

**AVENANT N°7 RECAPITULATIF DE L'ACCORD DU 12 JUILLET 2006**  
**ET DE SES AVENANTS MODIFICATIFS INSTAURANT UN REGIME OBLIGATOIRE**  
**DE FRAIS MEDICAUX POUR LE PERSONNEL DE SOCIETE GENERALE**

Entre, d'une part,

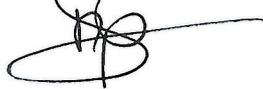
SOCIETE GENERALE représentée par Monsieur Edouard-Malo HENRY, Directeur des Ressources Humaines du Groupe,



Et, d'autre part, les Organisations Syndicales représentatives au niveau national,

C.F.D.T. représentée par

NATHALIE RUE



C.F.T.C. représentée par

Pascal Colin

C.G.T. représentée par

Philippe Fouainil



F.O. représentée par

P. BLANQUET - LEROY



S.N.B. représenté par

Jean Pierre CLAUZEL



Il a été convenu ce qui suit.

Fait à PARIS LA DEFENSE, le 23 novembre 2015

L'accord collectif du 12 juillet 2006, instaurant un régime obligatoire de frais médicaux pour le personnel de la Société Générale, a fait l'objet de modifications par le biais de six avenants successifs.

Il en est résulté une évolution de ce régime.

Afin de faciliter la lecture, les dispositions du présent avenant reprennent l'ensemble des dispositions de l'accord du 12 juillet 2006 en y intégrant les modifications apportées par les 6 avenants successifs, ainsi que les dispositions issues des présentes négociations.

## **ARTICLE 1 : OBJET DE L'AVENANT**

Les dispositions du présent avenant se substituent aux dispositions de l'accord du 12 juillet 2006 modifié par les avenants n°1 à 6.

Le présent avenant intègre les dispositions issues de la présente négociation.

A compter de l'entrée en vigueur du présent avenant, l'accord instituant un régime de couverture de frais médicaux à adhésion obligatoire est rédigé comme suit :

### **«PREAMBULE**

*Le présent accord institue un régime de couverture de frais médicaux à adhésion obligatoire pour l'ensemble des salariés actifs. La mise en place d'un régime à adhésion obligatoire offre par ailleurs à ces derniers la possibilité de bénéficier des avantages sociaux et fiscaux actuellement ouverts par la législation, en particulier la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites.*

*Cet accord intègre les dernières évolutions législatives et réglementaires définissant le caractère collectif et obligatoire de la complémentaire santé pour les salariés, le dispositif de portabilité et le respect du cadre du contrat solidaire et responsable.*

*La Mutuelle propose notamment, en complément, des actions de prévention, d'actions sociales, d'accompagnement des bénéficiaires et la mise en œuvre de services améliorant la qualité et l'équilibre du régime (tiers payant, réseau de soins, conventionnement,...). Les dispositifs feront l'objet d'une communication régulière.*

*En outre, soucieuse d'accroître la solidité financière du régime de frais de santé des retraités de SOCIETE GENERALE, la Direction de SOCIETE GENERALE a décidé de procéder au renforcement des fonds propres de la Mutuelle sous forme d'un versement exceptionnel et unique dédié au régime des retraités de Société Générale.*

*En conséquence, après que le Comité Central d'Entreprise a été informé et consulté le 5 juillet 2006, il a été conclu le présent accord de protection sociale dans le cadre des dispositions des articles L. 911-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale et L. 132-1 et suivants du Code du travail.*

## **TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES**

### **ARTICLE 1 : OBJET DE L'ACCORD**

**1.1** L'accord a pour objet de définir les conditions d'application du régime à adhésion obligatoire de frais de soins de santé des salariés de SOCIETE GENERALE ainsi que les caractéristiques techniques des Garanties.

*Il se substitue purement et simplement, à compter de son entrée en vigueur, à l'ensemble des régimes de même objet existant antérieurement dans l'Entreprise.*

JOC RB NP  
R 9 JBL

**1.2** Au titre du présent accord, les termes utilisés ont les significations suivantes :

- Assurée : SOCIETE GENERALE,
- Mutuelle : l'organisme assurant les Garanties (la Mutuelle du personnel du Groupe SOCIETE GENERALE),
- Bénéficiaire : le salarié couvert au titre du régime,
- Ayant-droit : personne qui bénéficie des Garanties (et donc des Prestations) non pas à titre personnel, mais du fait de ses liens avec le Bénéficiaire,
- Prestations : les sommes versées au Bénéficiaire au titre des Garanties,
- Sinistre : fait générateur de la Garantie,
- Garanties : Frais de soins de santé,
- Cotisations : primes versées à la Mutuelle,
- Contrat de prévoyance collective : contrat conclu par SOCIETE GENERALE auprès de la Mutuelle en vue d'assurer les Garanties.

La définition des autres termes techniques utiles est donnée par le Contrat de prévoyance collective.

**1.3** Les Garanties sont assurées par la Mutuelle mentionnée à l'article 10.1.

**1.4** L'existence d'un Contrat de prévoyance collective conforme aux dispositions du présent accord est une condition substantielle de l'engagement de l'Entreprise, à défaut de laquelle l'Entreprise n'aurait pas conclu l'accord.

## **ARTICLE 2 – CHAMP D'APPLICATION DE L'ACCORD**

Le présent accord est applicable aux salariés définis à l'article 4 ci-après, sans préjudice de l'application de la clause d'exclusion prévue à l'article 8.2.

## **ARTICLE 3 : ENTREE EN VIGUEUR – DUREE D'APPLICATION – REVISION - DENONCIATION**

**3.1** L'accord collectif entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2007, date à partir de laquelle le nouveau régime de frais médicaux s'applique, sous réserve de l'entrée en vigueur à la même date du Contrat de prévoyance collective et de l'adoption préalable par l'Assemblée Générale de la Mutuelle de l'ensemble des résolutions nécessaires à la mise en place de l'accord collectif.

Le nouveau régime concerne tous les Sinistres postérieurs au 31 décembre 2006, les sinistres antérieurs à cette date étant garantis dans le cadre et aux conditions du régime facultatif qui était alors en vigueur.

**3.2** Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

**3.3 Révision :**

Les parties signataires conviennent que la révision du présent accord ainsi que le droit d'opposition qu'il peut éventuellement faire naître sont régis par les dispositions du Code du travail.

**3.4 Dénonciation :**

Sans préjudice des dispositions des articles 8 et 12, le présent accord peut être dénoncé par l'une ou l'autre des parties signataires. La dénonciation, qui doit être notifiée à chacun des signataires par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard le 30 septembre de chaque exercice, prend effet le 31 décembre du dit exercice.

La dénonciation ne peut porter que sur l'ensemble de l'accord et de ses annexes, aucune dénonciation partielle ne pouvant être admise compte tenu que le présent accord forme un tout indissociable.

En cas de dénonciation du présent accord, SOCIETE GENERALE et les Organisations Syndicales représentatives au niveau national se réuniront sans délai aux fins d'envisager les suites à donner à cette dénonciation.

