



# Conditions Générales

## Contrat de garanties surcomplémentaires myBooster (Ref. Contrat 9118)

Vous adhérez à un contrat collectif facultatif pour des garanties **surcomplémentaires** de Santé, souscrit par l'Association Les Solutions mySofie (ASmS), association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901.

Siège social : 33 Bis, Avenue du 24 Avril 1915-13012 MARSEILLE.

Vous devenez ainsi membre de ASmS et un exemplaire des statuts de l'association vous a été remis : nous vous remercions de votre confiance.

N'hésitez pas à nous écrire pour toute information complémentaire à l'adresse suivante : [support@mysofie.fr](mailto:support@mysofie.fr).

<b>1. Les dispositions générales</b>	<b>3</b>
1.1 L'objet de votre contrat	3
1.2 Les textes régissant votre contrat	3
1.3 Les conditions pour bénéficier des garanties	4
1.4 La territorialité de vos garanties	4
1.5 Les définitions retenues pour l'application de votre contrat	4
1.6 Les exclusions générales	9
<b>2. Les garanties santé</b>	<b>10</b>
2.1 Le choix de votre formule de garantie	10
2.2 Que comprennent vos garanties santé ?	10
<b>3. Le règlement des prestations</b>	<b>11</b>
3.1. Que devez-vous faire ?	11
3.1.1 Les documents à communiquer	11
3.1.2 L'adresse de correspondance	11
3.2. Que réglons-nous ?	12
3.2.1 Les conditions d'application de vos garanties	12
3.2.2 Les modalités d'application des limites de remboursements	12
3.2.3 Le cumul d'assurances santé	12
<b>4. La vie du contrat</b>	<b>13</b>
4.1 La prise d'effet de vos garanties	13
4.1.1 La prise d'effet immédiate	13
4.1.2 Délai de renonciation au contrat souscrit dans le cadre d'un démarchage	13
4.2 La durée de vos garanties	14
4.3 L'évolution de vos garanties	14
4.4 Votre cotisation	15
4.5 Vos déclarations et leurs conséquences	15
4.6 Le paiement de votre cotisation et les conséquences du non-paiement	16
4.7 La fin de votre adhésion/la résiliation du contrat	17
4.8 La subrogation	19
4.9 La prescription	19
4.10 La réclamation/la médiation	20
<b>5. Protection et traitement de vos données personnelles</b>	<b>22</b>
5.1 Les données à caractère personnel de l'assuré peuvent être collectées et traitées au titre de :	22
5.2 Accès à vos données	24
<b>6. Autorité de contrôle</b>	<b>25</b>
<b>7. Règlement des différends - Attribution de juridiction</b>	<b>25</b>

# 1. Les dispositions générales

## 1.1 L'objet de votre contrat

Le présent contrat constitue un contrat surcomplémentaire santé.

Il a pour objet la prise en charge des restes à charge incombant à l'assuré après jouissance des garanties d'assurance complémentaire de santé souscrites auprès d'un organisme complémentaire d'assurance maladie, et de prise en charge par le régime général de Sécurité Sociale, de tout ou partie de leurs dépenses de santé lors de consultations et soins de médecine ambulatoire et/ou de médecine douce. Les remboursements s'ajoutent dans la limite des frais réels exposés et des garanties choisies.

Le reste à charge subséquent à des dépenses de santé non couvertes par votre couverture d'assurance santé complémentaire n'est pas assuré par les garanties d'assurance décrites dans les présentes conditions générales.

Le présent contrat ne correspond pas à un contrat d'assurance dit «responsable» car il remplit partiellement les conditions des articles L 871-1 et R871-1 du Code de la Sécurité Sociale.

## 1.2 Les textes régissant votre contrat

Votre contrat est régi :

- par le Code de la Mutualité,
- par le Code des assurances,
- et par :
  - les présentes Conditions Générales, qui définissent les garanties et nos engagements réciproques,
  - les Conditions Particulières et le Bulletin Individuel d'Adhésion, qui décrivent les personnes assurées, les limites des garanties choisies et qui complètent ces Conditions Générales.

Les conditions générales et particulières constituent votre Notice d'Information conformément à l'article L 141-4 du Code des assurances.

## 1.3 Les conditions pour bénéficier des garanties

Pour être assuré, vous devez remplir cumulativement et maintenir en permanence les conditions décrites ci-après :

- résider habituellement en France métropolitaine ou dans l'un des départements et régions d'outre-mer, sauf Mayotte,
- être affilié à l'un des Régimes Obligatoires d'assurance maladie suivants : régime général, régime spécial, régime des indépendants, régime de la Mutualité Sociale Agricole (M.S.A.) ou régime local d'Alsace Moselle,
- bénéficier d'un contrat complémentaire santé, souscrit auprès de tout organisme agréé à cet effet, au profit de chacun des assurés.

