

CHAPITRE 1 : Dispositions Générales

Article 1 - Objet

Les dispositions des présentes conditions générales d'adhésion déterminent les conditions dans lesquelles la SMIP assure des garanties au profit de ses membres participants dans le cadre d'opérations individuelles.

Article 2 - Garanties

Les garanties proposées par la SMIP sont des garanties :

- médico-chirurgicales,
- indemnités journalières maladie-accident,
- indemnités hospitalières.

Article 3 - Adhésion

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par les présentes conditions générales d'adhésion. La SMIP doit avoir remis au membre participant ou au futur membre participant, avant l'adhésion :

- le bulletin d'adhésion, les statuts et le règlement mutualiste,
- ou une fiche d'information sur le contrat qui décrit précisément les droits et obligations réciproques.

Un délai doit s'écouler entre la remise des documents et la signature du bulletin d'adhésion.

La remise de ces documents doit intervenir dans les conditions fixées par décret.

Le bulletin d'adhésion indique notamment :

- la date d'adhésion,
- les personnes à inscrire,
- la garantie souscrite,
- les conditions d'entrée en vigueur de la garantie,

et sera accompagné d'un appel de cotisations fixant le montant des cotisations dues pour la première échéance.

Le bulletin d'adhésion doit être complété par les documents suivants :

- une copie de l'attestation Carte Vitale, pour chaque bénéficiaire à inscrire ;
- le cas échéant, un certificat de radiation de la précédente mutuelle pour bénéficiaire de la non-application des délais de stage prévus à l'article 6.3 du présent règlement ;
- un relevé d'identité bancaire pour le règlement des prestations ;
- le cas échéant, une autorisation de prélèvement bancaire s'il est opté pour un prélèvement automatique ;
- un chèque bancaire équivalent au montant du premier mois de cotisations.

Article 4 - Effet - Durée - Renouvellement de l'adhésion

Pour les membres participants âgés de moins de 50 ans, le bulletin d'adhésion prend effet sauf date autre expressément prévue, le premier jour du mois qui suit sa date de réception.

Pour les membres participants âgés de plus de 50 ans, le bulletin d'adhésion prend effet :

- si la réception de la demande d'adhésion intervient la première quinzaine, le 1^{er} jour du mois en cours ;
- si la réception de la demande d'adhésion intervient la deuxième quinzaine, le 1^{er} jour du mois suivant.

En cas de radiation d'une précédente mutuelle, le bulletin d'adhésion prend effet le lendemain de la date de radiation.

L'adhésion est annuelle et expire le 31 décembre suivant. Elle se renouvelle par tacite reconduction chaque année au 1^{er} janvier.

L'adhérent sera informé de son droit à dénonciation de son adhésion dans l'avis d'échéance de cotisations.

Article 5 - Renonciation - Résiliation - Radiation

5.1. Résiliation à l'initiative du membre participant

5.1.1. Renonciation au contrat

En cas de souscription du contrat à distance ou lors de démarchage à domicile ou sur le lieu de travail ou à sa résidence, même à sa demande, l'adhérent bénéficie d'un délai de renonciation de quatorze jours à compter de la conclusion du contrat. Il lui suffit d'envoyer un courrier par lettre recommandée avec avis de réception au siège de la mutuelle en demandant la résiliation du contrat sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. (Cf. Modèle ci-après).

«Je soussigné (nom, prénom).....demeurant (adresse du souscripteur)déclare renoncer au contrat d'assurance n° XXX auquel j'avais souscrit le (date de souscription) par l'intermédiaire de (nom et adresse de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat)
Date Signature du souscripteur.»

5.1.2. Résiliation annuelle

L'adhésion cesse en cas de résiliation à l'initiative du membre participant, si elle est signifiée par lettre recommandée au plus tard le 31 octobre de chaque année.

5.1.3. Résiliation exceptionnelle

Il peut être dérogé exceptionnellement au principe de résiliation annuelle si un membre participant apporte la preuve qu'un accord d'entreprise ou qu'une convention collective impose son affiliation à un autre organisme. Dans ce cas, la résiliation sera effective au premier jour du mois qui suit la demande écrite.

5.2. Résiliation à l'initiative de la Mutuelle

La mutuelle peut mettre fin à l'adhésion du membre participant en cas de non-paiement des cotisations selon la procédure prévue à l'article 15.2.

