

# CONDITIONS GÉNÉRALES

Contrat Complémentaire Santé Collective



Conditions Générales n°25/CSC02-2024



L'assureur dédié aux  
professionnels de l'alimentaire

## **Vous avez choisi la MAPA, l'assureur dédié aux professionnels de l'alimentaire NOUS VOUS REMERCIONS DE VOTRE CONFIANCE.**

Ce contrat, qui concrétise nos engagements réciproques, est constitué :

- des Conditions Générales qui définissent le cadre de nos rapports ;
- des Conditions Particulières qui précisent la garantie dans le cadre des Conditions Générales.

Ce contrat est régi par le Code des assurances, sous réserve, s'il est souscrit dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, des dispositions impératives, plus favorables à l'*assuré*, de la législation locale en vigueur dans ces départements.

### **ADHÉSION AUX STATUTS**

Nous sommes une Mutuelle d'Assurance.

L'acceptation de votre risque implique l'adhésion à nos Statuts.

Les conditions d'adhésion sont décidées par le Conseil d'Administration et contenues dans les Statuts dont un exemplaire vous a été remis.

En cas de changement de profession ou d'activité, vous pouvez demander à demeurer Sociétaire.  
Nous vous ferons connaître notre décision.

Dans le cas d'un refus de notre part, la résiliation intervient 30 jours à compter de la date d'envoi de notre lettre de résiliation. Une régularisation comptable sera réalisée en fonction de la situation des cotisations payées ou dues au jour de la résiliation.

### **AUTORITÉ DE TUTELLE**

L'autorité chargée du contrôle de l'*assureur* est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution :

ACPR  
4, place de Budapest  
CS 92459  
75436 Paris Cedex 09

# Sommaire

---

DÉFINITIONS.....	1
------------------	---

---

DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	4
ARTICLE 1 : Objet du contrat.....	4
ARTICLE 2 : Nature du contrat.....	4
ARTICLE 3 : Formalités de souscription du contrat.....	4
ARTICLE 4 : Effet, durée, résiliation.....	5
ARTICLE 5 : Déclaration Sociale Nominative (DSN).....	5
ARTICLE 6 : Modification du contrat.....	5
ARTICLE 7 : Affiliation à l'assurance et cessation de l'assurance.....	6
ARTICLE 8 : Démarche à réaliser.....	7
ARTICLE 9 : Cotisations.....	7
ARTICLE 10 : Information des participants.....	8
ARTICLE 11 : Révision du contrat.....	8

---

GARANTIE FRAIS DE SANTÉ.....	9
ARTICLE 12 : Objet de la garantie.....	9
ARTICLE 13 : Ayants droit.....	9
ARTICLE 14 : Étendue de la garantie.....	9
ARTICLE 15 : Prestations.....	10
ARTICLE 16 : Règlement des prestations.....	10

---

LES SERVICES MAPA.....	11
ARTICLE 17 : Le tiers payant.....	11
ARTICLE 18 : La télétransmission des décomptes.....	11
ARTICLE 19 : Les services MAPA Santéclair.....	11
ARTICLE 20 : L'espace perso.....	11
ARTICLE 21 : Les services d'Assistance.....	11

---

MAINTIEN DES GARANTIES.....	12
ARTICLE 22 : Suspension du contrat de travail et maintien de l'assurance.....	12
ARTICLE 23 : Suspension du contrat de travail sans maintien de l'assurance.....	12
ARTICLE 24 : Maintien de l'assurance en faveur des bénéficiaires de la portabilité.....	12
ARTICLE 25 : Maintien de l'assurance dans le cadre de la loi Évin (ancien salarié).....	13
ARTICLE 26 : Maintien de l'assurance dans le cadre de la loi Évin (ayants droit).....	14

---

ASSURANCE INDIVIDUELLE.....	16
ARTICLE 27 : Principe général.....	16
ARTICLE 28 : Suspension ou rupture du contrat de travail.....	16
ARTICLE 29 : Résiliation du contrat collectif.....	16
ARTICLE 30 : Décès du salarié.....	16
ARTICLE 31 : Ayants droit de salarié et TNS.....	16

---

DISPOSITIONS DIVERSES.....	17
ARTICLE 32 : Subrogation.....	17
ARTICLE 33 : Prescription.....	17
ARTICLE 34 : Examen des réclamations.....	17
ARTICLE 35 : Vos données à caractère personnel.....	18
ARTICLE 36 : La confidentialité des informations.....	18
ARTICLE 37 : Fraude ou tentative de fraude.....	18

---

EXCLUSIONS GÉNÉRALES.....	19
---------------------------	----

# Définitions

---

## ASSURÉ

Tout salarié et *ayant droit* de salarié mentionné dans la liste des salariés.

## ASSUREUR

Société auprès de laquelle le contrat est souscrit, et désignée par « nous » aux Conditions Générales.

## AUTOMÉDICATION

Acte de se soigner sans l'intermédiaire d'un médecin avec des médicaments délivrés sans ordonnance.

## AYANT DROIT

Membre de la famille du *participant* défini à l'Article 13 « *Ayants droit* » des Conditions Générales.

## CENTRE DE RÉÉDUCATION

Établissement de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle (SSR). Il peut être un établissement de soins public ou privé (conventionné ou non).

## CONTRAT RESPONSABLE

Le *contrat responsable* a pour objectif de maîtriser les dépenses de santé par le respect du parcours de soins coordonnés.

## CONVALESCENCE

Séjour dans un établissement de repos prescrit par un médecin.

## CURE THERMALE

Séjour en établissement thermal ou en milieu hospitalier remboursé par le *Régime Obligatoire*.

## DÉPASSEMENT D'HONORAIRES

Fraction des honoraires supérieure au *Tarif de Convention* et non prise en charge par le *Régime Obligatoire*.

## DPTAM (DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE)

Contrats mis en place entre l'assurance *maladie* et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs *dépassements d'honoraires* : OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) ou OPTAM CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique).

## FRAIS AMBULATOIRES

Frais exposés pour une *maladie* ou un accident, qui n'entrent pas dans le cadre d'une *hospitalisation* et qui donnent lieu à remboursement par le *Régime Obligatoire*.

## FRAIS PHARMACEUTIQUES

Produits prescrits par un médecin à l'occasion d'une *maladie* ou d'un accident et délivrés par un pharmacien. L'orthopédie, les petits appareillages et les accessoires sont considérés comme produits pharmaceutiques.

## HOSPITALISATION

Séjour de 24 heures consécutives au moins, dans un établissement hospitalier public ou privé, agréé et conventionné ou non par la Sécurité sociale française au moment du séjour.

## MALADIE

Toute altération de la santé constatée par un médecin, quelle que soit l'interprétation du *Régime Obligatoire*, et résultant d'une cause autre qu'accidentelle.

