS,
- ou âgés de moins de 29 ans et fiscalement à charge de l'Adhérent, de son conjoint, concubin ou partenaire lié par PACS,
 - non-salariés, poursuivant leurs études dans le cycle secondaire ou dans un établissement permettant leur affiliation au régime des Etudiants de la Sécurité Sociale,
 - ou sous contrat en alternance ou contrat d'apprentissage et ayant leur propre numéro d'identification au Régime Général de la Sécurité Sociale,
 - ou vivant au domicile de l'Adhérent, en recherche d'un premier emploi, inscrits comme demandeur d'emploi à Pôle Emploi,
- handicapés s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité civile et bénéficiaires de l'allocation spéciale des adultes handicapés avant leur 18^{ème} anniversaire,

- Toute **personne titulaire de la carte d'invalidité** prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles fiscalement à charge de l'Adhérent.

- Les **ascendants** de l'Adhérent, de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité remplissant simultanément les conditions suivantes :

- Etre âgé d'au moins 60 ans et vivre sous le toit de l'Adhérent.
- Ne pas être assujetti à l'impôt sur le revenu du fait de ses ressources personnelles et percevoir une pension de l'Adhérent déclarée fiscalement.

Le calcul d'âge de l'ayant droit se fait de date anniversaire à date anniversaire.

ARTICLE 6 – FORMALITES DE L'ADHESION

Le Souscripteur fournit à l'Assureur la liste :

- du personnel présent à l'effectif à la date de souscription du Contrat mentionnant pour chaque Adhérent le nom, prénom, date de naissance, lieu de naissance, adresse, situation de famille et salaire brut annuel et, le cas échéant, situation de cumul emploi-retraite visée à l'article 7.2.
- des anciens salariés dont le contrat de travail a été rompu et qui bénéficient, au titre d'une précédente couverture de la portabilité des droits prévues à l'article L.911-8 du code de la Sécurité Sociale, dès lors qu'ils ne seront plus couverts à ce titre par le précédent organisme assureur.

Pour être admis, chaque salarié remplit un bulletin individuel d'adhésion sur lequel il indique notamment les bénéficiaires éventuels tels que définis à l'article 5, **s'il est prévu dans les**

conditions particulières d'étendre les garanties à d'autres personnes que l'Adhérent.

Aucune formalité médicale n'est exigée.

ARTICLE 7 – DATE D'EFFET ET FIN DE L'ADHESION

Seuls les Bénéficiaires déclarés à l'Assureur et remplissant les conditions définies aux articles 5 et 6 sont admis à l'assurance.

7.1 Les garanties entrent en vigueur,

sous condition suspensive de la réception du bulletin individuel d'adhésion dans un délai d'un mois, à compter de l'un des événements ci-dessous :

- à la date de prise d'effet du Contrat si l'Adhérent fait partie à cette date de l'effectif assurable tel que listé par le Souscripteur en application de l'article 6 ci-avant,
- à sa date d'entrée chez le Souscripteur lorsqu'il est embauché postérieurement à la date d'effet du Contrat,
- à la date de reprise du travail pour les salariés en arrêt de travail à la date d'effet du Contrat.

Seuls les actes intervenus après la date de prise d'effet de l'Adhésion sont pris en compte pour l'application du Contrat. C'est la date indiquée sur le décompte de la Sécurité Sociale qui fait foi.

En cas de réception tardive du bulletin individuel d'adhésion, seuls les actes pratiqués après la date de réception dudit bulletin sont pris en compte.

Sauf en cas de réticence, omission ou fausse déclaration pour lesquels la mauvaise foi est établie, l'Adhérent, une fois admis, ne peut être exclu de l'assurance contre son gré tant qu'il fait partie de l'effectif assurable et que la cotisation est versée.

7.2 Les garanties cessent :

- a. à la date de résiliation du présent contrat,
- b. au plus tard le jour de la liquidation d'un régime obligatoire de retraite de l'Adhérent,
- c. à la date à laquelle les Bénéficiaires définis à l'article 5 perdent cette qualité,
- d. lorsque l'Adhérent est en congé sans solde de plus de deux semaines,
- e. au terme de la durée maximale de la période de portabilité définie à l'article 9.

Le point b ne s'applique pas aux salariés de l'entreprise souscriptrice lorsqu'ils sont en situation de cumul emploi-retraite dans les conditions visées à l'article L.634-6 du code de la Sécurité Sociale.

ARTICLE 8 – OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR

8.1 A la souscription du contrat

Dès la souscription du présent contrat, le Souscripteur fournit à l'Assureur les listes du personnel indiquées à l'article 6.