R  
 JPC  
 Pz 7  
 NP  
 BBZ

## TITRE II : DISPOSITIONS SOCIALES

### ARTICLE 4 : BENEFICIAIRES DU REGIME A ADHESION OBLIGATOIRE

Sont bénéficiaires du régime :

- l'ensemble des salariés des établissements français de SOCIETE GENERALE, qu'ils bénéficient d'un CDI ou d'un CDD (y compris les contrats en alternance et les contrats de professionnalisation), à l'exception des impatriés, des auxiliaires de vacances et des stagiaires. L'adhésion obligatoire est maintenue pendant toute la durée des périodes de suspensions de contrat et ce, quels que soient la nature et la durée de la période de suspension du contrat de travail. Les mandataires sociaux sont assimilés aux salariés pour l'application du présent accord,
- les enfants légitimes, naturels, reconnus ou non, adoptifs ou recueillis, du salarié défini ci-dessus, de son conjoint, de son Partenaire lié par PACS, ou de son concubin notoire, ou encore s'ils sont effectivement à charge au sens de la Sécurité Sociale du membre participant, et s'ils remplissent l'une des conditions suivantes :
  - ✓ être âgé de moins de 20 ans. L'inscription prendra fin le dernier jour du mois au cours duquel l'enfant aura atteint son 20<sup>ème</sup> anniversaire,
  - ✓ être atteint, quel que soit son âge, d'une infirmité permanente l'empêchant de se livrer à une quelconque activité rémunératrice autre que celle réalisée dans un atelier protégé, ayant entraîné, à ce titre, le bénéfice jusqu'à l'âge de 21 ans des avantages de la Sécurité Sociale en qualité d'Ayant droit du participant.
- tout salarié acceptant un départ volontaire dans le cadre d'un plan de départ volontaire, avec rupture du contrat de travail, aura la faculté de garder le bénéfice de la couverture du régime obligatoire complémentaire santé organisé avec la Mutuelle Société Générale. L'adhésion du salarié, devenu ex-salarié, ne sera effective que sous la condition de remise à l'Adhérent de son bulletin individuel d'adhésion à la Mutuelle complet. La durée de son maintien est fixée à 9 mois à compter de la date de cessation de son contrat de travail. Les cotisations sont exclusivement à la charge du salarié,
- les anciens salariés dont la rupture du contrat de travail (hors licenciement pour faute lourde) ouvre droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage peuvent bénéficier, conformément aux dispositions de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, à la portabilité des garanties Frais de Soins de Santé, sous réserve de renvoyer le Formulaire de réponse sur le maintien des garanties complémentaires MUTUELLE SG, dans les trente jours à compter de la cessation du contrat de travail.

Les salariés à temps partiel bénéficient des mêmes Garanties que les salariés à temps plein.

Un salarié ne peut pas se soustraire au présent accord et/ou à l'application du Contrat de prévoyance collective.

Sans préjudice du caractère obligatoire du régime institué, les CDD de 6 mois ou moins ont la possibilité de ne pas adhérer au régime.

### ARTICLE 5 : FINANCEMENT DES GARANTIES

- Le financement des Garanties est réalisé par le versement des Cotisations dont le taux est défini en annexe 1. Les Cotisations sont pour partie à la charge de l'Entreprise et pour partie à la charge du salarié, selon les règles de répartition définies à l'annexe 1.

L'Entreprise procède au précompte de la quote-part de la Cotisation à la charge du salarié.

Du fait de leur régime spécifique de Sécurité Sociale, les cotisations des salariés d'Alsace/Moselle seront minorées de 10 % par rapport aux cotisations des autres salariés, cette minoration ne s'appliquera que sur la part salariale de la cotisation.

RP  
 NP  
 JPC  
 9  
 RP  
 JPB

- L'équilibre technique du régime peut justifier de réguliers ajustements des Cotisations et/ou des Garanties.

Lorsque ces ajustements sont effectivement justifiés par le nécessaire rééquilibrage technique du régime, il est convenu entre les parties signataires qu'ils ne constituent pas une modification des dispositions du présent accord dès lors que :

- l'augmentation du taux global de Cotisation n'excède pas 10 % par année civile,
- en cas d'évolution des Garanties n'excédant pas 10 % de la valeur des Prestations jusqu'alors applicable sur l'exercice précédent,
- les ajustements valent uniquement pour l'avenir,
- le Comité central d'entreprise a été informé préalablement à l'entrée en application des ajustements.

#### **ARTICLE 6 : CONTROLE DU REGIME A ADHESION OBLIGATOIRE - CONSEIL PARITAIRE DE SURVEILLANCE**

- Le régime devra être géré à l'équilibre.

Chaque année, avant la fin du 1<sup>er</sup> trimestre, les comptes techniques du régime ainsi qu'un rapport de gestion établis par la Mutuelle seront communiqués au Comité central d'entreprise et un Conseil Paritaire de Surveillance sera convoqué.

- Le Conseil est composé de la façon suivante :

- un membre titulaire et un membre suppléant seront désignés par chacune des Organisations Syndicales représentatives au niveau national parmi les salariés de SOCIETE GENERALE,
- la Direction de SOCIETE GENERALE désignera un nombre de membres identique à celui des membres désignés par les Organisations Syndicales,
- le Conseil sera présidé par le Directeur des Ressources Humaines du Groupe SOCIETE GENERALE ou par celui de ses collaborateurs qu'il désignera.

Il aura essentiellement pour missions :

- d'étudier l'évolution et la gestion du régime. A cet effet, le Conseil Paritaire de Surveillance devra surveiller la situation financière des comptes de résultats du régime,
  - de proposer toute idée ou suggestion qui paraîtrait nécessaire au maintien de l'équilibre du régime ou permettant d'en améliorer le fonctionnement,
  - d'examiner toute modification de l'accord collectif et de ses annexes.
- Les évolutions ou modifications prévues à l'article 5 donneront lieu à une information préalable du Conseil Paritaire de Surveillance.

#### **ARTICLE 7 : INFORMATIONS DES SALARIES**

Une notice établie par la Mutuelle exposant les Garanties et les conditions de service des Prestations est disponible sur le site internet RH Online ainsi que sur le site de Mutuelle SG. Cette notice est actualisée autant que nécessaire.

#### **ARTICLE 8 : SORT DE LA QUOTE-PART DU BUDGET DU COMITE CENTRAL D'ENTREPRISE QUI ETAIT AFFECTEE AU FINANCEMENT DE LA MUTUELLE**

- 8.1 Le présent accord impacte le périmètre des activités sociales et culturelles de SOCIETE GENERALE. De ce fait, les parties acceptent de conditionner son application au renoncement, par le Comité central d'entreprise, à revendiquer le versement par SOCIETE GENERALE de la quote-part de son budget dédié aux activités sociales et culturelles qui était antérieurement affectée au financement du régime facultatif de frais de santé (subvention versée à la Mutuelle du Personnel du Groupe SOCIETE GENERALE). Il est entendu que cette renonciation engage le Comité central d'entreprise en sa qualité de personne morale.