Sont assimilés notamment à une *maladie* quelle qu'en soit l'origine :

- les hernies, ruptures musculaires, lombalgies, sciatiques, cervico-dorso-lombalgies,
- les atteintes cardiaques, cérébrales, vasculaires,
- les infections et inflammations,
- les conséquences d'un accident résultant d'une *maladie* ou d'une infirmité.

## MATERNITÉ

État de grossesse, interruption de grossesse, accouchement, ainsi que toutes les complications pathologiques d'un de ces événements.

## MÉDECINES ALTERNATIVES

Méthodes thérapeutiques pratiquées par des professionnels de santé et qui ne relèvent pas de la médecine dite traditionnelle.

## PARTICIPANT

Tout salarié de l'entreprise souscriptrice.

## PLAFOND MENSUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (OU TRANCHE A)

Salaires de base maximum fixé par les Pouvoirs Publics et servant d'assiette aux cotisations de Prévoyance et de Retraite.

## PORTABILITÉ

Dispositif social qui permet au salarié quittant l'entreprise et inscrit au chômage de conserver le bénéfice de sa complémentaire santé pendant un temps donné.

## PRÉVENTION

Acte médical mis en œuvre pour éviter l'apparition ou l'aggravation de certaines *maladies*.

## PROTHÈSE AUDITIVE

Appareil amplificateur permettant de corriger une perte de l'audition.

## PROTHÈSE DENTAIRE OU ORTHODONTIQUE

Technique permettant :

- la reconstitution d'une dent ou le remplacement d'une ou plusieurs dents absentes (prothèse dentaire).
- la correction de troubles dentaires ou osseux (prothèse d'orthodontie ou de contention).

## PROTHÈSE AUTRE QUE DENTAIRE

Élément artificiel mis en place chirurgicalement pour le remplacement d'un organe.

Par extension, sont assimilés à des prothèses, les gros appareillages tels que les fauteuils roulants.

## RÉFORME 100 % SANTÉ

Dispositif mis en place pour l'accès à des soins de qualité intégralement pris en charge par la Sécurité sociale et la complémentaire santé dans les domaines de l'optique, de l'audiologie et du dentaire.

## RÉGIME OBLIGATOIRE

Régime Légal de Protection Sociale auquel est obligatoirement ou volontairement affilié l'*assuré* ou dont il bénéficie en qualité d'*ayant droit*.

## RÉSEAU DE PARTENAIRES

Professionnels de Santé qui se sont engagés contractuellement avec nous sur de bonnes pratiques professionnelles et des tarifs négociés.

## REVALORISATION

Réévaluation des cotisations et des montants de garanties décidée chaque année par le Conseil d'Administration.

## SOUSCRIPTEUR OU SOCIÉTAIRE

Personne signataire du contrat agissant tant pour elle-même que pour le compte du ou des *assurés* et désignée par « vous » aux Conditions Générales.

## SUBROGATION

Opération par laquelle l'*assureur* est substitué dans les droits et actions de l'*assuré* contre les tiers qui par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu au versement des indemnités au profit de l'*assuré* et à concurrence de leur montant.

## **TARIF D'AUTORITÉ**

Tarif appliqué par le *Régime Obligatoire* pour le remboursement des honoraires de soins dispensés par les praticiens et auxiliaires médicaux non liés par la Convention Nationale.

## **TARIF DE CONVENTION**

Tarif de base retenu par le *Régime Obligatoire* pour le remboursement des honoraires de soins dispensés par les praticiens et auxiliaires médicaux liés par la Convention Nationale.

## **TÉLÉTRANSMISSIONS**

Accords passés entre nous et les Caisses de Régimes Obligatoires pour nous permettre d'obtenir directement les informations sur vos frais de santé.

## **TICKET MODÉRATEUR**

Différence entre le *Tarif de Convention* ou le *Tarif d'Autorité* et le montant du remboursement du *Régime Obligatoire*.

## **TIERS PAYANT**

Système d'accords passés entre nous et les Professionnels de Santé pour vous dispenser de faire l'avance de vos frais de santé.

# Dispositions générales

## ARTICLE 1 : OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet la mise en place d'une garantie Frais de santé de nature collective et à adhésion obligatoire. Ce contrat est souscrit au profit des membres du personnel salarié du *souscripteur* qui, répondant aux conditions d'admission visées à l'Article 7, appartiennent au groupe précisé aux Conditions Particulières.

Dans la suite du contrat, ledit groupe est dénommé "groupe *assuré*".

Le *souscripteur* est garant du périmètre dudit groupe *assuré* : le personnel salarié seul ou bien le personnel salarié et ses *ayants droit*.

Les garanties peuvent être différentes selon l'appartenance ou non des salariés aux Articles 2.1 et 2.2 de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres. Tout changement de catégorie doit être signifié dans le mois qui suit.

Dans l'hypothèse où le *souscripteur* ouvre un contrat d'assurance aux seuls salariés, l'*assureur* proposera à leurs *ayants droit* les mêmes garanties dans un contrat de souscription individuelle à titre facultatif (cf. Article 27 - Principe général).

## ARTICLE 2 : NATURE DU CONTRAT

Le contrat relève de l'Article 57 de la Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance *maladie* (contrat « responsable et solidaire ») et bénéficie, à ce titre, des aides publiques suivantes :

- exonération sociale (Code de la Sécurité sociale : Article L 242-1, alinéas 6 et 8),
- exonération fiscale (Code général des impôts : Article 83 – 1° quater).

Le contrat respecte les dispositions de la Loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la généralisation d'une couverture collective et obligatoire minimale de frais de santé au bénéfice de tous les salariés des entreprises (dispositif applicable depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016).

## ARTICLE 3 : FORMALITÉS DE SOUSCRIPTION DU CONTRAT

La souscription du contrat suppose la remise des documents suivants :

- le devis signé ;
- le bulletin d'adhésion complété, daté et signé ;
- les bulletins d'affiliation des salariés ;
- l'extrait K-Bis ;
- une feuille de paie,

en cas de paiement des cotisations par prélèvement :

- un mandat de prélèvement SEPA complété, daté et signé ;
- un relevé d'identité bancaire de l'entreprise.

La MAPA concrétise votre adhésion par l'envoi des documents contractuels ci-dessous :

- les Conditions Générales ;
- les statuts de la MAPA ;
- les Conditions Particulières à nous retourner datées et signées ;
- les notices d'information à remettre à chaque salarié ;
- les attestations de remise des notices d'information à faire signer par chaque salarié et à conserver ;
- le guide santé ;
- la notice d'information Relais Santé (garanties d'assistance).

## ARTICLE 4 : EFFET, DURÉE, RÉSILIATION

Le contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions Particulières.

Il est conclu pour une période allant jusqu'au 31 décembre suivant et se renouvelle ensuite annuellement, par tacite reconduction, au 1<sup>er</sup> janvier.