## 1.4 La territorialité de vos garanties

Les Garanties Santé s'appliquent en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer. Le reste à charge supporté par l'adhérent subséquent à des dépenses de santé hors du territoire de la République Française n'est couvert par les garanties d'assurance décrites dans les présentes conditions, que si lesdits soins ont fait l'objet d'une prise en charge par votre contrat complémentaire santé.

## 1.5 Les définitions retenues pour l'application de votre contrat

Les termes définis ci-après apparaissent en violet dans les présentes Conditions Générales, afin de vous faciliter la compréhension du texte.

### **Adhérent**

Personne physique majeure, adhérente au contrat collectif facultatif de surcomplémentaire santé souscrit par l'Association Les Solutions mySofie (ASmS), pour bénéficier personnellement des garanties et/ou en faire bénéficier les autres assurés au contrat. Il s'engage au paiement des cotisations et reçoit le règlement des prestations de santé au nom et pour le compte des assurés. Il est désigné comme tel sur vos Conditions Particulières.

Le défaut de paiement de la prime d'assurance justifie l'exclusion de ladite association.



## **Année d'assurance**

Période d'assurance comprise entre deux échéances annuelles de cotisation. Par ailleurs, si l'assurance expire entre deux échéances annuelles, la dernière année d'assurance est la période comprise entre la date d'échéance principale et la date d'expiration.

## **Assuré(s)/personne(s) assurée(s)**

La ou les personnes inscrites sous ce nom sur vos Conditions Particulières.

Peuvent être assurées : l'adhérent au contrat, son conjoint, non séparé de corps ou de fait, son concubin ou son partenaire lié à lui par un pacte civil de solidarité, leurs enfants fiscalement à charge ainsi que leurs ayants droit respectifs vivant au domicile et figurant sur leur attestation vitale, ou toutes personnes bénéficiaires d'un contrat complémentaire santé et prises en charges par l'adhérent.

## **Ayant Droit**

Personne rattachée au numéro de Sécurité sociale d'un assuré social. Il s'agit des membres de la famille (conjoint, concubin, pacsé, enfants, ascendants à charge...) qui ne sont pas assurés sociaux à titre personnel. Ils bénéficient de l'assurance maladie via l'assuré social.

## **Base de remboursement de la sécurité sociale (brss)**

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

On parle de :

- Tarif de Convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession,
- Tarif d'Autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention,
- Tarif de Responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

## **Contrat complémentaire**

Contrat santé souscrit auprès de tout organisme agréé à cet effet, permettant le remboursement des dépenses de santé des assurés, après intervention du Régime Obligatoire.

## **Contrat surcomplémentaire**

Contrat santé permettant le remboursement, en tout ou partie, des dépenses de santé des assurés, restées à leur charge, après intervention du Régime Obligatoire et d'un contrat complémentaire santé.

## **Dépenses de santé**

Les sommes payées par l'adhérent, permettant de jouir du contrat d'assurance complémentaire santé de l'adhérent, à un praticien de médecine de ville (en cas de dépassement d'honoraires, seuls les sommes déclarées à la sécurité sociale sont considérées comme des dépenses de santé), hors franchises et participations forfaitaires et majoration du ticket modérateur pour défaut de respect du parcours de soins coordonnés.

## **Échéance principale**

Point de départ d'une période annuelle d'assurance. Elle est indiquée sur vos Conditions Particulières.

## **Enfant assuré**

A cette qualité, l'assuré âgé de moins de 18 ans au moment où il reçoit des soins de santé.

## **Franchise(s)**

Ce sont des sommes qui sont retenues à la source par la Sécurité sociale sur les remboursements de chaque personne assurée. Elles sont dues pour chaque boîte de médicaments achetée ainsi que par acte d'auxiliaire médical ou par transport réalisé. Elles sont plafonnées par année civile et par assuré social.

## **Médecine de ville (ambulatoire)**

Constituent des dépenses de santé prises en charge au titre de la médecine de ville ou ambulatoire, les dépenses prises en charge par votre assureur complémentaire santé en matière de :

- Consultations et dépenses de santé auprès d'un médecin généraliste et/ ou d'un médecin spécialiste à la condition du respect du parcours de soins coordonnés

- Actes techniques médicaux (hors actes techniques médicaux en lien avec une intervention chirurgicale)
- Consultations et dépenses de santé auprès d'auxiliaires médicaux (Kinésithérapie, Soins infirmiers, Orthophonie, Orthoptie)
- Analyses médicales et biologiques prescrites dans le parcours de soins coordonnés et prises charge par votre assureur santé complémentaire
- Examen et exploration radiologiques prescrits dans le cadre du parcours de soins coordonnés et pris en charge par votre assureur santé complémentaire.