PF  
NP  
P2 JPC  
9  
JCB

~~SOCIETE GENERALE fait de cette renonciation du Comité central d'entreprise une condition essentielle et déterminante de l'engagement qu'elle prend à l'égard de ses salariés dans le cadre du présent accord collectif. Dès lors que cette renonciation serait remise en cause par le Comité central d'entreprise, l'engagement de SOCIETE GENERALE serait dépourvu de cause et la caducité du présent accord collectif serait immédiatement et automatiquement constatée pour prendre effet à la date d'échéance du Contrat de prévoyance collective.~~

Dans cette hypothèse, SOCIETE GENERALE procéderait de nouveau au versement de la quote-part du budget des activités sociales et culturelles antérieurement dédiée au financement de la mutuelle, pour son montant constaté au 31 décembre 2006, mais cesserait alors automatiquement toute participation au financement du régime obligatoire mis en place par le présent accord, dont elle serait totalement déchargée.

- 8.2** Dans l'hypothèse où un Comité d'établissement solliciterait le versement à son profit de la quote-part (au prorata) du budget dédié aux activités sociales et culturelles qui était antérieurement affectée au financement du régime facultatif de frais de santé, l'engagement de SOCIETE GENERALE se trouverait dépourvu de cause à l'égard des salariés de cet établissement et la caducité du présent accord collectif serait immédiatement constatée à l'égard de celui-ci, qui se trouverait automatiquement exclu du champ d'application du présent accord au dernier jour de l'année civile au cours de laquelle la demande de versement aurait été formulée.

Il est par ailleurs expressément convenu entre les parties signataires qu'au regard des objectifs qui ont présidé à la conclusion du présent accord, l'exclusion de plus de 10 % de l'effectif inscrit de SOCIETE GENERALE au titre du paragraphe qui précède, entraînera automatiquement et de plein droit la caducité du présent accord dans son intégralité.

### **TITRE III : DISPOSITIONS TECHNIQUES**

Les dispositions techniques sont celles relatives aux risques garantis et aux Prestations versées en contrepartie de la réalisation des risques couverts au titre du présent accord.

L'engagement de l'employeur au titre des dispositions techniques figure expressément au Contrat de prévoyance collective conclu auprès de la Mutuelle, tel qu'annexé au présent accord.

#### **ARTICLE 9 : DEFINITION TECHNIQUE**

Les Garanties sont définies par le Contrat de prévoyance collective. Il est précisé que le Contrat de prévoyance collective devra respecter le dispositif dit de "contrat responsable" institué par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, modifiée par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 du 23 décembre 2013 et par le décret du 18 novembre 2014.

#### **ARTICLE 10 : CONTRAT DE PRÉVOYANCE COLLECTIVE**

- 10.1** La couverture du présent régime est assurée par la souscription par SOCIETE GENERALE d'un Contrat de prévoyance collective auprès de la Mutuelle du personnel du Groupe Société Générale, mutuelle relevant du Livre II du Code de la mutualité.

Conformément à l'article L. 912-2 du Code de la sécurité sociale, la Direction et les Organisations Syndicales représentatives au niveau national se réuniront tous les cinq ans afin de réexaminer le choix de l'organisme désigné pour assurer les Garanties offertes dans le cadre du présent régime. Cette réunion se tiendra au moins 6 mois avant l'expiration de chaque période quinquennale.

- 10.2** Le Contrat de prévoyance collective, annexé au présent accord dont il fait partie intégrante, définit les conditions dans lesquelles sont versées les Prestations correspondant à chacune des Garanties.

Les dispositions de ce Contrat de prévoyance collective s'imposent à chaque salarié bénéficiaire, de même que s'imposeront les dispositions de tout Contrat de prévoyance collective se substituant au premier dès lors que le niveau des Garanties et le coût des Cotisations ne seront pas modifiés.

R  
S  
JOC  
NP  
DBL

**TITRE IV : REGIME DES RETRAITES DE LA SOCIETE GENERALE**

**ARTICLE 11 : VERSEMENT EXCEPTIONNEL ET UNIQUE AU PROFIT DES RETRAITES DE SOCIETE GENERALE**

Soucieuse d'accroître la solidité financière du régime de frais de santé des retraités de SOCIETE GENERALE, mais souhaitant néanmoins être définitivement déliée de tout engagement financier à leur égard, SOCIETE GENERALE s'est engagée à faire à la Mutuelle du Groupe SOCIETE GENERALE, organisme indépendant proposant un régime de Frais de santé propre aux retraités de SOCIETE GENERALE, un versement exceptionnel, global et forfaitaire d'un montant de 170 Millions d'Euros exclusivement dédié au financement du régime des retraités.

On entend par retraités de SOCIETE GENERALE bénéficiant de ce versement exceptionnel, les anciens salariés retraités qui, lors de leur cessation de fonction, entrent directement dans le cadre des régimes de préretraites ou de retraites en vigueur à SOCIETE GENERALE.

Le versement effectif de cette somme était subordonné à l'adoption par l'Assemblée Générale de la Mutuelle du Groupe Société Générale de l'ensemble des résolutions aux termes desquelles la Mutuelle :

- modifiait ses statuts afin de prévoir la possibilité de proposer la conclusion de contrats de prévoyance collective,
- procédait à une augmentation de la cotisation fixe actuellement payée par les membres participants retraités de 30 %, effective au 1<sup>er</sup> janvier 2007, pour porter cette cotisation à un niveau adapté aux caractères spécifiques d'un régime de Frais de santé dédiés aux retraités,
- s'engageait à utiliser le versement unique et exceptionnel effectué par SOCIETE GENERALE selon des règles prudentes qu'il lui appartenait de définir, de façon à ce que les retraités de SOCIETE GENERALE, actuels et futurs, puissent en bénéficier sur très long terme.

Ce versement exceptionnel est intervenu dès lors que les conditions ci-dessus ont été remplies, le 2 janvier 2007.

Il est expressément convenu que SOCIETE GENERALE ne saurait être tenue de contribuer, sous quelque forme que ce soit, au financement du régime facultatif de remboursement de frais de santé des retraités au delà du versement exceptionnel précité, ni de financer quelque garantie que ce soit. Il est donc entendu que ce versement exceptionnel a clôturé de manière définitive toute participation financière de SOCIETE GENERALE à un régime de Frais de santé des retraités.

Par ailleurs, ce versement exceptionnel ne saurait être pris en compte pour la détermination du budget des activités sociales et culturelles de SOCIETE GENERALE.

**TITRE V : DISPOSITIONS FINALES**

**ARTICLE 12 : CADUCITE DE L'ACCORD**

Outre la situation visée à l'article 8, la caducité du présent accord serait également constatée dans les cas suivants :

- Dans l'hypothèse où le Contrat de prévoyance collective serait résilié à l'initiative de la Mutuelle, notamment du fait d'une dégradation des résultats techniques ou d'une proposition d'augmentation des Cotisations ou de dégradation des Garanties non acceptée par l'Entreprise, et où aucun nouveau Contrat de prévoyance collective ne serait conclu aux conditions du présent accord, celui-ci serait automatiquement caduc, la condition essentielle de l'engagement de l'Entreprise ayant disparu.