Il peut être résilié à l'initiative de l'une des parties par lettre recommandée, au moins deux mois avant la date de renouvellement, le cachet de la poste faisant foi.

La résiliation intervient le 31 décembre à minuit de l'exercice considéré.

En cas de liquidation judiciaire, le contrat est résilié de plein droit.

En cas de changement de Convention Collective Nationale (ou IDCC – Identifiant Des Conventions Collectives) appliquée, vous devez en informer la MAPA par la production d'une nouvelle feuille de paie.

Une nouvelle analyse des conditions d'assurance imposées par la Convention Collective Nationale conduira à maintenir, adapter ou résilier le contrat d'assurance.

Selon les dispositions de l'Article L. 113-15-2 du code des assurances (faculté de résiliation infra-annuelle), le contrat Complémentaire Santé Collective peut également, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet initiale du contrat, être résilié sans frais ni pénalités. La résiliation prend effet un mois après que nous en ayons reçu notification par le nouvel *assureur* ou par le *souscripteur*.

## ARTICLE 5 : DÉCLARATION SOCIALE NOMINATIVE (DSN)

La DSN repose sur la transmission unique, mensuelle et dématérialisée des données issues de la paie et la transmission dématérialisée de signalements d'événements.

Dès le lendemain de la saisie de votre contrat collectif, une fiche de paramétrage est déposée dans votre espace déclarant net-entreprises au format XML et en version pdf.

Ce document normalisé contient le code organisme et les références des contrats souscrits auprès de MAPA et tous les éléments nécessaires au paramétrage de votre logiciel de paie, afin que nous puissions recevoir et traiter votre DSN.

Cette étape est indispensable avant l'envoi de votre DSN.

À défaut d'information par l'entreprise, tous les mouvements de salariés pourront être gérés à partir des flux DSN.

Les *ayants droit* des salariés sont exclus du dispositif DSN, leur affiliation et leur radiation dépendent des éléments d'information communiqués par l'entreprise.

## ARTICLE 6 : MODIFICATION DU CONTRAT

Sous réserve de l'accord de l'*assureur*, les garanties sont modifiables par avenant qui prend effet le premier jour du trimestre suivant la date de la demande de modification.

En cas de modification pour adhérer à des garanties d'un niveau plus élevé, une demande de baisse de garanties ne pourra être exprimée moyennant un délai de 2 ans révolus à compter de la date de l'avenant notifiant le changement de garanties à la hausse.

Le nouvel avenant prendra effet le premier jour du trimestre suivant la date de la demande de modification, au plus tôt le premier jour du trimestre qui suit l'expiration du délai de 2 ans précédemment cité.

Vous devez nous le retourner daté, signé et apposer le cachet de l'entreprise.



## ARTICLE 7 : AFFILIATION À L'ASSURANCE ET CESSATION DE L'ASSURANCE

### 1 - Conditions d'affiliation à l'assurance

Pour être admis à l'assurance, le salarié doit :

- appartenir au groupe *assuré*,
- être affilié à un *Régime Obligatoire* français,
- être sous contrat de travail actif.

Tout membre du personnel admis à l'assurance est, dans la suite du contrat, appelé « *participant* ».

### 2 - Les dispenses d'affiliation à l'assurance

Par dérogation au caractère obligatoire, certains salariés peuvent être dispensés d'affiliation selon les modalités définies à l'Article L. 911-1 du code de la Sécurité sociale et selon les dispositions légales et réglementaires en vigueur. Les dispenses d'affiliation prévues ne peuvent en aucun cas être imposées par l'entreprise. En tout état de cause, ces *participants* seront tenus de cotiser et d'adhérer à la couverture frais de santé lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

Les dispenses d'affiliation permettent aux salariés qui le souhaitent, sous conditions, de ne pas adhérer au régime collectif et obligatoire de l'entreprise, sans remettre en cause le caractère obligatoire de celui-ci, ce qui permet de maintenir les avantages fiscaux et sociaux qui en découlent.

Les dispenses sont encadrées, certaines dispenses sont dites « de droit » tandis que d'autres doivent être précisées par l'acte juridique mettant en place le régime [convention ou accord collectif, référendum ou Décision Unilatérale de l'Employeur (DUE)] pour être exercées :

- Article R. 242-1-6 du code de la Sécurité sociale (dispenses devant être inscrites dans l'acte de mise en place du régime)
- Articles L. 911-7, L. 911-7-1 et D. 911-2 et suivants du code de la Sécurité sociale et Article 11 de la loi Évin (dispenses de droit).

Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire à l'URSSAF en cas de contrôle, la demande de dispense des salariés concernés (ainsi que le cas échéant les justificatifs appropriés).

Cette demande comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

### 3 - Date d'affiliation à l'assurance

L'admission à l'assurance a lieu :

- dès la date d'appartenance au groupe *assuré*,
- et, au plus tôt, à la date d'effet du présent contrat.

### 4 - Cessation de l'assurance

L'assurance cesse quand prend fin l'appartenance au groupe *assuré* (rupture du contrat de travail, départ en préretraite, retraite...) et, au plus tard, à la date de résiliation du présent contrat.

Certains cas (suspension ou fin du contrat de travail) permettent toutefois le maintien des garanties (cf. Article 22 – Suspension du contrat de travail et maintien de l'assurance).

## ARTICLE 8 : DÉMARCHE À RÉALISER

### 1 - Formalisme à respecter

Pour chaque entrée dans l'assurance, le *souscripteur* doit fournir à la MAPA, un bulletin individuel d'affiliation dûment complété et accompagné des documents ci-après :

- concernant le *participant* : photocopie de l'attestation du *Régime Obligatoire* et relevé d'identité bancaire, postal ou autre ;  
En l'absence de bulletin d'affiliation, le salarié sera affilié automatiquement à la réception du flux DSN (Déclaration Sociale Nominative) informant de son entrée dans l'entreprise.
- concernant les *ayants droit* du *participant*, tels que visés à l'Article 13, lorsqu'ils sont eux-mêmes *assurés sociaux* : photocopie de l'attestation du *Régime Obligatoire* et, selon le cas :
  - s'agissant des enfants : certificat de scolarité et, le cas échéant, photocopie du contrat de formation en alternance,
  - s'agissant d'un conjoint, concubin, partenaire de PACS (Pacte Civil de Solidarité) : respectivement une attestation sur l'honneur de vie commune, une photocopie dudit pacte, ou une copie du livret de famille.Les *ayants droit* sont exclus du dispositif DSN, leur affiliation est conditionnée à l'envoi du bulletin d'affiliation.

**Les pièces exigées pour les enfants *assurés sociaux* sont à renouveler chaque année.**

### 2 - Modification de la situation d'un participant

Lors d'un changement de situation d'un *participant*, ce dernier doit en informer immédiatement la MAPA, qui se réserve le droit de demander des documents indiquant cette ou ces modification(s).

