

Extrait des Conditions Particulières et Générales Complémentaire Santé ECA-LOCOSTIA

Valant notice d'information

Réf: LOCCG-ECA0907
Page 1/3

Préambule : La présente convention collective à adhésion facultative a été souscrite par ECA-Assurances, entreprise de courtage enregistrée à Paris sous le numéro RCS 402 430 276, siège social, 53 rue La Fayette 75009 Paris, auprès de la SMI, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, siège 2 rue de Laborde 75008 Paris, inscrite au registre National des Mutuelles sous le numéro 784 669 954, dans le respect de ses statuts, de son règlement mutualiste, de son règlement intérieur et du code de la mutualité, le tout formant un ensemble indissociable. SMI délègue à ECA-Assurances la gestion des adhésions.

ARTICLE 1 - NATURE DU CONTRAT

Le présent contrat détermine les conditions dans lesquelles la Mutuelle SMI assure des garanties médico-chirurgicales. Le contrat d'assurance est à adhésion individuelle et garantit l'ensemble des bénéficiaires définis à l'Article 2.

ARTICLE 2 - DEFINITION DU GROUPE BENEFICIAIRE

L'adhésion au présent contrat est ouverte à toute personne âgée de 20 à 65 ans au jour de l'adhésion.

Par bénéficiaire, il faut entendre :

- . L'Adhérent Individuel affilié à un régime obligatoire de sécurité sociale. Il acquiert la qualité de membre participant ;
- . Le conjoint à charge de l'Adhérent, au sens Sécurité Sociale ou relevant à titre personnel d'un régime de Sécurité Sociale ; ou à défaut, son concubin ou partenaire lié par un PACS (sur présentation d'une copie du pacte) ;
- . Les enfants de l'Adhérent, de son conjoint ou concubin, célibataires, salariés ou à charge jusqu'à 18 ans ou 26 ans si étudiants sur présentation d'un justificatif annuel.

ARTICLE 3 - ATTRIBUTION DES GARANTIES

Les prestations, prévues à l'Article 6 ci-dessous, seront servies sous réserve que les titulaires de la garantie soient à jour de leurs cotisations à la date de prescription des soins.

ARTICLE 4 – NATURE ET ÉTENDUE DES GARANTIES

La nature et l'étendue des garanties du présent contrat sont précisées en annexes et s'entendent à législation et réglementation constantes. Elles sont déterminées, de même que leurs expressions, leurs règles d'application et leurs modes de liquidation, compte tenu des dispositions réglementaires ou législatives et des bases de remboursement de la Sécurité Sociale en vigueur à la date d'effet du présent contrat.

Compte tenu de la réforme en cours de l'assurance maladie et de l'entrée en vigueur progressive de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), l'expression, les règles d'application et les modes de liquidation des garanties seront adaptées par la SMI au plus tôt, à la date d'application par la Sécurité Sociale des dispositions et/ou des bases de remboursement (CCAM) nouvelles, de telles sortes que les garanties et remboursements exprimés en fonction des anciennes règles et nomenclatures restent les mêmes (dans la mesure du possible) sous l'empire des nouvelles dispositions et bases de remboursement (CCAM) et que l'incidence de ces nouvelles dispositions et bases de remboursement (CCAM) soit neutralisée à l'égard des parties et des bénéficiaires (sous réserve des articles 18 et 19 de la présente notice).

Cependant, si les modifications des dispositions réglementaires ou législatives et/ou des bases de remboursement de la Sécurité Sociale entraînent une modification de tout ou partie des engagements de la mutuelle, le souscripteur et la SMI s'engagent à réviser la nature et l'étendue des garanties à compter, au plus tôt, de la date d'application par la Sécurité Sociale des dispositions et/ou des bases de remboursement nouvelles. Toute révision des garanties fait l'objet d'un avenant signé entre le souscripteur et la Mutuelle SMI.

En cas de désaccord entre les parties sur la signature d'un avenant, les remboursements demeurent identiques (sous réserve des articles 18 et 19 de la présente notice) en valeurs absolues à ceux appliqués avant les modifications des dispositions réglementaires ou législatives et/ou des bases de remboursement de la Sécurité Sociale, ces modifications ne pouvant en aucun cas augmenter en valeurs absolues les remboursements de la Mutuelle SMI.

Les membres participants sont informés des adaptations ou des modifications des garanties par la remise, par le souscripteur, d'une notice d'information établie par la Mutuelle SMI.

ARTICLE 5 – ÉTENDUE TERRITORIALE

La garantie du contrat s'exerce en France (Départements et Territoires d'Outre-mer compris).

Elle s'étend aux accidents et maladies survenus à l'étranger lorsque le régime obligatoire du bénéficiaire s'applique et que les séjours en dehors du territoire français ne dépassent pas trois mois par an en une ou plusieurs périodes.

ARTICLE 6 – PRESTATIONS GARANTIES (Voir tableau des prestations en annexe)

Une franchise de 50 euros par année d'adhésion et par bénéficiaire sera appliquée, sauf sur les actes visés par l'article R 871 –2 du Code de la Sécurité Sociale.

Les forfaits DENTAIRE et OPTIQUE sont alloués tous les 2 ans avec une période minimum de 12 mois d'adhésion entre le versement de 2 forfaits.