JP  
 JPK NP  
 R 9 JBL

- *De même, dans l'hypothèse où l'évolution et/ou l'interprétation des normes comptables applicables au Groupe SOCIETE GENERALE imposeraient la nécessité, attestée par les Commissaires aux Comptes de l'entreprise, de constater au bilan consolidé du Groupe SG des engagements au titre de la gestion par la Mutuelle du présent régime, le présent accord deviendrait caduc automatiquement.*

*La caducité du présent accord résultant de la survenance de l'un des événements mentionnés à l'article 8 ou au présent article prendrait effet à la date d'échéance du Contrat de prévoyance collective. Les parties s'engagent toutefois à ouvrir une négociation dès la survenance de l'événement pour répondre à la situation nouvelle ainsi créée.*

### **ARTICLE 13 : ANNEXES**

Le présent accord comporte les annexes suivantes :

- *Annexe 1 : Cotisations,*
- *Annexe 2 : Contrat de prévoyance collective des actifs. La substitution d'un nouveau Contrat de prévoyance collective au contrat initial entraîne une substitution immédiate de cette annexe.»*

### **ARTICLE 2 : EXAMEN DES NOUVELLES DISPOSITIONS**

Les parties s'engagent à se réunir dans un délai compris entre 6 et 12 mois après la signature du présent avenant afin d'examiner les nouvelles dispositions légales et de définir les nouvelles modalités d'application de l'accord, le cas échéant.

### **ARTICLE 3 : PUBLICITE**

La Direction de SOCIETE GENERALE notifiera, sans délai, par courrier recommandé avec Accusé de Réception (ou par remise en main propre contre décharge), le présent avenant à l'ensemble des Organisations Syndicales représentatives au niveau national dans l'Entreprise.

A l'expiration du délai d'opposition, le présent avenant sera déposé par la Direction de SOCIETE GENERALE à la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi de Nanterre, en deux exemplaires dont un exemplaire « papier » original signé par les parties et un exemplaire enregistré sur support électronique.

Un exemplaire sera également déposé auprès du secrétariat-greffe du Conseil de Prud'hommes de NANTERRE.

JPC 9 NP  
R PS JBL

## **ANNEXE 1 – COTISATIONS**

### **1.1 Cotisation mensuelle au 1<sup>er</sup> janvier 2016 :**

Le taux contractuel, appelé à 100%, est fixé à 2,10% de la rémunération fixe brute du salarié, plafonnée à 2 Plafond Mensuel de Sécurité Sociale (PMSS).

Le financement des cotisations à la Mutuelle est assuré à concurrence de :

- 50 % par l'employeur,
- 50 % par le salarié.

On entend par rémunération fixe brute mensuelle, le 1/12<sup>ème</sup> du salaire annuel conventionnel théorique de base (au sens de l'Article 39 de la convention collective de la banque), soit le 1/12<sup>ème</sup> de la Rémunération Annuelle Garantie Brute (RAGB) théorique pour les salariés de la Classification et le 1/12<sup>ème</sup> du Forfait Annuel (FORA) brut théorique pour les Hors-Classes. Pour les contrats en alternance, il s'agit du 1/12<sup>ème</sup> de leur rémunération contractuelle annuelle brute.

Ainsi, tout salarié cotise sur sa rémunération fixe théorique brute, sans prorata lié à sa situation individuelle (temps partiel, absence sans solde ou à demi-solde, maladie).

### **1.2 Révision de la Cotisation**

En cas de modification, lorsque le taux de cotisation appelé évolue de plus ou moins 10 % dans la limite du taux contractuel, la Direction pourra convenir avec la Mutuelle de la modification à apporter, conformément aux dispositions de l'Article 5 de l'Accord collectif du 12 juillet 2006.

Si le taux de cotisation demandé par la Mutuelle dépasse le taux contractuel, la Direction se rapprochera des organisations syndicales pour ouvrir une négociation.

JRC  
P2  
NP  
JBL

## ANNEXE 2 – CONTRAT DE PREVOYANCE COLLECTIVE

### AVENANT N°7 AU CONTRAT DE PREVOYANCE COLLECTIVE A ADHESION OBLIGATOIRE

#### **- Garanties Frais de Soins de Santé -**

Entre, d'une part,

La MUTUELLE DU PERSONNEL DU GROUPE SOCIETE GENERALE, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, Immatriculée au RNM sous le n° 784 410 805, Dont le siège social est situé 29, boulevard Haussmann – 75009 PARIS,  
Représentée par son Président, Monsieur Jean-Charles ECHARD, dûment habilité à cet effet,

Dénommée ci-après la Mutuelle,

Et, d'autre part,

SOCIETE GENERALE, Société anonyme dont le siège social est situé 29 boulevard Haussmann - 75009 PARIS, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le n° 552 120 222,  
Représentée par Monsieur Edouard-Malo HENRY en sa qualité de Directeur des Ressources Humaines du Groupe,

Dénommée ci-après l'Adhérent,

Il a été convenu des dispositions du présent avenant :

RP 7  
JEC NP  
Rz JPC

## ARTICLE 1 : OBJET

Le présent avenant a pour objet de reprendre les dispositions du contrat de prévoyance collective à adhésion obligatoire signé conformément à l'accord collectif du 12 juillet 2006, en y intégrant les modifications apportées par les avenants n°1 à 6, ainsi que les dispositions issues de la présente négociation.

A compter de l'entrée en vigueur du présent avenant, le contrat de prévoyance collective à adhésion obligatoire est rédigé comme suit :

### PREMIERE PARTIE : DISPOSITIONS GENERALES

#### ARTICLE 1 - OBJET

Le présent contrat a pour objet de déterminer les conditions dans lesquelles la Mutuelle garantit les Membres Participants de l'Adhérent, conformément à l'accord collectif d'entreprise conclu le 12 juillet 2006 par l'Adhérent, et à ses avenants modificatifs et récapitulatifs signés postérieurement, instituant un régime obligatoire de couverture complémentaire de frais de soins de santé.

Le présent contrat est régi par les dispositions des articles L. 221-2-III-2 du Code de la Mutualité.

#### ARTICLE 2 - DEFINITIONS

**Adhérent** : l'entreprise souscripteur du présent contrat.

**Bénéficiaire** : la personne qui recevra la prestation due par la Mutuelle en cas de réalisation d'un risque garanti au présent contrat.

**Concubinage** : le concubin notoire et permanent doit apporter la preuve d'une vie commune d'au moins 2 ans à la date d'adhésion.

**Enfant garanti** : est considéré comme enfant garanti au titre du présent contrat : l'enfant légitime, naturel reconnu ou non, adoptif ou recueilli du membre participant, de son conjoint, de son Partenaire lié par PACS, ou de son concubin notoire, ou encore s'il est effectivement à charge au sens de l'Assurance Maladie Obligatoire du membre participant, et s'il remplit l'une des conditions suivantes :

- être âgé de moins de 20 ans. L'inscription prendra fin le dernier jour du mois au cours duquel l'enfant aura atteint son 20<sup>ème</sup> anniversaire,
- quel que soit son âge et être atteint d'une infirmité permanente l'empêchant de se livrer à une quelconque activité rémunératrice autre que celle réalisée dans un atelier protégé, ayant entraîné, à ce titre, le bénéfice jusqu'à l'âge de 21 ans des avantages de l'Assurance Maladie Obligatoire en qualité d'ayant droit du participant.