Pour l'ajout ou la suppression d'un *ayant droit*, le *participant* doit en faire la demande auprès du *souscripteur*. Ce dernier transmettra les informations et les justificatifs nécessaires à l'*assureur*.

Pour l'ajout d'un *ayant droit* nouveau-né, la photocopie de la page correspondante du livret de famille ou l'acte de naissance devra être jointe au bulletin d'affiliation ainsi que l'attestation du *Régime Obligatoire* mentionnant le nouveau-né.

Lors de la suppression d'un *ayant droit*, les éventuelles cartes de *Tiers Payant* doivent être restituées sans délai pour la remise d'un certificat de radiation.

À défaut de date de radiation précisée, la radiation prendra effet le dernier jour du mois de la demande.

### 3 - Sortie de l'assurance

Toute sortie de l'assurance doit faire l'objet d'une information immédiate à la MAPA avec restitution concomitante des cartes de *Tiers Payant*.

Le cas échéant, en cas de non restitution des cartes de *Tiers Payant*, les soins qui auront été réglés feront l'objet d'une demande de remboursement auprès du *participant*.

### 4 - Etat récapitulatif des entrées et sorties d'assurance

L'*assureur* adresse trimestriellement un état de l'effectif *assuré* au *souscripteur*.

## ARTICLE 9 : COTISATIONS

### 1 - Montant

Les cotisations sont mentionnées aux Conditions Particulières.

En cours de vie du contrat, pour tout salarié ou *ayant droit*, la cotisation mensuelle est due en intégralité :

- pour toute affiliation qui intervient entre le 1<sup>er</sup> et le 15 du mois inclus ;
- pour toute radiation qui intervient à compter du 16 du mois.

## 2 - Indexation et révision des cotisations

Les cotisations sont automatiquement indexées au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année sur l'évolution du *Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale* (PMSS).

Indépendamment de cette disposition, les cotisations peuvent être ajustées en fonction de l'évolution des dépenses de santé, des législations et réglementations fiscales, sociales, ainsi que de l'Assurance *maladie*.

Les entreprises sont avisées de la révision au plus tard le 31 octobre de chaque année.

Si l'entreprise s'oppose avant le 10 décembre de l'année en cours à la révision des cotisations, le contrat est automatiquement résilié.

À défaut, le contrat est reconduit sur la base des cotisations révisées.

## 3 - Paiement

L'appel de cotisation est réalisé par trimestre à terme échu.

La cotisation est payable trimestriellement, dans les 15 jours suivant l'échéance de chaque fin de trimestre.

Les moyens de paiement doivent être libellés exclusivement au nom de l'organisme *assureur* ; ils sont établis par le *souscripteur* qui est le seul responsable du versement de la cotisation auprès de l'organisme *assureur*.

À défaut de paiement de la prime et selon l'Article L. 113-3 du code des assurances, l'organisme *assureur* pourra mettre en demeure le *souscripteur* par lettre recommandée et résilier le contrat au terme du délai de 40 jours à compter de la date de la mise en demeure si le paiement intégral des cotisations dues n'est toujours pas intervenu à cette date.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, pour les entreprises adhérentes au dispositif Titre Emploi Service Entreprise (TESE), le paiement est opéré par l'URSSAF.

## ARTICLE 10 : INFORMATION DES PARTICIPANTS

Le *souscripteur* est légalement tenu de remettre à chaque *participant* la notice établie par l'organisme *assureur* et d'informer chaque *participant* des éventuelles modifications apportées à ses droits et obligations.

La preuve de la remise de la notice et de l'information relative aux éventuelles modifications contractuelles incombe au *souscripteur*.

## ARTICLE 11 : RÉVISION DU CONTRAT

Lorsqu'une décision législative ou réglementaire vient à modifier les conditions préexistantes de l'assurance ou la portée des engagements de l'organisme *assureur*, les conditions de l'assurance seront révisées par l'*assureur*.

Tout changement de garanties doit être réalisé dans le respect du modèle juridique utilisé lors de la mise en place du contrat santé collective.

Les modifications demandées prennent effet au 1<sup>er</sup> jour du trimestre suivant la demande.

# Garantie frais de santé

## ARTICLE 12 : OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet le versement de prestations complémentaires aux prestations en nature du *Régime Obligatoire* concernant le *participant*.

Par dérogation, certains postes de soins sont pris en charge malgré l'absence d'intervention du *Régime Obligatoire* (médecines douces, lentilles...).

Les personnes pour lesquelles il ouvre droit à garantie (*ayants droit* tels que visés à l'Article 13 ) peuvent également être *assurées* sous réserve que le contrat souscrit par l'entreprise le prévoit.

## ARTICLE 13 : AYANTS DROIT

1. Le *participant* ouvre droit à garantie pour :

- toutes les personnes considérées par le *Régime Obligatoire* comme étant à sa charge<sup>(1)</sup> ;
- son conjoint *assuré* social et les personnes considérées par le *Régime Obligatoire* comme étant à la charge de ce dernier<sup>(1)</sup> ;
- les *ayants droit* percevant l'une ou l'autre des allocations prévues par la loi du 30 juin 1975 ;
- ses enfants jusqu'à l'âge de 28 ans s'ils justifient de la poursuite de leurs études, y compris dans l'Union européenne, la résiliation prendra fin le 31 décembre de l'année du 28<sup>ème</sup> anniversaire ;
- ses enfants jusqu'à l'âge de 28 ans et en contrat d'apprentissage, sous réserve qu'ils ne bénéficient pas d'un contrat frais de santé au titre de leur activité salariée et que leur rémunération reste inférieure à 50% du SMIC, la résiliation prendra fin le 31 décembre de l'année du 28<sup>ème</sup> anniversaire.

2. À défaut de conjoint, les dispositions prévues pour le conjoint *assuré* social sont transposables au concubin *assuré* social ou à la personne liée au *participant* par un PACS (Pacte Civil de Solidarité), sur présentation respectivement d'une attestation sur l'honneur de vie commune, ou d'une photocopie dudit pacte.

3. Le caractère obligatoire ou facultatif de l'adhésion des *ayants droit* dépend de la décision de l'entreprise souscriptrice.

4. Si le contrat collectif n'est pas ouvert aux *ayants droit* par le *souscripteur*, les *ayants droit* peuvent faire l'objet d'une adhésion individuelle facultative aux garanties collectives (cf. Article 27 - Principe général).

(1) Code de la Sécurité sociale : Article L. 313-3 (conjoint, enfants) ; Article L. 161-14 (concubin...)

## ARTICLE 14 : ÉTENDUE DE LA GARANTIE

1. Les frais ouvrant droit à prestation sont les frais médicaux inhérents à une *maladie*, un accident ou une *maternité* :

- qui ont été exposés pendant la période d'assurance.

Aucune prestation n'est due pour des soins réalisés avant la date d'effet ou après la date de résiliation du contrat.