## Médecine douce

Constituent des dépenses de santé prises en charge au titre de la médecine douce, les dépenses prises en charge par votre assureur complémentaire santé auprès des praticiens ou disciplines suivants :

- Ostéopathe
- Chiropracteur
- Acupuncteur
- Diététicien
- Psychomotricien
- Pédicure
- Sophrologue
- Psychologue
- Podologue
- Réflexologue
- Naturopathe
- Mésothérapie
- Hypnothérapie

## Nous

Désigne alternativement ou conjointement :

- L'assureur porteur de risque avec lequel l'Association a conclu une convention pour la prise en charge de vos garanties ; porté par la société MGD régie par le livre II du Code de la Mutualité - Siège Social - 5 Rue Geoffroy Marie 75009 Paris inscrite au répertoire SIRENE sous le n°429 211 469.
- Le gestionnaire de sinistres et de remboursements, avec lequel l'Assureur a conclu une convention pour la prise en charge de vos

garanties ; porté par CPMS - Siège Social - 5, Rue Geoffroy Marie  
75009 PARIS inscrite au répertoire SIREN sous le n°414 357 889,  
inscrite auprès de l'ORIAS sous le n° 07 001 007

- Le souscripteur et délégataire partiel de gestion, l'application mySofie, portée par la société EVEREST HC - Siège Social- 33 bis Ave du 12 Avril 1915- 13012 Marseille - inscrite au répertoire SIRENE sous le n°830 506 473 , inscrite auprès de l'ORIAS sous le N° 21 004 610

### **Parcours de soins coordonnés**

Mode d'accès aux soins prévoyant l'obligation de désigner un médecin traitant et de le consulter en première intention, conformément à la loi.

Le médecin traitant coordonne les soins et adresse le patient vers un autre médecin, dénommé "médecin correspondant", si nécessaire. Le respect du parcours de soins vous permet de bénéficier des remboursements de la Sécurité sociale sans pénalités. Vous êtes hors parcours de soins lorsque vous n'avez pas choisi de médecin traitant ou lorsque vous consultez un médecin sans prescription préalable du médecin traitant, sauf exceptions prévues par la loi.

### **Participation forfaitaire solidaire**

Somme mise à votre charge par le Code de la Sécurité sociale. Elle concerne chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, examen de radiologie et analyse de biologie médicale. Le montant total de la participation est plafonné par année civile.

### **Régime obligatoire (ro)**

Régime légal de Sécurité Sociale auquel est obligatoirement affilié l'assuré.

### **Remboursé**

Prise en charge, partielle ou totale, de certaines dépenses de santé par le Régime Obligatoire de Sécurité sociale de l'assuré.

### **Ticket modérateur**

Différence, entre la base de remboursement du Régime Obligatoire (prix retenu pour déterminer les remboursements) et le remboursement réel effectué par votre régime de Sécurité Sociale, franchises et participations forfaitaires non déduites.

### **Ticket modérateur forfaitaire**

Somme mise à votre charge lorsque vous bénéficiez de certains actes techniques, tarifés ou classifiés comme tels par la Sécurité sociale. Elle



s'applique aux actes pratiqués en cabinet, en centre ou en établissement de santé (hôpital, clinique) y compris dans le cadre de consultations externes.

### **Vous**

L'adhérent et/ou l'assuré au contrat tel(s) que désigné(s) aux Conditions Particulières.

## **1.6 Les exclusions générales**

**Ne sont pas pris en charge dans le cadre des garanties :**

- les soins et les frais réalisés avant ou après la période de garantie,
- les soins et les frais réalisés pendant le délai d'attente mentionné sur vos Conditions Particulières,
- les soins et les frais réalisés lorsque **vous** n'avez pas souscrit ou maintenu en vigueur un **contrat complémentaire**,
- les soins et les frais **non remboursés** par la Sécurité sociale, sauf ceux expressément mentionnés sur vos Conditions Particulières ou pris en charge par votre assureur santé complémentaire,
- les sanctions, pénalités et majorations du **ticket modérateur** prévues à l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale pour les consultations hors **parcours de soins coordonnés**,
- la **participation forfaitaire solidaire** et les **franchises** mentionnées à l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale,
- les majorations pour visite à domicile fixées par la Sécurité Sociale en cas de visites non justifiées,
- les cures de toute nature y compris les cures thermales acceptées par la Sécurité Sociale,
- les soins et frais relatifs à la désintoxication alcoolique ou pour toxicomanie,
- les actes réalisés au cours d'un séjour en thalassothérapie,
- les traitements esthétiques et leurs conséquences, sauf s'ils résultent d'une maladie ou d'un accident ayant donné lieu à une prise en charge par la Sécurité sociale et votre assureur complémentaire,
- les séjours en service de gériatrie, de gériatrie ou de tout établissement de "long séjour" ainsi que les séjours en établissements médico-sociaux comme les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS), en Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (E.H.P.A.D) et maisons de retraite,

- **les hospitalisations à domicile,**
- **les séjours en centre de rééducation professionnelle.**

## 2. Les garanties santé

### 2.1 Le choix de votre formule de garantie

Vous pouvez choisir entre plusieurs formules de garanties différentes suivant vos besoins de couverture de santé. Vos Conditions Particulières font apparaître le niveau choisi.