**Garantie** : engagement de l'assureur de verser une prestation si le Membre Participant ou, le cas échéant, ses Enfants garantis sont victimes d'un sinistre.

**Membres Participants** : salariés de l'ensemble des établissements français de SOCIETE GENERALE relevant du champ d'application défini aux articles 2 et 4 de l'accord collectif d'entreprise, qu'ils bénéficient d'un CDI ou d'un CDD (y compris les contrats en alternance, les contrats de professionnalisation), à l'exception des impatriés, des auxiliaires de vacances et des stagiaires.

**Plafond mensuel de la Sécurité Sociale** : plafond servant de base à la Sécurité Sociale pour le calcul de ses cotisations et de ses prestations.

PF JRC AP  
 7 RZ BBL

**Risque** : événement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté du Membre Participant ou du Bénéficiaire.

**Sinistre** : réalisation du risque.

**Assurance Maladie Obligatoire (AMO)** : Régimes obligatoires couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

**Taux de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire** : Taux appliqué par l'Assurance Maladie Obligatoire sur la base de remboursement pour déterminer le montant de son remboursement.

**Base de remboursement (BR)** : Tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Les montants correspondants aux différents actes sont disponibles sur le site [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr).

**Ticket modérateur** : Il est égal à la différence entre le montant de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et le montant remboursé par celle-ci (avant application de la participation forfaitaire). Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou selon que l'assuré est atteint ou non d'une affection de longue durée.

### ARTICLE 3 - PRISE D'EFFET - DUREE - RENOUELEMENT

**3.1** Le présent contrat prend effet au 1er janvier 2016 pour une période se terminant le 31 décembre 2016.

**3.2** Il se renouvelle ensuite annuellement, par tacite reconduction, chaque 1<sup>er</sup> janvier, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties effectuée par lettre recommandée avec avis de réception adressée au siège social de la Mutuelle ou de l'Adhérent moyennant le respect d'un préavis de deux mois. Pour être valide, la notification de la dénonciation doit donc être envoyée au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, le cachet de la poste faisant foi, pour ne prendre effet qu'au 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice suivant.

**3.3** Le maintien des droits, pour les salariés acceptant un départ volontaire dans le cadre d'un plan de départ volontaire, prend effet au lendemain de la cessation du contrat de travail, sous les conditions cumulatives suivantes :

- l'ancien salarié a envoyé à l'Adhérent le bulletin individuel d'adhésion,
- l'ancien salarié a payé ses cotisations. Le paiement des cotisations s'effectue en une seule fois par prélèvement sur son compte bancaire. A cette fin, l'ancien salarié doit remettre à l'Adhérent une autorisation de prélèvement et un relevé d'identité bancaire dans les soixante jours suivant la date de cessation du contrat de travail. A défaut le maintien des garanties ne peut être assuré en l'absence de paiement des cotisations.

Les bénéficiaires gardent leurs garanties pendant une durée maximale de 9 mois.

Le maintien des garanties cesse :

- à la date de la reprise d'une activité professionnelle par le bénéficiaire,
- à la date d'effet de la retraite Sécurité sociale du bénéficiaire,
- à l'issue de la durée du maintien à laquelle le bénéficiaire a droit, et ce dans la limite de 9 mois,
- à la date de résiliation du contrat de l'Adhérent.

Dans les trois premiers cas, l'ancien salarié doit en informer SOCIETE GENERALE pour être remboursé d'une partie des cotisations, sachant que tout mois commencé est dû.

**3.4** Les anciens salariés dont la rupture du contrat de travail (hors faute lourde) ouvre droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage peuvent bénéficier, dans les conditions prévues à l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, à la portabilité des garanties Frais de Soins de Santé, sous réserve de renvoyer le Formulaire de réponse sur le maintien des garanties complémentaires MUTUELLE SG, dans les trente jours à compter de la cessation du contrat de travail.

JPC *W* NP  
 7 RZ *DBL*

## **ARTICLE 4 - OBLIGATIONS RECIPROQUES DE L'ADHERENT ET DE LA MUTUELLE**

### **4.1 L'Adhérent s'engage à :**

- 4.1.1 Déclarer à la Mutuelle tout salarié remplissant les conditions d'affiliation.
- 4.1.2 Déclarer à la Mutuelle tout salarié dont le contrat de travail est rompu au cours de l'exécution du présent contrat, en précisant la date de son départ. Cette déclaration doit être effectuée dans les 15 jours suivant la rupture effective du contrat de travail.
- 4.1.3 Payer à la Mutuelle les cotisations dues aux échéances.
- 4.1.4 Mettre à disposition de chaque Membre Participant sur le site RH Online et sur le site Mutuelle SG une notice d'information rédigée et fournie par la Mutuelle, ainsi qu'à porter à la connaissance de chacun d'eux les modifications des garanties du présent contrat en leur mettant à disposition copie de toute nouvelle notice rédigée par la Mutuelle.
- 4.1.5 Dans le cadre du maintien des droits pour les salariés ayant accepté un départ volontaire dans le cadre d'un plan de départ volontaire, l'Adhérent s'engage au reversement des cotisations sous forme d'une prime correspondant à la durée maximale de maintien des garanties à laquelle l'ancien salarié peut prétendre.

L'Adhérent est tenu de remettre, sans délai, à la Mutuelle, les dates de début et de fin de la période de maintien.

### **4.2 La Mutuelle s'engage à :**

- 4.2.1 Verser les prestations aux Bénéficiaires, dans les 30 jours qui suivent la réception par la MUTUELLE des éléments nécessaires au traitement du dossier.
- 4.2.2 Adresser par voie postale ou électronique aux Bénéficiaires un relevé mensuel des remboursements effectués.
- 4.2.3 Gérer le régime à l'équilibre, selon les règles prudentes du Code de la Mutualité.
- 4.2.4 Communiquer chaque année à l'ADHERENT, avant le 30 avril, l'ensemble des comptes de résultat du régime accompagnés d'un commentaire analytique ainsi que les prévisions d'évolution pour les 5 années à venir.
- 4.2.5 Permettre l'accès des données, non nominatives, de la Mutuelle, à un actuair indépendant, pour toutes les évaluations nécessaires à la bonne gestion du régime.
- 4.2.6 Respecter les termes de la loi n°2004-810 relative à l'assurance maladie (dispositif dit de « contrat responsable ») modifiée par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 du 23 décembre 2013 et par le décret du 18 novembre 2014.
- 4.2.7 Proposer en complément, des actions de prévention, d'actions sociales, d'accompagnement des bénéficiaires et la mise en œuvre de services améliorant la qualité et l'équilibre du régime (tiers payant, réseau de soins, conventionnement, ...). Ces dispositifs feront l'objet d'une communication régulière.

JPC

AF  
9 A2

NP

2132

## **ARTICLE 5 - AFFILIATION DES MEMBRES PARTICIPANTS**

### **5.1 Conditions et date d'effet de l'affiliation**

**5.1.1** Le présent contrat entraîne l'affiliation, à titre obligatoire, de tous les Membres Participants définis à l'Article 2 du présent contrat.