- ayant bénéficié d'un remboursement du *Régime Obligatoire* français, et, par dérogation, même s'ils n'ont pas ouvert droit à un remboursement du *Régime Obligatoire*, les frais figurant dans les différentes nomenclatures ou classifications du *Régime Obligatoire* expressément mentionnés au paragraphe « DÉTAIL DE LA GARANTIE » des Conditions Particulières.

2. Le montant des prestations peut être modifié à tout moment par la Mutuelle en fonction notamment de l'évolution de la réglementation et en particulier celle relative à la Sécurité sociale.

3. Les remboursements cumulés des régimes obligatoire et complémentaire ne peuvent en aucun cas excéder le montant des frais que vous avez engagés.

Dans le cas où vous avez souscrit plusieurs assurances couvrant le même risque, vous pouvez obtenir le règlement des prestations en vous adressant à l'organisme de votre choix.

La sollicitation multiple relève de l'assurance cumulative. Revendiquer le même remboursement auprès de plusieurs *assureurs* dans un but d'enrichissement relève de la fraude à l'assurance, pénalement répréhensible.

En cas de soins effectués à l'étranger, nous pouvons vous demander la traduction des documents utiles au remboursement. Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à votre charge. Le versement des prestations reste subordonné au remboursement préalable du *Régime obligatoire* et sur la base de ce dernier.

Le contrat respecte les réglementations en vigueur :

- *contrat responsable* et solidaire ;
- dispositif *DPTAM* et *DPTAM CO* ;
- législation sur le dispositif du 100 % santé.

Dans le respect de la législation sur les *contrats responsables* et solidaires :

- nous ne prenons pas en charge :
  - les participations forfaitaires mentionnées au II de l'Article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale ;
  - les franchises forfaitaires mentionnées au III de l'Article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale ;
  - la majoration du *ticket modérateur* lorsque l'*assuré* ne respecte pas le parcours de soins,
  - les *dépassements d'honoraires* pratiqués par les médecins, lorsque l'*assuré* ne respecte pas le parcours de soins.
  - pour les actes hors parcours de soins, les remboursements de la Mutuelle sont limités au *ticket modérateur*.
- nous ne faisons pas compléter de questionnaire de santé lors de l'affiliation et les cotisations n'évoluent pas en fonction de l'état de santé du *participant*.

## ARTICLE 15 : PRESTATIONS

Les montants des remboursements sont définis dans les Conditions Particulières.

Le tableau présent dans les Conditions Particulières reprend l'intégralité des remboursements proposés en présentant la garantie poste par poste, et notamment en précisant les limitations du remboursement.

Sauf cas particulier exprimé dans le tableau sus-mentionné, nous garantissons un remboursement exprimé en pourcentage du *tarif de convention* ou en forfait.

Vous devez nous adresser les justificatifs suivants :

- le décompte de votre *Régime Obligatoire* sauf en cas de *télétransmission* ou de *Tiers payant*,
- la facture du professionnel de santé lorsque vous n'avez réglé que la part mutuelle.

## ARTICLE 16 : RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

### Délai de transmission

Les demandes de prestations doivent être adressées dans les 24 mois suivant la date de règlement de l'organisme de Sécurité sociale.

Ne sont donc jamais garanties les demandes de prestations qui nous sont présentées deux ans au-delà de ce délais.

Pour les soins non pris en charge par un organisme de Sécurité sociale, les demandes de prestations doivent être adressées dans les 24 mois suivant la date de l'acte ou des soins. Au-delà de ce délai, vous perdez vos droits à prestations.

# Les Services MAPA

**Les services sont détaillés dans le guide santé mis à votre disposition.**

## ARTICLE 17 : LE TIERS PAYANT

Chaque *participant* ayant fourni une attestation de *Régime Obligatoire* se voit remettre une attestation nominative portant mention des actes pouvant se voir appliquer le *tiers payant*.

Grâce à cette attestation, l'intéressé peut, pour lesdits actes, obtenir auprès des prestataires ayant conclu des accords avec la MAPA, la dispense d'avance de frais pour la part incombant à l'organisme *assureur*.

S'agissant d'une *hospitalisation*, la dispense d'avance de frais ne peut avoir lieu qu'après accord de l'*assureur*. Pour ce faire, une demande de prise en charge doit lui être transmise avant toute *hospitalisation*, sauf en cas d'urgence ou de force majeure, auxquels cas la demande doit être adressée dans les premiers jours de l'*hospitalisation*.

## ARTICLE 18 : LA TÉLÉTRANSMISSION DES DÉCOMPTES

La MAPA a passé des accords avec certaines caisses de *Régime Obligatoire* afin de recevoir informatiquement les décomptes de ses *assurés*.

Ces derniers sont ainsi remboursés de leurs soins complémentaires sans avoir à envoyer de décompte papier.

Pour optimiser ce service, vous pouvez opter pour le virement bancaire en nous fournissant un relevé d'identité bancaire ou postal.

Les *assurés* ont confirmation que la *télétransmission* a bien été effectuée en consultant les mentions portées sur leurs décomptes de *Régime Obligatoire* ou bien sur le compte Améli.

En l'absence de *télétransmission*, l'*assuré* doit adresser ses décomptes de *Régime Obligatoire* accompagnés, le cas échéant, des pièces justificatives nécessaires.

Tout *assuré* peut demander à ne pas bénéficier de ce service.

## ARTICLE 19 : LES SERVICES MAPA SANTÉCLAIR

SANTÉCLAIR vous aide à maîtriser vos dépenses de santé Optique, Dentaire et Audiologie en mettant à votre disposition :

- une plate-forme de conseils ;
- des tarifs négociés et des contrôles qualité auprès de réseaux de partenaires.

En tout état de cause, vous conservez la liberté de choix de votre professionnel de santé.

## ARTICLE 20 : L'ESPACE PERSO

Depuis le site internet de la MAPA, vous pouvez créer et accéder à votre espace perso.

Celui-ci vous permet :

- d'accéder aux services Santéclair ;
- de consulter vos remboursements santé ;
- de télécharger vos attestations provisoires d'assurance santé collective ;
- de visualiser vos garanties ;
- de déposer vos demandes de remboursement frais de santé.

## ARTICLE 21 : LES SERVICES D'ASSISTANCE

La MAPA met à la disposition de chaque *participant*, une garantie d'assistance mise en œuvre par Inter Mutuelles Assistance (IMA).

Le *participant* couvert en Frais de santé peut bénéficier, pour lui-même et ses *ayants droit assurés*, des services d'assistance à domicile déployés par IMA.

Cette garantie est détaillée dans la « Notice d'information Relais Santé » jointe aux présentes Conditions Générales.

# Maintien des garanties

## ARTICLE 22 : SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL ET MAINTIEN DE L'ASSURANCE

La garantie Frais de santé du présent contrat est maintenue au *participant* dont le contrat de travail est suspendu pour les motifs suivants :

- congé pour *maladie* ;
- congé *maternité* / paternité ;
- congé d'adoption ;
- *maladie* professionnelle ;
- accident du travail ;
- congé de reconversion ;
- projet de transition professionnelle (ex : congé de formation).