Sont radiés les membres participants qui ne remplissent plus les conditions auxquelles les statuts et le règlement mutualiste subordonnent leur admission.

En cas de fausse déclaration intentionnelle du membre participant, la SMIP procède à son exclusion immédiate et pourra exiger le remboursement des prestations indûment perçues.

Peuvent être exclus de la SMIP les membres participants dont l'attitude ou la conduite est susceptible de porter un préjudice moral à la mutuelle, et qui auraient causé aux intérêts de la SMIP un préjudice volontaire et dûment constaté.

La résiliation du contrat et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées.

Article 6 - Ouverture, modification et cessation des garanties

6.1. Date d'effet

Les garanties s'appliquent à partir de la date d'effet du bulletin d'adhésion, sous réserve de l'application des dispositions prévues à l'article 6.3. ci-après, ou de la notification de la modification des garanties apportées par l'Assemblée Générale de la SMIP.

Lorsque le membre participant retient une option, il s'oblige à choisir la même option pour l'ensemble des bénéficiaires qu'il a désignés sauf pour les garanties indemnités journalières maladie-accident et indemnités hospitalières.

Les soins de toute nature et notamment les traitements d'orthodontie et les prothèses dentaires, dont les dates de première proposition, de prescription ou d'exécution se situent avant la date d'effet du contrat, ne peuvent donner lieu à intervention.

Aucune prestation n'est due pour des prescriptions postérieures à la date de résiliation du contrat.

6.2. Modification des garanties

Les garanties peuvent également être modifiées à la demande du membre participant.

En cas de changement d'option :

- lorsque l'option demandée est d'un niveau supérieur à celle choisie précédemment, l'acceptation du changement, pour une durée minimum de deux ans, est soumise, pour le différentiel de prestation, à l'accomplissement d'éventuels délais de stage, et à l'application de plafonds de garantie. Dans ce cas, l'adhérent maintient son niveau de garantie antérieur jusqu'à expiration des délais de stage ou plafonds éventuels,
- la demande est prise en compte selon les règles définies à l'article 4,
- lorsque le niveau demandé est inférieur à celui choisi précédemment, il ne peut être pris en compte qu'à partir de la date de fin d'ouverture des droits de l'ancien niveau.

6.3. Délai de stage

Il est expressément prévu un délai de stage de trois mois pour le bénéfice des prestations.

Ce délai ne s'applique pas pour les membres participants :

- âgés de moins de 50 ans,
- pouvant justifier avoir été couverts par des garanties équivalentes dans les trois mois précédant leur adhésion à la SMIP. Le bulletin d'adhésion prend alors effet selon les règles définies à l'article 4.

6.4. Cessation des garanties

Les garanties cessent à la date d'effet de la suspension des garanties ou de la résiliation de l'adhésion.

Certaines garanties peuvent cesser au 65^{ème} anniversaire du membre participant ou au jour de la cessation de l'activité professionnelle, si celle-ci intervient avant l'âge de 65 ans.

L'adhésion cesse en tout état de cause ses effets pour tous les membres participants et ayants droit inscrits sur le bulletin d'adhésion :

- au décès du membre participant, si aucun ayant droit ne bénéficie des garanties,
- au changement de situation familiale,
- au changement de département,
- au changement de régime obligatoire,

Les conditions d'application, comme la date à retenir pour chacun des cas ci-dessus énumérés, sont fixées par décret.

- en cas d'adhésion dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire sur production d'un justificatif,
- pour les enfants : à l'échéance annuelle qui suit leur 20^{ème} anniversaire ou au plus leur 26^{ème} anniversaire lorsqu'ils font des études.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

Article 7 - Prescription

Toute action dérivant du bulletin d'adhésion se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la SMIP en a eu connaissance.

Article 8 - Subrogation

La SMIP est subrogée de plein droit au membre participant dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part de l'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

Article 9 - Secours exceptionnels

Il peut être attribué par la commission de l'action sociale et solidaire des secours exceptionnels aux membres participants et à leurs familles pour les besoins urgents, notamment en cas de maladie, blessure ou accident.

Ces secours exceptionnels sont pris sur un budget alimenté par une part des cotisations acquises à hauteur de un pour mille.