Ceux-ci doivent être utilisés dans l'année d'adhésion et ne peuvent être reportés en cas d'utilisation partielle ou de non utilisation.

Le cumul des actes visés par cette franchise sera mentionné sur chaque relevé de prestations, jusqu'à concurrence des 50 euros.

ARTICLE 7 – VERSEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations, prévues au contrat, seront versées par virement ou par chèque, directement aux membres participants ou à une tierce personne désignée sur la demande d'adhésion au contrat SMI.

La mise en place est automatique pour tous les salariés et leurs ayants-droit fournissant la copie de leur attestation Vitale (en cours de validité), sauf :

- . en cas de refus de l'assuré notifié par courrier ;
- . si la gestion NOEMIE fonctionne auprès d'un autre organisme complé- mentaire (pour un ayant droit du salarié).

ARTICLE 8 – OUVERTURE DES DROITS

Les délais de carence sont fixés à :

- 12 mois pour le forfait Optique ;
- 12 mois pour le forfait dentaire.

Sauf pour :

Les ayants-droit, âgés de moins de 65 ans, produisant à l'appui de leur bulletin d'adhésion un certificat de radiation émanant de leur précédent organisme complémentaire, sous réserve que l'adhésion débute dès le 1er jour du mois suivant la radiation et que les droits de l'adhérent principal soient déjà ouverts.

Les nouveau-nés inscrits au 1er jour du mois de leur naissance dans la mesure où l'inscription est demandée dans les 3 mois qui suivent la naissance et que les droits du salarié de l'entreprise sont déjà ouverts.

Remarques :

- La validité du certificat de radiation est fixée à 3 mois à compter de la date de démission du précédent organisme assureur.
- Les droits aux remboursements des enfants nouveau-nés inscrits dans les conditions ci-dessus, sont ouverts dès le 1er jour de la naissance. La modification [éventuelle] de cotisation ne sera effective qu'à effet du mois suivant, pour les enfants nés entre le 15 et la fin du mois.
- En aucun cas, l'affiliation d'un bénéficiaire ne pourra être enregistrée avec effet rétroactif.

A défaut, les délais de carence statutaires seront appliqués.

ARTICLE 9 – RADIATION

L'adhésion s'entend pour la durée de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction chaque 1er janvier pour une durée d'un an. Le membre participant peut toutefois demander sa radiation de la garantie ou celle de ses ayants-droit, au moyen d'une lettre recommandée avec avis de réception avant le 1er novembre, sous réserve d'être à jour de ses cotisations.

Toutefois, en cas de démission pour quel que motif que ce soit, le membre participant ne pourra prétendre à nouveau au bénéfice des garanties du présent régime qu'après une interruption de **12 mois continus**. Les cotisations restent néanmoins dues pour la totalité de l'exercice.

L'adhésion peut également prendre fin sur l'initiative du membre participant, au plus tôt, le dernier jour d'un trimestre civil dans le cas où devenu salarié d'une entreprise, il bénéficierait d'un contrat de groupe à adhésion obligatoire souscrit par son nouvel employeur (sur présentation d'un justificatif).

La radiation de l'adhésion entraîne la cessation des garanties tant pour le titulaire du contrat que pour ses ayants-droit, à la date de résiliation.

ARTICLE 10 - MODALITES DE RESILIATION

. A la demande du membre participant. Par lettre recommandée adressée au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, son affiliation pourra être résiliée. Il peut également dénoncer son affiliation en raison des modifications apportées à ses droits et obligations dans un délai d'un mois à compter de la remise par le souscripteur de la notice l'en informant.

. A l'initiative d'ECA-Assurances. Le présent contrat pourra être résilié, en cas de non paiement de la cotisation par le souscripteur.

ARTICLE 11 – COTISATIONS

Les cotisations sont payables mensuellement ou trimestriellement d'avance.

Elles font obligatoirement l'objet d'un prélèvement automatique bancaire à chacune des échéances précitées. A défaut de paiement des cotisations et après mise en demeure opérée par lettre recommandée non suivie d'effet dans les 15 jours après son envoi, la garantie est suspendue.

Faute de paiement dans un délai de 30 jours à compter de l'envoi de cette même lettre, le titulaire de la garantie est radié d'office et le contrat résilié automatiquement, sans pour autant libérer le souscripteur des cotisations dues.

ARTICLE 12 - AFFILIATION A LA MUTUELLE

Le souscripteur acquiert la qualité de membre honoraire, et les personnes physiques, la qualité de membre participant.

La signature des conditions particulières par le souscripteur emporte acceptation des conditions générales qui y sont liées. Le membre participant adhère au présent contrat collectif groupe ouvert par la signature d'un bulletin d'affiliation.

ARTICLE 13 - MODALITES D'AFFILIATION

L'affiliation prend effet, au plus tôt, au 1er jour du mois, qui suit la date de réception du bulletin d'affiliation.

A l'issue de la première année d'adhésion, le contrat se renouvelle annuellement par tacite reconduction, le 1er janvier.

Conformément à l'article 27 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 dite "loi informatique et liberté", le membre participant peut obtenir à tout moment communication et le cas échéant rectification des informations détenues, sur simple demande à la mutuelle SMI.