### 2.2 Que comprennent vos garanties santé ?

Dans les limites mentionnées sur vos Conditions Particulières si les garanties ci-dessous y figurent et les conditions d'application décrites à l'article 3.2, vous êtes couvert pour les garanties suivantes :

- **Dépassements d'honoraires des médecins généralistes et spécialistes**  
Prise en charge des dépassements d'honoraires en cas de consultations médicales y compris celles réalisées à l'hôpital (consultations externes), visites médicalement justifiées et soins réalisés par les médecins généralistes et spécialistes, dans le cadre du parcours de soins coordonnés et conformes à la définition de « dépenses de santé » des présentes conditions.
- **Dépenses de santé de médecine de ville et de médecine douce, sous réserve du plafond de remboursement de vos conditions particulières, et fidèlement aux définitions stipulées ci-avant.**

## 3. Le règlement des prestations

L'adhérent reçoit le règlement des prestations de santé au nom et pour le compte de l'ensemble des assurés au contrat.

### 3.1. Que devez-vous faire ?

#### 3.1.1 Les documents à communiquer

Tant que le contrat complémentaire santé de la ou des personnes assurées est valablement connecté à l'application mySofie, l'assuré n'a aucun document à communiquer. Les prestations dues sont automatiquement détectées, calculées et mises en paiement par le système automatique de gestion de l'application mySofie.

Si les informations du contrat complémentaire santé ne sont plus automatiquement transmises dans l'application mySofie pour quelques raisons que ce soit, l'**assuré** doit **nous** adresser dans les meilleurs délais, et au plus tard dans les deux ans qui suivent le remboursement de Sécurité sociale ou l'engagement des dépenses, les justificatifs décrits ci-après.

- **Pour les actes et frais médicaux remboursés par la Sécurité sociale et pris en charge par votre assureur santé considérés comme des dépenses de santé garanties par les présentes conditions générales :**
  - les décomptes de remboursement transmis par votre **contrat complémentaire**,
- **Pour les actes et frais médicaux non remboursés par la Sécurité sociale et pris en charge par votre assureur santé complémentaire :**
  - les décomptes de remboursement transmis par votre **contrat complémentaire**.

#### 3.1.2 L'adresse de correspondance

L'ensemble des éléments doivent être envoyés par courrier électronique à l'adresse mail : support@mysofie.fr.



## 3.2. Que réglons-nous ?

### 3.2.1 Les conditions d'application de vos garanties

Pour que vos frais soient **remboursés**, la date des soins ou celle de toute autre prestation doit se situer entre la date de prise d'effet des garanties (y compris pour des soins prescrits antérieurement) et la date de cessation des garanties.

**Nous vous** réglons uniquement les dépenses de soins ayant fait l'objet au préalable d'un remboursement par votre **contrat complémentaire**.

### 3.2.2 Les modalités d'application des limites de remboursements

Les limites de remboursements de votre contrat sont précisées sur vos Conditions Particulières.

Les limites de remboursements exprimées par an s'entendent par **année d'assurance**. Les montants de garanties non consommés au cours d'une **année d'assurance** ne se reportent pas d'une année sur l'autre ou au profit d'un autre assuré.

Les remboursements interviennent toujours dans la limite des frais réellement exposés par l'**assuré**.

Les limites de remboursements sont calculées par personne **assurée**.

La participation forfaitaire solidaire et les franchises ne sont pas prises en charge.

### 3.2.3 Le cumul d'assurances santé

Si **vous** bénéficiez d'autres garanties santé auprès de tout autre organisme de prévoyance ou d'assurance santé, il **vous** est rappelé que par l'application du principe indemnitaire, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité, ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à votre charge après les remboursements de toute nature auxquels **vous** avez droit.

Les garanties surcomplémentaires de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, **vous** pouvez obtenir l'indemnisation en **vous** adressant à l'organisme de votre choix.

Si des remboursements ont déjà été effectués par un autre organisme, **vous** devez **nous** fournir les justificatifs originaux et les décomptes de cet organisme. **Nous vous** réglons alors le reste à charge en fonction des Garanties Santé de votre contrat.