La décision d'acceptation ou de refus d'intervention est sans appel.

Article 10 – Informatique et Libertés

Selon la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la Mutuelle conformément à son objet. Les informations détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

Le membre participant ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la Mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la Mutuelle à l'adresse de son siège social.

Le membre participant peut s'opposer à ce que ses coordonnées soient communiquées à des entreprises extérieures dans un but de prospection commerciale, en adressant à la Mutuelle un courrier demandant qu'aucune information le concernant ne soit communiquée à des tiers.

Article 11 - Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles

Conformément au Code de la Mutualité, la mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM), située 61 rue Taïbout - 75436 PARIS CEDEX 9.

Article 12 - Loi et langue applicables au contrat

Le contrat est soumis à la loi française en vigueur. La langue utilisée est le français.

Article 13 - Réclamations

Pour toutes réclamations, vous pouvez adresser vos courriers à l'attention du Service Qualité, SMIP, 20 rue Thiers, 79077 NIORT CEDEX 9.

CHAPITRE 2 : Cotisations

Article 14 - Modulation de la cotisation

Les cotisations sont déterminées sur la base d'un forfait mensuel exprimé en euros, intégrant les frais de fractionnement et selon le mode d'acquisition.

Elles sont individuelles, selon les options retenues lors de l'adhésion, fonction de l'âge à l'adhésion et évoluent ultérieurement régulièrement en fonction de cet âge.

Pour toute adhésion à la mutuelle après 50 ans, même dans le cas d'une radiation d'une précédente mutuelle, la cotisation de la garantie est majorée de :

- 10% pour une adhésion après 50 ans ;
- 20% pour une adhésion après 55 ans ;
- 50% pour une adhésion après 60 ans ;
- 100% pour une adhésion après 70 ans

En cas de règlement semestriel ou annuel, une réduction de cotisation est appliquée.

Le taux est défini chaque année par le Conseil d'Administration.

Gratuité de la cotisation :

- pour les enfants à charge jusqu'à 20 ans, inscrit à la mutuelle sous le contrat du chef de famille, sans même qu'il soit à charge au sens de la Sécurité Sociale, la cotisation est gratuite à partir du 3^{ème}.
- pour les nouveau-nés (ou adoptés) pendant les 12 mois suivant leur naissance ou leur adoption, à condition qu'ils soient inscrits dans les 3 mois qui suivent l'événement et que celui-ci soit intervenu après la date d'effet du contrat.

Pour les enfants nés ou adoptés de moins de 3 mois, la cotisation due est décomptée de la manière suivante :

- naissance ou adoption entre le 1^{er} et le 15 du mois, 1^{er} du mois en cours ;
- naissance ou adoption entre le 16 et le 31 du mois, 1^{er} du mois suivant.

Elles ne peuvent varier qu'en fonction du régime de sécurité sociale d'affiliation ou du lieu de résidence, ou du nombre d'ayants droit ou de l'âge des membres participants.

Les cotisations sont revalorisées sur décision du Conseil d'Administration, par délégation de l'Assemblée Générale.

Elles intègrent le prélèvement lié à la Couverture Maladie Universelle.

Article 15 - Paiement des cotisations

15.1. Règlement des cotisations

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle payable d'avance soit annuellement, semestriellement, ou trimestriellement (par tout moyen à convenance : chèque bancaire, postal, prélèvement), soit mensuellement, obligatoirement par prélèvement automatique.

L'appel de cotisations est adressé annuellement.

Le règlement de la cotisation, en cas de mode de paiement autre que le prélèvement automatique, devra s'effectuer selon le fractionnement prévu sur l'appel.

15.2. Non paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance et indépendamment du droit pour la SMIP de poursuivre l'exécution de l'engagement en justice, la garantie sera suspendue 30 jours après la mise en demeure du membre participant.

En cas de paiement fractionné de la cotisation annuelle, et face au non paiement d'une des fractions de cotisations, la garantie sera suspendue jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La SMIP a le droit de résilier ses garanties 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours prévu ci-dessus.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai de 40 jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets à midi le lendemain du jour où ont été payés à la SMIP la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement de la

cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension, ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

CHAPITRE 3 : Garantie médico-chirurgicale

Article 16 - Risques garantis

La garantie « médico-chirurgicale » a pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au membre participant et éventuellement à sa famille, acte par acte, le remboursement des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués au titre des prestations en nature de l'assurance maladie obligatoire.