8.2 En cours de contrat

Le Souscripteur s'engage à fournir à l'Assureur, à la fin de chaque année civile, un état récapitulatif des Adhérents indiquant leurs noms, prénoms, date de naissance, lieu de naissance, adresse, situation de famille, période de garantie

ainsi que, le cas échéant, leur situation de cumul emploi retraite.

Cet état devra impérativement être fourni à l'Assureur au plus tard le 15 février de l'exercice suivant.

Outre son obligation de fournir la liste du personnel assurable, le Souscripteur **signale dès leur survenance** :

- les entrées : avec indication de la date d'embauche et adresse les pièces nécessaires à l'adhésion en distinguant les cas de cumul emploi-retraite tel que défini à l'article 7.2,
- les sorties : avec indication de la date du départ,
- les modifications de situation de famille.

8.3 Information des Adhérents

Le Souscripteur s'engage :

- à remettre aux Adhérents, lors de leur adhésion et ultérieurement en cours de contrat, la Notice d'Information et toutes ses modifications postérieures, rédigée par l'Assureur résumant d'une manière très précise leurs droits et obligations,
- puis à les informer par écrit des modifications qu'il est prévu d'apporter, le cas échéant, à leurs droits et obligations, trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

Le Souscripteur ne peut engager l'Assureur à l'égard de l'Adhérent et/ou des bénéficiaires des garanties au-delà de celles prévues par le Contrat et décrites dans la Notice d'Information. S'il le faisait, il devrait prendre à sa charge la part du sinistre ou le sinistre non couvert par le Contrat.

ARTICLE 9 – PORTABILITE DES GARANTIES

Le droit à la portabilité des garanties, sous réserve du respect des conditions posées par l'article L.911-8 du Code de la Sécurité Sociale, consiste en un maintien temporaire du même niveau de garantie en frais de santé (aucun changement d'option possible).

Le bénéfice de cette portabilité est accordé à tout Adhérent :

- dont le contrat de travail est rompu (sauf suite à licenciement pour faute lourde),
- qui bénéficie à ce titre d'une prise en charge par le régime de l'assurance chômage,
- et qui bénéficiait des garanties frais de santé avant la rupture de son contrat de travail.

9.1 Prise d'effet et durée du maintien des garanties

L'ensemble des garanties sera maintenu à compter du lendemain du jour de cessation du contrat de travail, pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat de travail (le cas échéant la durée des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur). Cette durée est appréciée en nombre de mois entiers, arrondie au nombre supérieur, telle que déclarée par le Souscripteur, et retenue dans la limite de 12 mois.

9.2 Cessation du maintien des garanties du contrat

- Au terme de la durée maximale précitée,
- Au jour où l'Adhérent liquide ses droits à pension de retraite dans un régime obligatoire, pendant la portabilité,
- En cas de résiliation du présent contrat.

- En cas de cessation de paiement des prestations du régime d'assurance chômage ou de radiation des listes de Pôle Emploi,

- En cas de non-production auprès de l'Assureur des documents justificatifs de l'indemnisation chômage, au moment du versement de la prestation,
- En cas de reprise d'activité même partielle par l'Adhérent.

9.3 Condition pour le versement des prestations

L'Assureur se réserve la possibilité de conditionner à tout moment le service des prestations à la justification par l'Adhérent de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage.

9.4 Cotisations

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation, intégré aux cotisations du Contrat. Les Adhérents n'auront aucune cotisation complémentaire à acquitter.

ARTICLE 10 – MAINTIEN DES GARANTIES

10.1 Adhérents dont le contrat de travail a été rompu et bénéficiant d'un revenu de remplacement (indemnités journalières ou rente d'invalidité de la Sécurité Sociale, pension de retraite, allocation chômage)

Ils pourront bénéficier, à titre individuel, s'ils en font la demande, dans un délai de 6 mois suivant leur départ de chez le Souscripteur, des garanties d'un nouveau contrat et ce sans aucune formalité médicale. Dans ce cas, la garantie prendra effet le lendemain de la rupture du contrat de travail sous réserve de l'encaissement de la première cotisation de ce nouveau contrat.

Cette cotisation sera au plus égale à 150 % de la cotisation globale en vigueur dans le contrat collectif à la date de rupture du contrat de travail.

10.2 Personnes garanties du chef de l'Adhérent décédé.

Les ayants droit d'un Adhérent décédé, tels que définis à l'article 5, pourront bénéficier à titre individuel des garanties du Contrat pendant une durée de douze mois à compter de la date du décès, s'ils en font la demande dans un délai de six mois suivant la date du décès.