## 4. La vie du contrat

### 4.1 La prise d'effet de vos garanties

#### 4.1.1 La prise d'effet immédiate

Vos garanties prennent effet à compter de la date indiquée sur vos Conditions Particulières.

#### 4.1.2 Délai de renonciation au contrat souscrit dans le cadre d'un démarchage

Délai de renonciation au contrat souscrit dans le cadre d'un démarchage au domicile ou sur le lieu de travail (article L 112-9 du Code des assurances).

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Les conditions générales d'un opérateur de distribution peuvent permettre l'exercice du droit de rétractation par voie télématique, sur l'espace en ligne d'un compte adhérent ou par tout moyen électronique lorsque la souscription du contrat a lieu en ligne.

Cette disposition n'est pas applicable si vous avez déjà mis en jeu les garanties du contrat.

Il **vous** suffit d'envoyer votre lettre de renonciation en recommandée avec accusé de réception à EVEREST HC, 33 Bis Avenue du 24 Avril 1915 13012 MARSEILLE, selon le modèle ci-après.

Vos garanties cesseront à compter de la réception de votre lettre de renonciation et **vous** serez remboursé dans les 30 jours des sommes déjà versées excepté celles correspondant à la période de garantie déjà écoulée.

“Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse complète) désire renoncer au contrat souscrit dans le cadre d’un démarchage (nom du contrat, numéro de contrat, date de souscription).

Date et signature”.

## 4.2 La durée de vos garanties

Votre contrat est annuel et renouvelé automatiquement d’année en année à chaque **échéance principale** par tacite reconduction.

Les Garanties Santé sont des garanties viagères et ne sauraient être résiliées par **nous** en fonction de votre âge ou de votre état de santé actuel ou futur.

Les Garanties Santé cessent de plein droit si aucun **contrat complémentaire de l’assuré** n’est en vigueur.

En cas de décès de **l’adhérent**, les garanties sont maintenues pour les autres **assurés** figurant aux Conditions Particulières pendant une période de deux mois. Au-delà de cette période, un des assurés, s’il est majeur peut adhérer afin de continuer l’engagement initial. Passé ce délai, le contrat est résilié pour l’ensemble des **assurés**.

## 4.3 L’évolution de vos garanties

**Vous** pouvez faire évoluer les garanties des **assurés**, après un délai minimum d’un an d’assurance dans le niveau de garantie choisi et ce pour l’ensemble des **personnes assurées**. Toute évolution des garanties vous réengage pour douze mois.

Les modifications législatives ou réglementaires peuvent entraîner une baisse des remboursements de votre **Régime Obligatoire** de Sécurité sociale. Afin de conserver l’équilibre initial du contrat, **nous** pourrions réviser à la baisse les garanties impactées.

**Vous** en serez tenu informé par écrit trois mois au minimum avant la date prévue de son entrée en vigueur.

**Vous** pourrez alors dénoncer votre adhésion en raison de ces modifications ou accepter cette modification en maintenant votre adhésion dans les nouvelles conditions.

## 4.4 Votre cotisation

Les critères tarifaires retenus pour le calcul de votre cotisation sont le niveau de reste à charge moyen que vous souhaitez assurer, le niveau des Garanties Santé, le nombre de **personnes assurées** au contrat ainsi que la présence d'options au contrat.

- **Évolution de votre cotisation à l'échéance principale :**
  - évolution du fait des résultats techniques pour l'ensemble des **assurés** au contrat collectif, relevant des mêmes catégories et critères tarifaires.
- **Évolution de votre cotisation en cours d'année suite à :**
  - modifications législatives ou réglementaires de nature fiscale ou sociale, en particulier celles ayant un impact sur les remboursements de votre régime de Sécurité sociale.
- Dans ces hypothèses, **l'adhérent** a la possibilité de résilier son adhésion trois mois après en avoir eu connaissance.

## 4.5 Vos déclarations et leurs conséquences

**L'adhérent** est tenu de **nous** informer dans les 15 jours de sa connaissance de tout événement concernant chaque **personne assurée** et susceptible de modifier les modalités de gestion à savoir notamment tout changement :

- de numéro de Sécurité sociale,
- de caisse primaire d'assurance maladie ou du centre de paiement,
- de régime de Sécurité sociale,
- de votre **contrat complémentaire** santé y compris résiliation de celui-ci,
- de domicile ou de coordonnées bancaires,
- dans la situation ou la composition familiale, notamment naissance, mariage, conclusion d'un pacte civil de solidarité, séparation, divorce, décès ou perte de la qualité d'**ayant droit**.

Le changement de régime social pour un autre régime autorisé par le contrat est pris en compte à la date de changement effectif du régime, même en cas de notification tardive.