La mutuelle peut également rembourser les dépenses non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire et verser des indemnités forfaitaires.

Les prestations garanties sont définies en annexe au présent règlement.

Article 17 - Bénéficiaires des prestations

Les bénéficiaires des prestations sont définis par le bulletin d'adhésion.

Ils peuvent être constitués, selon les garanties souscrites et sous réserve de dérogations spécifiques :

- du membre participant ;
- du conjoint, concubin, partenaire lié au participant par un PACS, à charge ou non au sens de l'assurance maladie obligatoire qu'il exerce ou non une activité professionnelle. Par concubinage, on entend « l'union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple » ;
- des enfants à charge au sens de l'assurance maladie obligatoire et ceux apprentis, salariés ou étudiants au plus tard jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 20^{ème} anniversaire ;
- des enfants de plus de 20 ans et de moins de 26 ans, n'ayant pas de foyer propre et vivant en permanence au foyer du membre participant ;
- des ascendants à charge au sens de l'assurance maladie obligatoire.

Article 18 - Assiette des prestations

Les prestations sont décomptées sur la valeur du tarif de base du régime d'obligation selon la réglementation de l'assurance maladie obligatoire en vigueur ou sur des montants forfaitaires indiqués dans la garantie, déduction faite du remboursement du régime d'obligation s'il existe. Les niveaux des prestations optiques sont établis en fonction de la liste des produits et prestations remboursables (LPP) en vigueur.

La Mutuelle sera amenée à faire évoluer ses prestations au cours des années à venir pour tenir compte des dispositions réglementaires qui doivent être prises dans le cadre de l'application de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Si les remboursements du régime d'obligation sont modifiés en cours d'année, la SMIP se réserve le droit de conserver le remboursement complémentaire qui était le sien en valeur absolue avant la modification.

Seuls les frais correspondant à des actes dispensés pendant la période de garantie pourront être indemnisés. Les frais réels supérieurs au tarif du régime d'obligation devront être justifiés.

Sauf exclusions générales visées à l'article 23 ci-après ou particulières propres à chaque risque, la SMIP complète les remboursements de l'assurance maladie obligatoire selon le détail figurant sur les tableaux détaillés des garanties remis au moment de l'adhésion.

Cependant, la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire n'engage pas nécessairement la SMIP.

Sauf cas particulier, l'absence de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire entraîne l'absence de remboursement de la SMIP.

Les remboursements sont plafonnés selon le niveau choisi conformément aux tableaux détaillés des garanties remis au moment de l'adhésion et sous déduction, s'il y a lieu des prestations d'autres organismes.

Le cumul des divers remboursements obtenus par un membre participant ne peut excéder la dépense réelle.

Dans le cas où les soins ont été engagés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base des tarifs de responsabilité de l'assurance maladie obligatoire française, et qui figurent dans la nomenclature des actes.

Article 19 - Règlement des prestations

Le règlement des prestations qui ne sont pas servies directement aux professionnels de santé suivant les accords de tiers payant, s'effectue par virements bancaires ou postaux sur le compte du membre participant :

- soit sur présentation des pièces justificatives suivantes :
 - les décomptes originaux délivrés par l'assurance maladie obligatoire,
 - les originaux des factures acquittées établies par l'établissement hospitalier, par l'établissement thermal, par les praticiens,
 - les photocopies des notifications par l'assurance maladie obligatoire concernant le refus de la prise en charge des actes ainsi que la note d'honoraires codifiant les soins dispensés,
 - en cas d'assurance cumulative, le décompte de remboursement de l'autre organisme accompagné d'une copie du décompte de l'assurance maladie obligatoire.
 - soit en relation directe avec l'assurance maladie obligatoire par le biais de la télétransmission.
- Avant ou après le paiement des prestations, la mutuelle, afin d'éclairer sa décision, peut demander à qui de droit la production de toute nouvelle pièce justificative. Elle peut également avoir recours à une expertise médicale effectuée par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, dont les honoraires sont à sa charge, pour vérifier s'il y a abus ou fraude.
- Pour l'ensemble des soins, seule la date de l'ordonnance, de la prescription ou de l'exécution des actes est prise en considération pour déterminer l'ouverture des droits.