**5.1.2** La qualité de Membre Participant lui est acquise sous réserve du respect des conditions relatives à l'affiliation visées à l'article ci-dessus :

- à la date de prise d'effet du contrat lorsqu'il figure à cette date dans les effectifs de l'Adhérent,
- à la date à laquelle il intègre les effectifs de l'Adhérent, si cette date est postérieure à la date d'effet du contrat.

**5.1.3** Le Membre Participant peut faire adhérer un Enfant garanti, défini à l'Article 2, sous réserve d'en faire la demande auprès de la Mutuelle.

### **5.2 Maintien de l'affiliation**

L'affiliation au présent contrat et, par conséquent, les garanties, sont maintenues au Membre Participant tant qu'il reste lié à l'Adhérent par un contrat de travail et satisfait aux conditions d'affiliation mentionnées à l'article 5.1.1, moyennant le paiement des cotisations.

### **5.3 Cessation des droits des Membres Participants**

#### **5.3.1 Cas de cessation des droits :**

L'affiliation du Membre Participant est résiliée de plein droit :

- soit à la date de résiliation du présent contrat,
- soit en cas de rupture de son contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, le dernier jour du mois au cours duquel intervient la rupture du contrat de travail.

#### **5.3.2 Maintien des garanties à titre individuel**

Peuvent continuer à bénéficier de garanties de Frais de Soins de Santé, moyennant le paiement de cotisations spécifiques :

- Au titre d'une adhésion facultative individuelle souscrite directement auprès de la Mutuelle et régie par les statuts et les règlements de la Mutuelle :
  - ✓ les anciens salariés retraités qui, lors de leur cessation de fonction, entrent directement dans le cadre des régimes de préretraites ou de retraites en vigueur chez l'Adhérent, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail les liant à l'Adhérent,
  - ✓ les anciens salariés demandeurs d'emploi, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail les liant à l'Adhérent ou, le cas échéant, pour ceux qui peuvent prétendre à titre temporaire au maintien des garanties Frais de santé, dans les six mois suivant l'expiration de la période de portabilité,
  - ✓ les anciens salariés, qui lors de leur départ de l'Adhérent, sont âgés de 50 ans et plus et justifient d'une ancienneté dans le Groupe SOCIETE GENERALE de 25 ans et plus, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail les liant à l'Adhérent,
  - ✓ en cas de résiliation ou de non-renouvellement du présent contrat, l'ensemble des Membres Participants, sous réserve d'en faire la demande à la Mutuelle dans les six mois suivant la date d'effet de la résiliation ou du non-renouvellement,
  - ✓ les salariés relevant des Comités d'Établissement ayant demandé leur part de subvention, sous réserve d'en faire la demande à la Mutuelle dans les six mois suivant la date d'effet de versement de la quote-part de subvention,
  - ✓ les enfants des Membres participants à compter de leur 20<sup>ème</sup> anniversaire, sous réserve d'en faire la demande à la Mutuelle dans les six mois suivant la date de leur 20<sup>ème</sup> anniversaire.

AF      AP  
 JPC      JBL  
 9

## **ARTICLE 6 - COTISATIONS**

### **6.1 Assiette et Montant des cotisations**

**6.1.1** Le montant de la cotisation mensuelle par Membre Participant est fixé à 2,10% de la rémunération fixe brute du salarié, plafonnée à 2 PMSS (Plafond Mensuel de Sécurité Sociale).

Du fait de leur régime spécifique d'Assurance Maladie Obligatoire, les cotisations des salariés d'Alsace/Moselle seront minorées de 10 % par rapport aux cotisations des autres salariés, cette minoration ne s'appliquera que sur la part salariale de la cotisation.

**6.1.2** Pour les Membres Participants dont l'affiliation cesse en cours d'année, le montant des cotisations est calculé jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel intervient la cessation de l'affiliation.

### **6.2 Paiement des cotisations**

Le financement du régime est assuré conjointement par les Membres Participants et l'ADHERENT sauf en cas d'adhésion à titre facultatif.

**6.2.1** Les cotisations sont recouvrées mensuellement à terme échu. Elles sont payables dans les cinq jours qui suivent l'échéance.

**6.2.2** La répartition des cotisations entre l'Adhérent et les Membres Participants est fixée par accord interne à l'entreprise. Toutefois, l'Adhérent est seul responsable du paiement des cotisations vis-à-vis de la Mutuelle. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à la Mutuelle, aux différentes échéances prévues.

### **6.3 Révision des cotisations ou du niveau des garanties**

**6.3.1** Les taux de cotisations et le niveau des garanties sont réexaminés par la Mutuelle en fin d'année, et peuvent être modifiés en fonction des résultats du Contrat et/ou de la législation en vigueur.

Le changement de taux de cotisation et/ou du niveau des garanties doit être notifié à l'Adhérent, par lettre recommandée avec avis de réception, au plus tard deux mois avant la date de prise d'effet dudit changement.

En cas de désaccord, l'Adhérent doit en aviser la Mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception au plus tard deux mois avant la date de prise d'effet, ce refus entraînant la résiliation du présent contrat au 31 décembre de l'exercice en cours. A défaut, l'Adhérent est réputé avoir accepté les changements notifiés par la Mutuelle.

En cas de modification, lorsque le taux de cotisation appelé évolue de plus ou moins 10 % dans la limite du taux contractuel, l'Adhérent pourra convenir avec la Mutuelle de la modification à apporter, conformément aux dispositions de l'Article 5 de l'Accord collectif du 12 juillet 2006.

Si le taux de cotisation demandé par la Mutuelle dépasse le taux contractuel, l'Adhérent se rapprochera des organisations syndicales pour ouvrir une négociation.

En cas d'évolution des Garanties n'excédant pas 10 % de la valeur totale des Prestations jusqu'alors applicable sur l'exercice précédent, l'Adhérent pourra convenir avec la Mutuelle de la modification à apporter, conformément aux dispositions de l'Article 5 de l'Accord collectif du 12 juillet 2006.

Si la modification dépasse le plafond de 10 % du total des prestations payées jusqu'alors, l'Adhérent se rapprochera des organisations syndicales pour ouvrir une négociation.

**6.3.2** L'Adhérent et la Mutuelle conviennent de se communiquer réciproquement, dès qu'ils en ont connaissance, tout fait ou acte juridique susceptible de modifier les conditions préexistantes d'application du contrat, et notamment l'adoption de la loi de financement de la Sécurité Sociale. Lorsqu'une décision à caractère législatif ou réglementaire, ou un accord collectif, vient à modifier la portée des engagements de la Mutuelle, les conditions de l'assurance seront révisées d'un commun accord entre les parties.

7 JR NP  
R MF BBL

## **ARTICLE 7 - RESILIATION DU CONTRAT**

Outre la faculté annuelle de résiliation mentionnée à l'article 3.2, le contrat ne peut être résilié que dans les cas et dans le respect des conditions définies ci-après.

**7.1** A défaut de paiement des cotisations définies à l'article 6 dans les 10 jours de son échéance, les garanties peuvent être suspendues trente jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par la Mutuelle, par lettre recommandée avec avis de réception, à l'Adhérent. A défaut de paiement des cotisations dues après l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le cachet de la poste faisant foi, la Mutuelle pourra résilier l'adhésion sans préjudice de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues.