Toute réticence ou déclaration intentionnellement fausse de **l'adhérent**, à l'adhésion ou au cours de l'adhésion, lorsqu'elle change l'objet du risque ou en diminue notre opinion, même si elle a été sans influence sur le règlement de

prestations santé et/ou le versement d'allocations journalières d'hospitalisation, entraîne la nullité du présent contrat.

Toute omission ou déclaration inexacte non intentionnelle de l'**adhérent** entraîne soit la résiliation du contrat, soit l'augmentation des cotisations, soit la diminution des prestations, en application des dispositions prévues par le Code des assurances.

La preuve de la réticence ou du caractère intentionnellement faux des déclarations de l'**adhérent** nous incombe.

## 4.6 Le paiement de votre cotisation et les conséquences du non-paiement

Le montant de votre cotisation **vous** est communiqué lors de chaque **échéance**, sur votre avis d'**échéance**. Elle est payable mensuellement ou annuellement (dès que cette option sera techniquement disponible) et d'avance sauf mention contraire sur vos Conditions Particulières et sur l'avis d'échéance.

Si **vous** ne payez pas votre cotisation ou une fraction de cotisation réclamée dans les 10 jours suivant son échéance, **nous** pouvons **vous** envoyer par lettre recommandée une mise en demeure adressée à votre dernier domicile déclaré.

Celle-ci entraîne la suspension des garanties 30 jours plus tard.

À défaut de règlement dans les 40 jours qui suivent l'envoi de cette mise en demeure, votre adhésion sera résiliée et **vous** serez, **vous** et les autres assurés, exclus du contrat collectif. Vous perdrez de ce fait votre qualité d'**adhérent** à l'Association ASmS.

La suspension de la garantie ou la résiliation pour non-paiement de la cotisation ne vous dispense pas de l'obligation de payer les cotisations émises.

Les frais de soins prescrits ou effectués, durant cette période de suspension et à l'issue de celle-ci en cas de résiliation, ne seront pas pris en charge.



## 4.7 La fin de votre adhésion/la résiliation du contrat

Votre adhésion au contrat est annuelle et reconduite automatiquement d'année en année.

Vous disposez d'un droit annuel de résiliation à l'échéance principale moyennant un préavis de deux mois ainsi qu'en cours d'année dans certaines circonstances décrites dans le tableau ci-dessous.

Lorsque votre adhésion est résiliée à l'échéance, la date de départ du délai de préavis est celle de votre demande (date du recommandé, cachet de la poste de la lettre simple, date du mail ou du message, date de l'appel téléphonique, date du récépissé délivré par le Gestionnaire).

Vous pouvez également résilier votre adhésion santé à tout moment, sans frais ni pénalités, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date de souscription.

Cette résiliation prend effet un mois après que **nous** en ayons reçu notification.

La résiliation de votre adhésion doit **nous** être notifiée directement dans l'espace client en utilisant le processus de résiliation mis en place en ligne.

Vous pouvez donner mandat à votre nouvel assureur de se charger de la résiliation qui doit alors **nous** être notifiée par lettre recommandée, y compris électronique.

**Nous** vous rembourserons le solde de la cotisation correspondant à la période non garantie, dans un délai de 30 jours à compter de la résiliation.

Le contrat peut être résilié dans les cas et conditions énoncés dans les tableaux ci-après :

## Résiliation par vous

Motifs	Délai d'envoi de la notification de résiliation	Prise d'effet
Faculté annuelle de résiliation du contrat.	Au plus tard 2 mois avant l'échéance principale.	Au jour de l'échéance principale à zéro heure.
Sans motif, à tout moment.	À tout moment, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription du contrat.	Un mois après votre notification de résiliation du présent contrat.
Adhésion à un contrat groupe santé obligatoire via votre employeur.	À tout moment au cours de votre contrat.	Au 1 <sup>er</sup> jour du mois civil qui suit la réception de votre demande et d'un justificatif de l'employeur.
Adhésion au bénéfice de la Protection Universelle Maladie (PUMA).	À tout moment au cours de votre contrat.	Au 1 <sup>er</sup> jour du mois civil qui suit la réception de vos justificatifs.
Adhésion au bénéfice de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS).	À tout moment au cours de votre contrat.	Au jour de réception de votre lettre justificative.
Diminution de vos garanties suite à modifications législatives ou réglementaires entraînant des baisses des remboursements de votre Régime Obligatoire (RO) (cf article 4.4).	Au plus tard 3 mois suivant la date de connaissance.	Un mois après votre notification de résiliation du présent contrat.
Augmentation de votre cotisation suite à des modifications législatives ou réglementaires de nature fiscale ou sociale, en particulier celles ayant un impact sur les remboursements de votre régime de Sécurité sociale (cf. article 4.5).	Au plus tard 3 mois suivant la date de connaissance.	Un mois après votre notification de résiliation du présent contrat.
Vous ne résidez plus habituellement en France métropolitaine ou dans l'un des départements et régions d'outre-mer.	Dès que vous en avez connaissance.	Un mois après votre notification de résiliation du présent contrat.