Toute demande de prestation pour être recevable, doit être présentée dans les 24 mois suivant la date de l'évènement à indemniser.
La Mutuelle conserve les documents transmis.

Article 20 - Tiers payant

Pour faciliter l'accès aux soins, la SMIP a signé directement ou par l'intermédiaire de groupements dont elle utilise les services, des conventions de tiers payant avec les établissements hospitaliers, ainsi qu'avec les professionnels de santé.

La SMIP assure ainsi directement, en fonction de la garantie souscrite, la prise en charge des frais engagés par le membre participant.

Si, après avoir payé le praticien ou l'établissement hospitalier, il s'avère que les droits d'un membre participant ne sont pas ouverts auprès de l'assurance maladie obligatoire, ce membre participant est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la Mutuelle pour son compte.

Une carte mutualiste est délivrée en deux exemplaires aux membres participants.

La SMIP se réserve le droit de récupérer toutes les sommes indûment versées, par tous moyens à sa convenance, ou en déduction des prestations à venir.

Article 21 - Assurances cumulatives

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit la date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Article 22 - Limite des remboursements

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 la charge du membre participant, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit.

Dans le cas où le cumul des prestations servies par la mutuelle ou un autre organisme donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations servies par la SMIP seraient réduites à due concurrence.

Le bénéficiaire recevant, de quelque organisme que ce soit, un remboursement pour les frais pris en charge par la mutuelle sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

Article 23 - Exclusions au titre de la garantie médico-chirurgicale

Afin de respecter le contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire de santé bénéficiant d'une aide, visé à l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale complété par les articles R.871-1 et R.871-2 du même Code, dits « contrats responsables », la mutuelle ne prendra pas en charge :

- Les participations forfaitaires prévues aux paragraphes 2 et 3 de l'article L.322-2 du Code de la sécurité sociale (franchises),

- La majoration de participation mise à la charge des assurés, prévue par :

- l'article L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale dans le cas où l'assuré n'a pas choisi de médecin traitant ou consulte un autre médecin sans prescription de son médecin traitant,

- l'article L.161-36-2 du Code de la sécurité sociale lorsque le patient n'a pas autorisé le professionnel de santé auquel il a eu recours à accéder à son dossier médical personnel et à le compléter,

- Les dépassements d'honoraires en dehors du parcours de soins.

Enfin, la mutuelle ne prendra pas en charge la majoration de participation mise à la charge des assurés selon les dispositions de l'article R.322-1 du Code de la sécurité sociale.

CHAPITRE 4 : Surcomplémentaire

Dispositions particulières qui complètent celles visées au chapitre 1

Article 24 - Surcomplémentaire

La souscription de la garantie surcomplémentaire est ouverte à tout souscripteur d'un contrat individuel ou collectif (hors produit sécurité) géré par la SMIP.

L'avenant au contrat prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit sa date de réception.

En cas d'adhésion simultanée au contrat santé, la date d'effet de l'adhésion de la surcomplémentaire est la date d'adhésion à la complémentaire santé.

Le membre participant s'oblige à choisir, pour l'ensemble des bénéficiaires qu'il a désignés sur son contrat santé de base, la même option de garantie surcomplémentaire.

L'acceptation de l'adhésion à la garantie surcomplémentaire pour une durée minimale de 2 ans est soumise, pour le différentiel de prestations, à l'accomplissement d'un délai de stage de 3 mois. Toutefois, ce délai ne s'applique pas si la souscription est simultanée à la mise en place d'un contrat collectif.

Les exclusions visées à l'article 23 ci-dessus s'appliquent également à la garantie surcomplémentaire.

CHAPITRE 5 : Garantie indemnités journalières Maladie-Accident

Article 25 - Objet des prestations

Les indemnités journalières ont pour objet d'indemniser l'arrêt de travail total et de compenser tout ou partie de la perte de rémunération en résultant.

Les prestations sont définies dans le bulletin d'adhésion. Elles ne prennent effet qu'après un délai de trois mois.