## ARTICLE 23 : SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL SANS MAINTIEN DE L'ASSURANCE

La garantie Frais de santé du présent contrat n'est pas maintenue au *participant* dont le contrat de travail est suspendu pour les motifs suivants :

- congé sans solde ;
- congé sabbatique ;
- congé parental d'éducation.

Le *souscripteur* s'engage à informer la MAPA de tout changement de situation susceptible de modifier les conditions d'assurance du salarié concerné par la suspension du contrat de travail.

Cette information doit parvenir à la MAPA au plus tard dans les 15 jours qui suivent le changement de situation. À défaut, les soins indûment pris en charge feront l'objet d'une demande de remboursement.

L'assurance du présent contrat expire à la date de prise d'effet du congé et, en tout état de cause, en cas de résiliation du présent contrat.

Pendant le congé, une assurance individuelle peut être souscrite conformément aux dispositions de l'Article 27 des présentes Conditions Générales.

## ARTICLE 24 : MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN FAVEUR DES BÉNÉFICIAIRES DE LA PORTABILITÉ

La garantie Frais de santé du contrat peut être maintenue dans le cadre du dispositif de la *portabilité* prévu à l'Article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale dans les conditions prévues ci-dessous.

### 1 - Adhésion

Peuvent bénéficier de la *portabilité*, dans les conditions cumulatives prévues ci-dessous, les anciens salariés :

- dont le contrat de travail est rompu, au sens du droit du travail, dans le cadre d'un licenciement hors faute lourde, ou d'une démission légitime, ou dans le cadre d'une rupture conventionnelle, ou lorsque le Contrat de travail à Durée Déterminée (CDD) arrive à son terme ;
- dès lors que cette rupture ou cette cessation donne droit à prestation par le régime d'assurance chômage ;
- et sous réserve qu'ils aient bénéficié des garanties du contrat avant la fin du contrat de travail.

### 2 - Conditions d'adhésion

Le *souscripteur* s'engage à proposer le bénéfice de la *portabilité* à chaque ancien salarié.

### 3 - Date d'effet et durée du maintien de la portabilité

La *portabilité* prend effet le lendemain du jour de la cessation du contrat de travail du salarié.

La durée du maintien, à compter de sa date d'effet, sera égale à la durée des derniers contrats de travail successifs du salarié chez le *souscripteur*, arrondis au nombre de mois entiers supérieur et ne pourra excéder douze mois.

### 4 - Formalisme à respecter

Le *souscripteur* doit signaler, dans le certificat de travail, à chaque ancien salarié concerné, le bénéfice de la *portabilité* et informer la MAPA de la cessation du contrat de travail du salarié.

À défaut d'une communication directe par le *souscripteur*, après réception des données DSN, la MAPA procédera à la résiliation du salarié sur le contrat des salariés sans affiliation de l'ancien salarié sur le contrat *portabilité*.

L'ancien salarié bénéficiant de la *portabilité* devra justifier auprès de la MAPA du respect des conditions d'éligibilité.

Si le contrat des salariés le prévoit, l'ancien salarié conserve le droit ou non d'affilier ses *ayants droit*.

### 5 - Cotisations

Le financement des cotisations est *assuré* par la mutualisation des risques sur les salariés en activité.

L'ancien salarié, et ses *ayants droit*, bénéficiant de la *portabilité*, n'auront aucune cotisation à acquitter durant toute la période de maintien de la garantie.

### 6 - Cessation du maintien de la portabilité

La *portabilité* cesse :

- à la date à laquelle l'ancien salarié ne perçoit plus d'allocation au titre de l'assurance chômage, à l'exception des cas où le service de l'allocation chômage est interrompu en raison du versement par la Sécurité sociale des prestations en espèce, notamment pour *maladie* ou *maternité* ;
- à la date de reprise d'une activité professionnelle,
- à la date de la liquidation de la retraite,
- au terme du délai défini au paragraphe 3 Article 24 « Date d'effet et durée du maintien de la *portabilité* » ci-dessus.

La *portabilité* cesse, en tout état de cause, à la date d'effet de la résiliation du contrat collectif concerné à la condition qu'un contrat d'assurance collectif soit souscrit auprès d'un nouvel *assureur*.

Par exception au principe ci-dessus, en cas de liquidation judiciaire, la *portabilité* court jusqu'à la fin des droits.

## ARTICLE 25 : MAINTIEN DE L'ASSURANCE DANS LE CADRE DE LA LOI ÉVIN (ANCIEN SALARIÉ)

### 1 - Conditions d'adhésion de l'ancien salarié

L'Article 4 de la loi Évin du 31 décembre 1989 prévoit le maintien des garanties pour :

- Les anciens salariés, sans condition de durée, qui ont perdu leur emploi pour une raison indépendante de leur volonté (licenciement, incapacité, invalidité) ou qui partent à la retraite ;
- Les anciens salariés, sans condition, qui ont démissionné pour une raison légitime et qui perçoivent un revenu de remplacement (ex : allocation chômage, de formation...);
- Les anciens salariés qui bénéficiaient du dispositif de la *portabilité*.

L'ancien salarié qui souhaite bénéficier de ce maintien de garantie, doit en faire la demande auprès de l'organisme *assureur* dans les six mois qui suivent la date de rupture du contrat de travail ou de la fin de la *portabilité* éventuelle. (Le dépassement de ce délai entraîne forclusion définitive).

### 2 - Date d'effet

Le contrat Évin prend effet :

- le lendemain de la date de cessation du contrat de travail du salarié ;
- le lendemain de la date de cessation du contrat *portabilité* de l'ancien salarié.



### 3 - Formalisme à respecter

Le *souscripteur* doit informer l'organisme *assureur* de la cessation du contrat de travail.

Le *souscripteur* doit signaler dans le certificat de travail, à chaque ancien salarié concerné, la possibilité de bénéficier du dispositif de la Loi Évin.

À défaut d'une communication directe par le *souscripteur*, après réception des données DSN, la MAPA procédera à la résiliation du salarié sur le contrat des salariés.

L'organisme *assureur* doit adresser une proposition de maintien de la couverture à l'ancien salarié dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période de la *portabilité*. L'ancien salarié devra ensuite compléter une proposition d'assurance « Ancien salarié » et le transmettre à l'organisme *assureur*.

En cas de souscription à un contrat Évin, une nouvelle carte de *Tiers Payant* sera adressée. L'ancien salarié s'engage à nous restituer les anciennes cartes.