Résiliation par nous		
Motifs	Délai d'envoi de la lettre recommandée	Prise d'effet
Non-paiement de votre cotisation ou d'une fraction de cotisation.	Envoi d'une lettre de mise en demeure au plus tôt 10 jours après l'échéance.	Suspension 30 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure. Résiliation 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours précité.
Non maintien en vigueur, en cours de contrat, par l'adhérent, d'un contrat complémentaire santé (cf. article 1.3.1).	Envoi d'une lettre recommandée dès que nous en avons connaissance.	Le lendemain de l'événement déclencheur.
Omission, inexactitude, déclaration intentionnellement fausse ou fraude de l'adhérent (cf. article 4.6).	Envoi d'une lettre recommandée dès que nous en avons connaissance.	Résiliation 10 jours après l'envoi de la lettre recommandée.
Vous ne résidez plus habituellement en France métropolitaine ou dans l'un des départements et régions d'outre-mer.	Dès que vous en avez connaissance.	30 jours après la date d'envoi de notre lettre de résiliation.

Lorsque **nous** résilions le contrat, **nous** vous adressons la notification par lettre recommandée à votre dernier domicile déclaré.

Lorsque le contrat est résilié au cours d'une période d'assurance, nous vous remboursons la fraction de cotisation afférente à la période non garantie sauf lorsque **nous** résilions le contrat pour non-paiement de cotisation.

## 4.8 La subrogation

Il s'agit du droit, de **nous** substituer à la personne assurée pour récupérer auprès d'un tiers responsable, les sommes que **nous** avons payées au titre des Garanties Santé.

## 4.9 La prescription

Il s'agit du délai au-delà duquel aucune réclamation ou demande de remboursement ne peut plus être présentée.

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par 2 ans à dater de

l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque, qu'à compter du jour où **nous** en avons eu connaissance,
- en cas de demande de remboursement, qu'à compter du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là,
- quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, qu'à compter du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.
- La prescription peut être interrompue par l'une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci :
- citation en justice, même en référé,  
acte d'exécution forcée (commandement ou saisie) signifié à l'encontre de celui que l'on veut empêcher de prescrire,
- reconnaissance du droit de celui contre lequel la prescription devrait jouer,
- ainsi que dans les cas ci-après :
- désignation d'experts à la suite d'une demande de remboursement,
- envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception :
  - de l'adhérent ou de l'assuré à nous pour le règlement des prestations santé, de nous à vous pour action en paiement de la cotisation.
  - La prescription peut aussi être suspendue par la mise en œuvre de la procédure de médiation prévue au présent contrat ou par la conclusion d'une convention de procédure participative prévue à l'article 2062 et suivants du Code Civil.

## 4.10 La réclamation/la médiation

En premier lieu, formulez votre réclamation auprès de votre interlocuteur habituel :

- En envoyant un mail à [support@mysofie.fr](mailto:support@mysofie.fr).

Si, malgré les explications fournies, la réponse apportée ne permet pas de résoudre le différend, vous avez la possibilité en second lieu d'effectuer un recours sur réclamation auprès de :



## **“Recours sur réclamation”**

- En envoyant un mail à [reclamation@mysofie.fr](mailto:reclamation@mysofie.fr)

Vous obtenez alors notre position définitive.

Nous accuserons réception de votre réclamation dans les 10 jours ouvrables à compter de sa réception, sauf si une réponse vous a été apportée dans ce délai.

Nous nous engageons à vous tenir informé si la durée du traitement de votre réclamation devait être dépassée.

Sauf circonstances particulières, la durée cumulée du traitement de votre réclamation par votre interlocuteur habituel et par le service de Recours sur réclamation, n'excèdera pas celle fixée et révisée périodiquement par l'ACPR (au 1er mai 2017 cette durée est de 2 mois).

Une fois toutes les voies de recours internes épuisées ou si aucune réponse ne vous a été apportée dans les délais impartis, vous avez la possibilité, si le désaccord persiste, de saisir le Médiateur de l'Assurance, directement sur le site internet :

[www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org)\* ou par courrier à l'adresse suivante : la Médiation de l'Assurance TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09.

Vous pouvez également accéder à la plateforme de Règlement en ligne des litiges : <https://webgate.ec.europa.eu/odr/main/?event=main.home.show&lng=FR>

Vous disposez d'un délai d'un an à compter de votre recours sur réclamation pour saisir le Médiateur.