La garantie cesse avec le 65^{ème} anniversaire ou au jour de la cessation d'activité si cette dernière survient avant l'âge de 65 ans.

Article 26 - Base des cotisations

Les cotisations sont déterminées sur la base d'un forfait mensuel exprimé en euros. Elles sont individuelles et intègrent la taxe sur les conventions d'assurance.

Article 27- Exclusions

Ne donnent droit à aucun versement d'indemnités journalières :

- les maladies pour lesquelles il est médicalement prouvé qu'elles n'ont pu se développer à l'insu du bénéficiaire antérieurement à la prise d'effet de la garantie ;
- les maladies ou les accidents résultant de guerres civiles ou étrangères, mouvements populaires, émeutes, rixes ou de la participation du bénéficiaire, en tant que concurrent, à des courses, matches ou paris (sauf compétitions amicales entre amateurs) ;
- les absences liées à la grossesse, les congés maternité ;
- les cures climatiques et thermales ;
- les séjours à l'étranger.

Article 28 - Règlement des prestations

Le point de départ de la garantie est fixé au :

- 1^{er} jour pour les arrêts consécutifs à un accident,
- 16^{ème} jour d'arrêt continu dans les autres cas,
- le cas échéant le jour où le complément de salaire total versé par l'employeur cesse d'être alloué.

Le règlement des prestations s'effectue pour une durée maximum de 180 jours.

Après épuisement de ce crédit, une reprise totale d'activité minimum de 6 mois ouvrira droit à une nouvelle période d'indemnisation.

Doivent être fournis :

- l'avis d'arrêt de travail dans les 48h de la constatation médicale,
- un certificat médical (sous pli confidentiel) précisant la nature exacte de l'affection ayant entraîné cet arrêt et la date de la 1^{ère} constatation médicale de cette affection,
- les éventuelles prolongations d'arrêt de travail,
- un certificat médical de reprise,

Pour les salariés :

- le décompte original de l'assurance maladie obligatoire,
- les bulletins de salaire des 3 mois précédant l'arrêt de travail,
- l'attestation de l'employeur certifiant que le bénéficiaire ne perçoit aucun complément de salaire ou mentionnant le complément perçu.

CHAPITRE 6 : Garantie indemnités hospitalières

Article 29 - Définition des garanties

Les garanties « indemnités hospitalières » ont pour objet de permettre la perception d'indemnités journalières en cas d'hospitalisation.

Le bénéficiaire perçoit des indemnités hospitalières dont le montant est défini en annexe au bulletin d'adhésion, après un délai de stage de trois mois.

La garantie cesse avec le 65^{ème} anniversaire.

Article 30 - Base des cotisations

Les cotisations sont déterminées sur la base d'un forfait mensuel exprimé en euros. Elles sont individuelles et intègrent la taxe sur les conventions d'assurance.

Article 31 - Règlement des prestations

Pour donner lieu à l'indemnisation, l'hospitalisation doit être de 24 heures au moins.

Le calcul des prestations dues s'effectue en fonction du nombre de nuitées d'hospitalisation.

L'indemnité est versée pendant 90 jours avec prolongation de 90 jours, après accord du contrôle médical (plafond : 180 jours pour une même maladie).

Doivent être fournis au contrôle médical un certificat de séjour précisant les dates d'entrée et de sortie et un certificat médical (sous pli confidentiel) précisant la nature exacte de l'affection et la date de la première constatation médicale.

Ces indemnités viennent en supplément de toutes les autres sources de remboursement.

Article 32 - Exclusions

Ne donnent droit à aucun versement d'indemnités journalières au titre de l'hospitalisation :

- les maladies ou accidents dont la première constatation médicale est antérieure à l'adhésion ;
- les grossesses, maternités ;
- les maladies mentales ;
- les cures climatiques et thermales ;
- les maisons de convalescence et de repos ;
- les tentatives de suicide ou mutilation volontaire ;
- l'usage de stupéfiants ;
- la participation à des rixes, duels, manifestations populaires, crimes ;
- les guerres civiles ou étrangères ;
- les maladies, affections, blessures ou infirmités résultant d'un cataclysme, d'une désintégration ou mutation de noyaux d'atomes ou radioactivité ;
- les cures, traitements et opérations de rajeunissement et de chirurgie esthétique.