Cette garantie prendra effet le lendemain du décès sous réserve de l'encaissement de la cotisation du Contrat qui sera égale à la cotisation globale en vigueur dans le contrat collectif à la date du décès.

ARTICLE 11 – EXCLUSIONS

Ne peuvent être prises en charge :

- **La participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale,**
- **Pour les actes effectués en dehors du parcours de soins (articles L.871-1 et R.871-1 du Code de la Sécurité Sociale), les participations forfaitaires et majorations de tarifs définies par la réglementation sur les contrats responsables,**
- **Les franchises médicales annuelles mentionnées aux articles L.322-2-III et D.322-5 à D.322-9 du Code de la Sécurité sociale.**

Ainsi, restent à la charge exclusive du Bénéficiaire tel que défini à l'article 4 :

- *la majoration de la participation liée au défaut de choix par le Bénéficiaire d'un médecin traitant ou à la consultation d'un autre médecin sans prescription préalable du médecin traitant,*
- *la majoration de participation liée au défaut d'autorisation du Bénéficiaire de laisser le professionnel de santé consulter son dossier médical personnel,*
- *les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques dans les limites et conditions fixées par la loi,*
- *les franchises médicales relatives aux médicaments, aux actes effectués par un auxiliaire médical et aux transports des assurés.*

ARTICLE 12 – COTISATIONS

Le Souscripteur est seul responsable du paiement des cotisations dues à l'Assureur.

12.1 Montant des cotisations

Le montant des cotisations s'obtient par application des taux indiqués aux Conditions Particulières sur une base forfaitaire (Plafond Annuel de la Sécurité Sociale en vigueur) ou sur une ou plusieurs des tranches suivantes en fonction du salaire des Adhérents :

- **Tranche A** : partie du salaire annuel brut soumise à cotisations de Sécurité Sociale, mais limitée au plafond de la Sécurité Sociale.
- **Tranche B** : partie du salaire annuel brut comprise entre le plafond de la tranche A et le plafond fixé pour l'application de la Convention Collective Nationale des Cadres du 17 Mars 1947 (C.C.N.C).
- **Tranche C** : partie du salaire annuel brut comprise entre le plafond de la C.C.N.C. précité et le double de ce plafond.

Dans le cadre d'un contrat qui prévoit une cotisation Isolé / Famille, il est entendu que « l'Adhérent isolé » est l'Adhérent célibataire, veuf ou divorcé sans personne à charge. Dans tous les autres cas, la cotisation « Adhérent Famille » est appliquée.

12.2 Paiement des cotisations

Le montant de la cotisation annuelle due par le Souscripteur est à régler en quatre versements trimestriels au plus tard dix jours après la fin de chaque trimestre civil.

Une révision de ces quatre versements pourra également être effectuée au cours du premier trimestre civil qui suit l'année de référence si la base de calcul a été modifiée en fonction des éléments fournis par le Souscripteur en application de l'article 8.2.

Toutes taxes, contributions ou prélèvements en vigueur au jour de l'échéance sont à la charge du Souscripteur et payables en même temps que les cotisations.

12.3 Révision des taux de cotisations

Le montant des cotisations a été arrêté en fonction des bases de remboursement de la Sécurité Sociale en vigueur à la date de souscription du Contrat. Toute modification de ces règles ou des indices et valeurs de référence qui y sont liés, peut donner lieu à une modification des taux de cotisations.

Jusqu'à la date de prise d'effet de la révision, les prestations de l'Assureur restent dues sur les bases de remboursements de la Sécurité Sociale en vigueur avant la modification.

Les taux de cotisation peuvent être également modifiés annuellement en fonction du rapport mentionné à l'article 13.

12.4 Non-paiement des cotisations

En cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les dix jours de son échéance, l'Assureur adresse au Souscripteur une lettre de mise en demeure de payer en recommandé avec avis de réception.

Le défaut de paiement dans les trente jours de l'envoi de la lettre entraîne à l'issue de ce délai la suspension des garanties du contrat.

En cas de suspension, la remise en vigueur des garanties s'effectuera après accord écrit et préalable de l'Assureur, le lendemain du jour où ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement.

La suspension des garanties entraîne pour chaque Adhérent, la perte de tous droits aux prestations se rapportant à des accidents, maladie ou maternité survenus pendant cette période.