### 4 - Cotisations

Les cotisations relatives au nouveau contrat de l'ancien salarié doivent respecter des plafonds tarifaires :

- les 2 premières années dont une année entière (en cas de souscription en cours d'année), à défaut la première année (souscription au 1<sup>er</sup> janvier) : le tarif doit être identique à celui des actifs ;
- la 2<sup>ème</sup> année : le tarif ne doit pas être supérieur de plus de 25 % au tarif des actifs ;
- la 3<sup>ème</sup> année : le tarif ne doit pas être supérieur de plus de 50 % au tarif des actifs.

Le décret étant silencieux sur le tarif applicable au-delà de la 3<sup>ème</sup> année, son évolution suit les décisions adoptées par le Conseil d'Administration.

Les cotisations pour les *ayants droit* de l'ancien salarié ne sont pas encadrées et leur évolution suit les décisions adoptées par le Conseil d'Administration.

### 5 - Garanties

Les garanties du contrat de l'ancien salarié restent inchangées même si les besoins de l'*assuré* évoluent.

Les garanties du contrat des ayants-droit de l'ancien salarié peuvent s'adapter au besoin exprimé.

### 6 - Fin du dispositif « Loi Évin »

Le maintien de la garantie dans le cadre de la Loi Évin prend fin à l'initiative de l'ancien salarié pour les motifs de résiliation traditionnels.

Le contrat des ayants-droit suit le même parcours de résiliation.

À tout moment, l'ancien salarié conserve la possibilité de souscrire une assurance individuelle conformément aux dispositions de l'Article 27 des présentes Conditions Générales.

## ARTICLE 26 : MAINTIEN DE L'ASSURANCE DANS LE CADRE DE LA LOI ÉVIN (SALARIÉ OU ANCIEN SALARIÉ DÉCÉDÉ)

### 1 - Adhésion et durée

L'Article 4 de la loi Évin du 31 décembre 1989 prévoit le maintien des garanties pour :

- La famille du salarié ou de l'ancien salarié décédé, pour une durée minimale de douze mois à partir du décès.

## 2 - Conditions d'adhésion des ayants droit

Si les *ayants droit* étaient affiliés sur le contrat ou en *portabilité*, ils peuvent bénéficier d'un maintien de garantie.

## 3 - Date d'effet

Le contrat Évin prend effet le lendemain de la demande.

## 4 - Formalisme à respecter

L'employeur informe l'*assureur* du décès du salarié.

À défaut d'une communication directe par l'employeur, après réception des données DSN, la MAPA procédera à sa résiliation sur le contrat des salariés.

L'organisme *assureur* doit adresser une proposition de maintien de la couverture aux *ayants droit* du salarié décédé dans le délai de deux mois à compter de la date du décès.

Ils doivent en faire la demande auprès de l'organisme *assureur* dans les six mois qui suivent la date du décès du salarié.

Ils devront alors compléter une proposition d'assurance « *Ayants droit* de salarié (Salarié décédé) » et le transmettre à l'organisme *assureur*.

Le nouveau contrat doit prévoir que la garantie prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

La souscription de ce nouveau contrat « Évin » conduit à la réception d'une nouvelle carte de *Tiers Payant*.

L' (les) ayant(s) droit du salarié s'engage(nt) à nous restituer les anciennes cartes.

Les *ayants droit* de l'ancien salarié bénéficient du même parcours d'adhésion dès lors qu'ils ont informé l'organisme *assureur* du décès.

## 5 - Cotisations

La première année, les *ayants droit* bénéficient de l'assurance à titre gratuit.

Au-delà, les cotisations sont libres et leur évolution suit les décisions adoptées par le Conseil d'Administration.

À tout moment, les *ayants droit* conservent la possibilité de souscrire une assurance individuelle conformément aux dispositions de l'Article 27 des présentes Conditions Générales.

## 6 - Garanties

Les garanties restent inchangées, même si les besoins de l'*assuré* évoluent.

# Assurance individuelle

---

## ARTICLE 27 : PRINCIPE GÉNÉRAL

Une assurance individuelle peut être souscrite auprès de l'organisme *assureur* dans les cas de figure ci-après.

## ARTICLE 28 : SUSPENSION OU RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

En cas de suspension ou de rupture du contrat de travail, les salariés, qu'ils soient éligibles ou non à la *portabilité* ou aux dispositions de la Loi Évin, conservent la liberté de souscrire une assurance individuelle.

## ARTICLE 29 : RÉSILIATION DU CONTRAT COLLECTIF

En cas de résiliation du contrat collectif et de non-remplacement par un autre contrat d'assurance de groupe, tout *participant* à la date de résiliation dudit contrat peut souscrire une assurance individuelle.

## ARTICLE 30 : DÉCÈS DU SALARIÉ

En cas de décès, tout *ayant droit* du salarié décédé, qu'il soit éligible ou non aux dispositions de la Loi Évin, peut souscrire une assurance individuelle.

## ARTICLE 31 : AYANTS DROIT DE SALARIÉ ET TNS

Lorsque le *souscripteur* a conclu un contrat d'assurance au profit de ses seuls salariés, l'*assureur* pourra proposer à leurs *ayants droit* les mêmes garanties dans un contrat de souscription individuelle à titre facultatif. Le *souscripteur* Travailleur Non Salarié (TNS) peut également bénéficier des mêmes dispositions.

# Dispositions diverses

## ARTICLE 32 : SUBROGATION

Conformément aux dispositions de l'Article L. 131-2 du code des assurances, si vous êtes victime d'un accident causé par un tiers, la loi nous autorise à récupérer auprès de ce dernier les indemnités qui vous ont été versées. Ce droit ne vous empêche pas de faire valoir les vôtres pour obtenir réparation des autres préjudices ou dommages subis, non indemnisés par nous.

L'organisme *assureur* est donc subrogé dans les droits et actions du salarié ou de ses *ayants droit* contre les tiers responsables. L'organisme *assureur* peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'il a exposées à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

## ARTICLE 33 : PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance dans les conditions prévues aux Articles L. 114-1, L. 114-2 et L. 114-3 du code des assurances.

Ce délai est toutefois porté à 10 ans lorsque les bénéficiaires de l'indemnité sont les *ayants droit* de l'*assuré* décédé.

### **Toutefois, ce délai ne court :**

en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'*assureur* en a eu connaissance ;

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

Quand l'action de l'*assuré* contre l'*assureur* a pour cause le recours contre un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où :

l'action en justice est lancée contre ce tiers ;

(ou) l'*assuré* a été indemnisé par ce tiers.

La prescription peut être interrompue :

par l'une des causes ordinaires, notamment :

- la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier (Article 2240 du code civil) ;
- une demande de justice, même en référé, même portée devant une juridiction incompétente ou annulée par l'effet d'un vice de procédure (Article 2241 du code civil) ;
- un acte d'exécution forcée (Article 2244 du code civil).

ainsi que dans les cas suivants :

- la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception par notre Mutuelle à vous-même en ce qui concerne le paiement des cotisations ou, par vous-même à notre Mutuelle en ce qui concerne le règlement des indemnités, des frais, des honoraires garantis.