La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où cette demande n'a pas été soumise à une juridiction.

Dans tous les cas, vous conservez la faculté de saisir le tribunal compétent.

\* La charte “la Médiation de l'Assurance”, précisant les conditions d'intervention du Médiateur de l'Assurance, est disponible sur ce site.

## 5. Protection et traitement de vos données personnelles

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en ce compris le Règlement Général sur la Protection des Données n° 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'assuré reconnaît avoir été informé par l'assureur, en sa qualité de responsable de traitement des données à caractère personnel collectées, que :

**Nous** avons désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à [dpo@sofie.fr](mailto:dpo@sofie.fr).

### 5.1 Les données à caractère personnel de l'assuré peuvent être collectées et traitées au titre de :

- La souscription, la gestion, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de l'assureur, d'un gestionnaire délégué ou de l'application mySofie gérée par la société Everest HC ou d'autres sociétés associées ; et ce y compris, en notre qualité d'organisme assureur ou délégataire de service ou souscription, l'utilisation du numéro de sécurité sociale de l'assuré pour la gestion, le cas échéant, de ses risques d'assurance complémentaire santé et surcomplémentaire santé (conformément au Pack de conformité « Assurance » de la CNIL de novembre 2014 préalable au RGPD (dit « Pack Assurance »)) ;
- la gestion des avis de l'assuré sur les produits, services ou contenus proposés par l'assureur ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et

- administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ; et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'assuré ;
  - la proposition à l'assuré de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par l'assureur ou ses partenaires.

L'assureur s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'assuré pour d'autres finalités que celles précitées.

L'assureur a confié à la société EVEREST HC (mySofie) la gestion d'une partie du contrat, ainsi qu'à CPMS pour la gestion des sinistres et remboursements.

L'assuré reconnaît que la collecte et le traitement de ses données à caractère personnel (en ce compris des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat...) sont nécessaires à la gestion et à l'exécution du contrat.

Le traitement, pour une ou plusieurs finalités spécifiquement déterminées, des données concernant la santé de l'assuré, données sensibles au sens de l'article 8 de la loi Informatique et libertés et de l'article 9 du RGPD, est soumis à son consentement écrit et préalable pour une ou plusieurs des finalités spécifiquement listées ci-dessus. En pratique la signature du bulletin individuel d'affiliation à l'Association vaut recueil du consentement.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'assuré sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : les services auxquels l'Association ASmS susvisée a souscrit pour l'assurance et la gestion du produit myBooster, le personnel des sociétés offreuse de ses services et en charge des traitements relatifs à ces données, ainsi que, le cas échéant les sous-traitants, les délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures et les souscripteurs du contrat.

Les données de santé de l'assuré sont destinées le cas échéant au Service médical de l'assureur et à toute personne placée sous la responsabilité du

Service médical et ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

L'assureur s'engage à ce que les données à caractère personnel de l'assuré ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées adaptées au risque élevé pesant sur de telles données.

Si des données à caractère personnel de l'assuré venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la commission européenne : l'assureur s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec l'assuré varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL et notamment aux durées prévues par le Pack Assurance. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de l'assureur et des prescriptions légales applicables.

L'assureur et ses partenaires s'engagent

1. à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'assuré et
2. à notifier à la CNIL et informer l'assuré en cas de violation de ses données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

Les données utilisées à des fins statistiques font l'objet d'une anonymisation préalable par des procédés techniques excluant tout risque de ré-identification des personnes. Les dispositions de la réglementation de protection des données ne s'appliquent pas à de telles données.

## **5.2 Accès à vos données**

L'assuré dispose d'un droit de demander l'accès à ses données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de ces données, post-mortem.





L'assuré dispose également d'un droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont il fait l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi.

Il dispose enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée. En cas de prospection commerciale par voie postale : sauf opposition écrite de la part de l'assuré, ses informations peuvent être communiquées par email à l'adresse [support@mysofie.fr](mailto:support@mysofie.fr), à des fins de prospection commerciale/prospection de leurs offres de produits et services.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de son identité, par email à [dpo@mysofie.fr](mailto:dpo@mysofie.fr).

L'assuré dispose également du droit de contacter la CNIL directement sur le site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 Paris Cedex 07.

En cas de prospection commerciale par téléphone : L'assuré dispose également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr).

## 6. Autorité de contrôle

La MGD, mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité, est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 Place de Budapest CS 92459- 75436 Paris Cedex.

## 7. Règlement des différends - Attribution de juridiction

Les parties s'engagent à se réunir à l'occasion de tout différend qui pourrait survenir entre elles, afin de tout mettre en œuvre pour le régler à l'amiable. A défaut de règlement amiable, le litige serait porté devant les tribunaux compétents.