L'Assureur peut résilier le Contrat dix jours après la date de suspension, et ce, conformément à l'article L.113-3 du Code des Assurances. Cette résiliation se fait soit par l'envoi d'une seconde lettre recommandée avec avis de réception, soit automatiquement si la résiliation automatique a été prévue dans la lettre de mise en demeure de payer.

12.5 Exonération du paiement des cotisations

Lorsque l'Adhérent bénéficie des prestations de la Sécurité Sociale, sous forme de rentes d'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie ou au titre de la législation sur les accidents du travail correspondant à un taux au moins égal à 66 %, il est maintenu dans le groupe assuré au titre du Contrat sans contrepartie de cotisations.

L'exonération cesse le jour de la résiliation du Contrat quelle qu'en soit l'origine.

ARTICLE 13 – RAPPORT

A la fin de chaque exercice de l'Assureur, ce dernier établit pour l'ensemble des contrats concernant le Souscripteur, un rapport comportant :

- a. le montant des cotisations brutes hors taxes ;
- b. le montant des prestations payées ;
- c. le montant des provisions ;
- d. le montant total des chargements.

Ce rapport est adressé au Souscripteur au plus tard le 31 août de l'année suivant la clôture d'un exercice.

ARTICLE 14 – JUSTIFICATIFS A PRODUIRE POUR LES REGLEMENTS

Les demandes de règlements doivent être adressées à l'Assureur accompagnées des pièces ORIGINALES justificatives suivantes:

- les décomptes de remboursement de la Sécurité Sociale ;
- une feuille de maladie ou une facture signée par le praticien justifiant les frais réels en cas de dépassement du tarif de la Sécurité Sociale ;
- éventuellement, les décomptes de remboursement de tout autre organisme de Prévoyance.

En cas de maternité :

- un bulletin ou extrait d'acte de naissance de l'enfant,
- toutes pièces justificatives pour le remboursement des frais réellement engagés (décomptes de Sécurité Sociale, facture de dépassements d'honoraires du médecin, etc.).

Cette liste n'est pas exhaustive et il pourra être réclamés des pièces complémentaires jugées par l'Assureur nécessaires au règlement des prestations.

ARTICLE 15 – SUBROGATION

L'Assureur est subrogé conformément à l'Article L.121-12 du Code des Assurances, jusqu'à concurrence de l'indemnité payée par lui, dans les droits et actions de l'Adhérent victime d'un accident contre tout tiers responsable du sinistre, que la responsabilité soit entière ou partagée.

Si par la faute de l'Adhérent, la subrogation ne peut plus être actionnée par l'Assureur, celui-ci sera fondé à réclamer à l'Adhérent l'indemnité qu'il ne peut plus récupérer.

ARTICLE 16 – PRESCRIPTION

Conformément à l'article L.114-1 du code des assurances, toute action dérivant d'un contrat d'assurance est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance,
 - En cas de sinistre, que du jour où les Bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.
- Si l'action du Bénéficiaire contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le Bénéficiaire ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription, telles qu'énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil, et notamment une demande en justice, la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre ou par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Assureur au Souscripteur en ce qui concerne le règlement de ses cotisations, ou par l'Adhérent à l'Assureur en ce qui concerne le règlement des prestations.

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. En outre, la prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi ou de la force majeure.

ARTICLE 17 – CONTROLE ET ARBITRAGE

17.1 Contrôle médical

L'Assureur se réserve la faculté, à tout moment et **sous peine de suspension ou de refus de prise en charge des demandes de règlement**, de soumettre le Bénéficiaire à un contrôle médical effectué par le médecin délégué par l'Assureur ou tout autre professionnel de santé, en un lieu déterminé sur la convocation, afin de vérifier la bonne exécution des actes médicaux concernés et leur conformité à la codification retenue.

Les décisions de l'Assureur sont notifiées au Bénéficiaire par lettre recommandée et s'imposent à lui. Le Bénéficiaire peut en contester le bien-fondé, par lettre recommandée avec avis de réception adressée à l'Assureur, dans les dix jours suivant leur réception.

Le Bénéficiaire doit toujours indiquer à l'Assureur l'adresse où il peut être joint et signaler tout changement d'adresse.

En outre, le Bénéficiaire ne peut se prévaloir du secret médical pour refuser de répondre aux questions du médecin missionné par l'Assureur. Le Bénéficiaire devra communiquer au médecin les informations requises, soit directement sous pli confidentiel et se soumettre à tout contrôle médical éventuel.

En cas de refus du Bénéficiaire de se soumettre au contrôle médical, le paiement des prestations est suspendu par l'Assureur.