**Les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription biennale, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption.**

## ARTICLE 34 : EXAMEN DES RÉCLAMATIONS

Si vous êtes mécontent(e) d'un produit ou d'un service MAPA ou si vous souhaitez exprimer une réclamation, vous pouvez :

- En priorité vous adresser à votre interlocuteur habituel en agence ou au gestionnaire sinistre qui a traité votre dossier. Il vous répondra ou vous guidera ;
- Utiliser le formulaire « Contact » sur le site [www.mapa-assurances.fr](http://www.mapa-assurances.fr) puis « Objet » et sélectionner « Réclamation » ; ou envoyer un courrier à :

MAPA Département Qualité, 1 rue Anatole Contré, BP 60037, 17411 SAINT-JEAN-D'ANGÉLY CEDEX.

Une réponse vous sera communiquée personnellement sous deux mois.

Si la réponse ne vous satisfait pas, vous pourrez recourir au Médiateur de l'Assurance en vous connectant sur : [www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org)  
ou à l'adresse suivante : LMA – TSA 50110 – 75441 PARIS CEDEX 09.

## ARTICLE 35 : VOS DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les données recueillies vous concernant sont collectées et traitées par votre Mutuelle d'Assurance, qui intervient en qualité de responsable de traitement, sous contrôle de son délégué à la protection des données.

Pour la passation, la gestion, l'exécution de vos contrats d'assurance, l'intérêt légitime de votre Mutuelle d'Assurance, ainsi que la gestion commerciale de ses clients, l'amélioration de la qualité de ses services, l'évaluation et la formation de ses conseillers, votre *assureur* doit recueillir et utiliser des données personnelles vous concernant. Elles peuvent également être utilisées dans les procédures de lutte contre la fraude et contre le blanchiment/financement du terrorisme. Ces procédures s'effectuent dans le cadre de l'intérêt légitime de l'*assureur* qui a pour obligation de protéger la mutualité des *assurés*, et de répondre aux exigences de sécurité imposées par la loi :

- Lutte contre le blanchiment / financement du terrorisme : vos données peuvent être transmises aux autorités compétentes, conformément à la réglementation en vigueur.
- Lutte contre la fraude à l'assurance : le dispositif peut conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Vos données peuvent être recueillies en ligne, sur supports papiers ou électroniques, ou par enregistrement vocal lors d'un appel téléphonique. Les destinataires de vos données sont : les personnels de la Mutuelle d'Assurance, ses prestataires, partenaires, réassureurs, s'il y a lieu les organismes d'assurance ou les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Nous pouvons être amenés à mettre en œuvre des traitements de profilage pour, par exemple, évaluer les risques et établir des tarifs. Vos données seront conservées le temps nécessaire à l'exécution du contrat et la gestion de notre relation commerciale. Elles sont ensuite archivées selon les durées de prescriptions légales.

Vous disposez du droit de prendre connaissance des informations dont nous disposons vous concernant et de demander à les corriger, notamment en cas de changement de situation. Vous disposez également du droit de demander d'effacer ou de limiter l'utilisation de vos données, dans la limite des contraintes légales liées à la gestion de votre contrat. Vous pouvez également vous opposer à l'utilisation de vos données, notamment concernant la prospection commerciale. Enfin, vous pouvez récupérer dans un format structuré les données que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à leur utilisation. Pour l'exercice de ces droits, vous pouvez adresser votre demande à MAPA - Département Qualité - 1, rue Anatole-Contré - BP 60037 - 17411 SAINT JEAN D'ANGÉLY CEDEX.

Après avoir fait une demande, si vous n'avez pas obtenu satisfaction, vous pouvez vous adresser à la CNIL :

- sur le site [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr),
- ou par courrier : à Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Un justificatif d'identité doit être joint à la demande.

Vos données pourront être utilisées afin de déterminer, de manière automatisée, le risque couvert, le contrat le plus adapté ou le préjudice à indemniser.

## ARTICLE 36 : LA CONFIDENTIALITÉ DES INFORMATIONS

Si, à l'occasion de la souscription du contrat ou lors de l'indemnisation, nous sommes amenés à recueillir ou à traiter des informations en rapport avec votre état de santé, ces données seront gardées confidentielles.

## ARTICLE 37 : FRAUDE OU TENTATIVE DE FRAUDE

Toute fraude ou tentative de fraude caractérisée en vue de tirer un profit illégitime du contrat fait perdre tout droit à prestations pour la garantie concernée. Il est précisé que la preuve de la mauvaise foi nous incombe. Ne sont pas visées les situations d'inexactitude, d'omission ou de réticence.

# Exclusions générales

En plus des exclusions prévues par le Code des assurances et de celles prévues au niveau de chaque garantie, nous ne garantissons pas les conséquences des *maladies* ou accidents, ainsi que les suites provoquées :

- à l'occasion de l'accomplissement par l'assuré des périodes militaires, et à l'occasion d'une suspension de garantie quelle qu'en soit la cause ;
- par les guerres civiles ou étrangères, actes de terrorisme ou de sabotage ;
- par la participation de l'assuré à un pari, un défi, une agression ou une rixe (sauf cas de légitime défense ou d'accomplissement du devoir professionnel) et lorsqu'il a pris une part active à des émeutes ou mouvements populaires ;
- par la manipulation volontaire de l'assuré d'engins de guerre ou leur détention quand celle-ci est interdite ;
- par les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagements de chaleur ou d'irradiations provenant des phénomènes atomiques ;
- par des tremblements de terre, éruptions volcaniques, raz de marée et autres cataclysmes naturels ;
- par la navigation aérienne accomplie en temps de guerre ou lorsque l'appareil utilisé et son équipage ne sont pas munis de pièces réglementaires de navigabilité et de capacité en état de validité ;
- par la navigation en mer ou sur des eaux intérieures lorsque la personne qui conduit l'embarcation ne détient pas les titres de navigation et documents en état de validité, ainsi que les accessoires imposés par la réglementation en vigueur ;
- par la participation de l'assuré à des compétitions, des raids, démonstrations acrobatiques, tentatives de record, vols d'essai et vols en prototype ;
- par la pratique de sports en qualité de professionnel, ainsi que la participation à des essais préparatoires à des compétitions ;
- par la pratique d'une activité réputée dangereuse : l'alpinisme, le ski hors piste, la spéléologie, la plongée sous marine, le saut à l'élastique ou pendulaire, les sports aériens.



MAPA - Mutuelle d'Assurance - Société d'Assurance Mutuelle à cotisations variables - Entreprise régie par le Code des assurances - Immatriculée au Répertoire National des Entreprises sous le numéro SIREN 775 565 088.  
Siège social : 1 rue Anatole Contré, 17400 Saint-Jean-d'Angély.  
Téléphone : 05 46 59 59 59