Conformément à l'article L. 221-8, I du Code de la mutualité, la Mutuelle pourra informer les Membres Participants de la défaillance de l'Adhérent et des conséquences du défaut de paiement des cotisations dans les délais susvisés.

Le contrat non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

**7.2** En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'Adhérent ayant modifié l'objet du risque ou en ayant diminué l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque, le contrat sera résilié de plein droit sans préjudice, pour la Mutuelle, de la possibilité de se prévaloir de la nullité du contrat.

**7.3** En cas de non-acceptation par l'Adhérent des propositions de révisions des cotisations et/ou des prestations formulées par la Mutuelle dans les conditions prévues à l'article 6.3.

## **ARTICLE 8 - RECOURS - PRESCRIPTION**

### **8.1 - Recours**

**8.1.1** Toutes les actions intentées en exécution des dispositions du contrat ou des conventions passées par la Mutuelle seront soumises à la juridiction compétente définie par les articles 42 à 46 du nouveau Code de Procédure Civile et les dispositions du Code de l'Organisation Judiciaire.

**8.1.2** En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, les prestations correspondant aux garanties de frais de santé définies dans la 2<sup>ème</sup> partie du présent contrat constituent une avance sur recours. En conséquence, la victime ou ses ayants droit donnent de plein droit subrogation à la Mutuelle dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite toutefois du montant des prestations versées. La Mutuelle se réserve la possibilité de leur demander une quittance subrogatoire.

### **8.2 - Prescription**

Toutes les actions dérivant du contrat sont prescrites 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 Mutuelle en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque là.

Lorsque l'action de l'Adhérent, du Membre Participant ou du bénéficiaire contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent, le Membre Participant ou le bénéficiaire, ou a été indemnisé par celui-ci.

7  
R2  
RF  
JPC  
NP  
BOBL

## **ARTICLE 9 - RECLAMATIONS**

La Mutuelle met à la disposition de l'Adhérent et des Membres Participants la possibilité de la contacter pour apporter une réponse à toute réclamation concernant le présent contrat, à l'adresse suivante :

SOCIETE GENERALE  
Mutuelle du personnel  
Immeuble Boréa  
75 886 PARIS CEDEX 18

## **ARTICLE 10 - AUTORITE DE TUTELLE**

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09.

## **ARTICLE 11 - DISPOSITIONS DIVERSES**

### **11.1 Confidentialité**

Chacune des parties s'engage envers l'autre à préserver, pendant la durée du contrat et après son extinction, la stricte confidentialité de toutes les informations techniques ou financières qu'elles auront pu se communiquer ou dont elles auront pu avoir connaissance à l'occasion de l'exécution du contrat.

### **11.2 Secret professionnel**

Conformément à l'article 226-13 du Code Pénal, la MUTUELLE est tenue au secret professionnel dans la mesure où elle gère, pour l'exécution du contrat, des informations ressortant de la vie privée et/ou à caractère médical.

### **11.3 Loi Informatique et Libertés**

Chacune des parties s'engage envers l'autre à effectuer les formalités qui lui incombent, en vertu des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 en cas de mise en œuvre de traitements automatisés d'informations nominatives et notamment, la déclaration du traitement, préalablement à sa mise en œuvre, à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et l'information des personnes concernées par le traitement.

### **11.4 Valeur contractuelle**

**11.4.1** Ont valeur contractuelle et constituent le contrat :

- le présent contrat,
- les avenants et lettre-avenants au contrat.

**11.4.2** Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions de ce contrat serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité réputée non écrite mais cela n'affectera en aucun cas la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du contrat.

**11.4.3** Le présent contrat ne pourra être modifié que par avenant signé par les deux parties. Il pourra l'être également par lettre-avenant émise unilatéralement et signé par la Mutuelle lorsque la modification portera sur une amélioration gratuite de garantie ou qu'elle n'emporte aucune modification des garanties.

JPC  
9  
PZ  
RF  
DP  
BIBL

## DEUXIEME PARTIE : DEFINITION DES GARANTIES

### **ARTICLE 12 - RISQUES EXCLUS**

Sont exclus et n'entraînent aucun paiement à la charge de la Mutuelle, tous les risques non prévus à l'article 13 ainsi que les cas d'exclusions prévus pour l'application du cahier des charges du contrat responsable instaurée par la loi relative à l'Assurance Maladie du 13 août 2004 modifiée par la loi de Financement de la Sécurité sociale pour 2014 et son décret d'application du 18 novembre 2014. Il s'agit notamment de la participation forfaitaire et de la franchise médicale visée à l'article L. 322-2 II et III du Code de la Sécurité sociale (art. L. 871-1, II et III et R. 871-1 du CSS), et notamment la franchise de remboursement sur les actes médicaux.

### **ARTICLE 13 - GARANTIES FRAIS DE SOINS DE SANTE**

#### **13.1 Objet des garanties**

Les garanties Frais de Soins de Santé ont pour objet de permettre le service de prestations à l'occasion de frais médicaux exposés par les Bénéficiaires, en complément des remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire effectués au titre de l'assurance maladie ou maternité.

Par dérogation, les frais de prothèses et appareils dentaires, de lentilles cornéennes ainsi que les vaccins, inscrits à la nomenclature, mais non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire et certains actes particuliers peuvent donner lieu cependant à un remboursement par la Mutuelle dans les conditions définies ci-après.

En tout état de cause, le montant des prestations servies ne peut excéder les frais réellement engagés par le Membre Participant, sous déduction des remboursements versés par l'Assurance Maladie Obligatoire et tout autre organisme complémentaire.

#### **13.2 Conditions des garanties**

Les garanties s'appliquent dans le respect des termes de la loi n° 2004-810 relative à l'assurance maladie (dispositif dit de « contrat responsable ») modifiée par la loi de Financement de la Sécurité sociale pour 2014 et son décret d'application du 18 novembre 2014.

#### **13.3 Bénéficiaires**

Les bénéficiaires des garanties décrites ci-après sont les salariés de la Société Générale et leurs enfants garantis, tels que définis à l'Article 2.

#### **13.4 Clauses légales**

- Conformément à l'article 9 alinéa 1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 :
  - « 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 de l'assuré ou de l'adhérent après tous les remboursements de toute nature auxquels il a droit. (...) ».
  
- Conformément à l'article 2 alinéa 1 du décret n° 90-769 du 30 août 1990 :
  - « Pour l'application du deuxième alinéa de l'article 9 de la Loi du 31 décembre 1989 susvisée, les garanties 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, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. (...) ».

JPC  
 AF  
 NP  
 DZ  
 7  
 PBL

### **13.5 Niveau des garanties**

L'année civile à laquelle certaines prestations font référence correspond à la période comprise entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre d'une année.

Sauf précision, le niveau des garanties correspond au maximum pris en charge par la Mutuelle, après remboursement versé par l'Assurance Maladie Obligatoire ou tout autre organisme complémentaire.

Les consultations et les actes externes des établissements de santé sont également pris en charge par la Mutuelle.