Il appartiendra alors au Bénéficiaire de solliciter, à ses frais, la désignation d'un expert judiciaire. Tant qu'une décision judiciaire irrévocable n'est pas obtenue, le paiement des prestations est suspendu par l'Assureur.

17.2 Expertise amiable et contradictoire

En cas de désaccord sur les décisions de l'Assureur suite à un contrôle médical (tel que prévu à l'article 17.1 précité), le Bénéficiaire peut demander par lettre recommandée avec avis de réception et dans les dix jours qui suivent la réception de la décision de l'Assureur, la mise en place d'une expertise amiable et contradictoire.

Cette demande devra être accompagnée d'une attestation médicale et des coordonnées du médecin chargé de le représenter lors de cette expertise qui sera réalisée avec le médecin délégué par l'Assureur, en un lieu déterminé sur la convocation. Chacun d'entre eux prend à sa charge les honoraires du médecin qu'il a désigné.

En cas de refus du Bénéficiaire de communiquer les coordonnées du médecin le représentant à l'expertise amiable, ou de se rendre à ladite expertise, ou en cas de désaccord sur le résultat de cette expertise, le paiement des prestations sera suspendu par l'Assureur.

Le Bénéficiaire aura alors la faculté de demander, à ses frais, la désignation d'un expert judiciaire. Tant qu'une décision judiciaire irrévocable n'est pas obtenue, le paiement des prestations est suspendu par l'Assureur.

17.3 Arbitrage

Si à l'issue de l'expertise amiable et contradictoire prévue à l'article 17.2 précité, les médecins du Bénéficiaire et de

l'Assureur ne peuvent parvenir à des conclusions communes, ils choisissent, dans un délai de 3 mois à compter de la date de la dernière expertise, un médecin arbitre pour les départager.

Faute d'entente sur son choix, passé ce délai, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile du Bénéficiaire saisi par la partie la plus diligente.

Toute convocation à un arbitrage, non honorée de la présence de l'Adhérent, entraînera la suspension ou le refus de prise en charge des demandes de règlement par l'Assureur.

La décision du médecin arbitre s'impose au Bénéficiaire et à l'Assureur qui supportent par moitié les frais relatifs à sa nomination.

Tant que cette procédure d'arbitrage n'a pas été accomplie, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire pour le règlement des litiges.

ARTICLE 18 – MODALITES D'EXAMEN DES RECLAMATIONS – MEDIATION

Toute réclamation relative à l'exécution du Contrat doit être adressée :

- . par courrier à Direction de la Conformité - GRESHAM - 20 rue de la Baume – CS 10020 – 755383 Paris Cedex 08,
- . par courriel : service.reclamations@gresham.fr.

Si malgré les efforts de l'Assureur, le désaccord persiste, toute requête non satisfaite peut être adressée pour avis au Médiateur de l'assurance, personnalité indépendante extérieure à GRESHAM. Sa demande devra être adressée à la Médiation de l'assurance - TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09.

Il n'est pas possible d'avoir recours au Médiateur si les Tribunaux ont été saisis pour la même raison. Le recours au Médiateur n'est toutefois pas exclusif d'une éventuelle procédure contentieuse ultérieure : la saisine du Médiateur interrompt d'ailleurs, et ce pendant tout le délai de traitement de la réclamation par le Médiateur, le délai de prescription du droit à se pourvoir en justice.

ARTICLE 19 – LOI APPLICABLE AU CONTRAT ET REGIME FISCAL

La loi applicable au Contrat est la loi française et le régime fiscal et social applicable est le régime fiscal et social français des contrats collectifs de prévoyance complémentaire à adhésion obligatoire.

Le Souscripteur et l'Adhérent autorisent donc l'Assureur à communiquer leur identité et leur domicile fiscal à l'Administration en tant que de besoin.

ARTICLE 20 – AUTORITE DE CONTROLE DE GRESHAM

GRESHAM est placée sous le contrôle légal de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, sise 61 rue Taitbout, 75009 Paris.

ARTICLE 21 – INFORMATIQUE ET LIBERTES (Loi n°78-17 du 6 janvier 1978)

Les informations nominatives recueillies pourront être communiquées aux autres sociétés du Groupe GRESHAM, ainsi qu'à des sociétés sous-traitantes pour la nécessité de la gestion du Contrat. Ces données pourront également être communiquées pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires.

Le Bénéficiaire peut exercer à tout moment son droit d'accès, de rectification et de suppression en envoyant un courrier à l'adresse suivante : GRESHAM - Direction Marketing - 20 rue de la Baume – CS 10020 – 75383 Paris Cedex 08.