Conformément au contrat responsable :

- pour les consultations hors parcours de soins, la diminution du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et les dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge par la mutuelle ;
- pour les consultations non conventionnées, les dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.

#### **a) Maladie (dossiers acceptés par l'Assurance Maladie Obligatoire)**

##### Consultations, visites des généralistes :

- Ticket modérateur en vigueur
- Prestation complémentaire :
  - Médecins signataires du contrat d'accès aux soins (CAS) : 60 % de la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire (BR)
  - Médecins non signataires du contrat d'accès aux soins (non CAS) : 30 % BR

##### Consultations, visites des spécialistes :

- Ticket modérateur en vigueur
- Prestation complémentaire :
  - Médecins signataires du contrat d'accès aux soins (CAS) : 120% BR
  - Médecins non signataires du contrat d'accès aux soins (non CAS) : 100% BR

##### Analyses, actes de biologie, prélèvements :

- Ticket modérateur en vigueur

##### Soins auxiliaires :

- Ticket modérateur en vigueur

##### Actes de radiologie, scanner, IRM, doppler, échographie :

- Ticket modérateur en vigueur
- Prestation complémentaire :
  - Médecins signataires du contrat d'accès aux soins (CAS) : 70% BR
  - Médecins non signataires du contrat d'accès aux soins (non CAS) : 50% BR

##### Actes diagnostiques divers (audiométrie, petits actes ophtalmologiques, dermatologie, endoscopie...) :

- Ticket modérateur en vigueur

JRC NP  
 7 R NP  
 DABL

Chimiothérapie, radiothérapie :

- Ticket modérateur en vigueur

Médecine nucléaire thérapeutique :

- Ticket modérateur en vigueur

Pharmacie :

- Médicaments à service médical rendu majeur ou important : Ticket modérateur
- Médicaments à service médical rendu modéré : Ticket modérateur

Frais de Transport (ambulance, taxi agréé AMO...) :

- Ticket modérateur en vigueur

**b) Hospitalisations**b-1 Frais de séjour

- Ticket modérateur en vigueur

b-2 Hospitalisation médecine, ambulatoire ou non, anesthésie (dossiers acceptés par l'Assurance Maladie Obligatoire) :

- Ticket modérateur en vigueur
- Prestation complémentaire :
  - Médecins signataires du contrat d'accès aux soins (CAS) : 100 % des frais restant à charge, hors chambre particulière, maximum 255% BR
  - Médecins non signataires du contrat d'accès aux soins (non CAS) : 100 % BR
- Chambre particulière : remboursement dans la limite du plafond de 70 € par jour.

b-3 Hospitalisation chirurgie et actes chirurgicaux ambulatoires ou non, anesthésie (dossiers acceptés par l'Assurance Maladie Obligatoire) :

- Ticket modérateur en vigueur
- Prestation complémentaire :
  - Médecins signataires du contrat d'accès aux soins (CAS) : 100 % des frais restant à charge, hors chambre particulière, maximum 255% BR
  - Médecins non signataires du contrat d'accès aux soins (non CAS) : 100 % BR
- Chambre particulière : remboursement dans la limite d'un plafond de 70 € par jour.

b-4 Hospitalisation obstétrique et maternité, anesthésie (dossiers acceptés par l'Assurance Maladie Obligatoire) :

- Ticket modérateur en vigueur
- Prestation complémentaire :
  - Médecins signataires du contrat d'accès aux soins (CAS) : 100 % des frais restant à charge, hors chambre particulière, maximum 255% BR
  - Médecins non signataires du contrat d'accès aux soins (non CAS) : 100% BR
- Chambre particulière : remboursement dans la limite de 100 € par jour.

JPC  
 9 RZ NP  
 RBZ

~~b-5 Franchise de 18 € appliquée aux actes supérieurs à 120 € :~~

- pris en charge

b-6 Forfait journalier hospitalier :

- 100% des frais réels

b-7 Frais d'accompagnement par la mère ou le père d'un enfant hospitalisé n'ayant pas dépassé l'âge de 12 ans :

- Prestation égale à 90 % des frais restant à charge, maximum 30 € par jour.

b-8 Prise en charge en cas d'hospitalisation (hors hospitalisation ambulatoire) :

La demande de prise en charge est à faire auprès de la Mutuelle en précisant à celle-ci s'il s'agit d'une hospitalisation au titre de la maladie prise en charge à 100 % ou non.

Cette prise en charge, envoyée directement à l'établissement, couvre :

- le ticket modérateur éventuel,
- le supplément chambre particulière,
- le forfait journalier hospitalier.

Tiers payant pour :

- Hospitalisation médecine
- Hospitalisation chirurgie
- Hospitalisation obstétrique
- Hospitalisation psychiatrique.

7  
R  
JPC  
RF  
AP  
JIBL

**c) Travaux dentaires**

		Pris en charge par l'AMO	Non pris en charge par l'AMO
Soins dentaires		Ticket modérateur en vigueur	N/C
Parodontologie		Ticket modérateur en vigueur	100 % des frais réels dans la limite de 200 euros par année civile
		En sus éventuellement : prestation complémentaire égale à 90 % des dépenses restant à charge avec un maximum de 255 % de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire	
Prothèses dentaires fixes		Ticket modérateur en vigueur	+
Prothèses dentaires amovibles, provisoires et réparations sur prothèses		Ticket modérateur en vigueur	
Inlays core et onlays core		Ticket modérateur en vigueur	
Orthodontie		Ticket modérateur en vigueur	
Dans la limite de 3.500 euros par année civile	Prothèses dentaires fixes	Complément égal à 320 % de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire	N/C
	Prothèses dentaires amovibles, provisoires et réparations sur prothèses	Complément égal à 395 % de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire	N/C
	Inlays core et onlays core	Complément égal à 220 % de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire	N/C
	Orthodontie	Complément égal à 425 % de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire	N/C
	Prothèses provisoires fixes	N/C	Forfait maximum de 80 euros par dent
	Prothèses provisoires amovibles	N/C	Forfait maximum de 50 euros par dent
	Implantologie	N/C	Forfait de 350 euros par dent limité à 3 par année civile

Au-delà du plafond annuel de 3 500 euros, le minimum légal de TM + 25 % BR sera couvert.

9  
RZ JPC  
DP  
DP  
QBL

## d) Optique

### Lunettes :

Un équipement (monture et verres) sur une période de 24 mois : 100% des frais réels sous déduction du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire, dans la limite des forfaits ci-dessous selon la correction.

La période de 24 mois s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique (deux verres et une monture). Lorsque les demandes de remboursements de l'équipement s'effectuent en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), dans ce cas la période de 2 ans (24 mois) débute à la date d'acquisition du premier élément optique (verres ou monture).

Cette période est réduite à 12 mois pour les enfants mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue pour les autres assurés bénéficiaires.

Un complément de 170 € est accordé si le premier élément de l'équipement précédent a été acquis plus de 36 mois auparavant.

### Forfait simple correction :

- Deux verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries
- Monture + verres = 300 € dont 150 € maximum pour la monture

### Forfait correction complexe :

- Au moins un verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs
- Monture + verres = 440 € dont 150 € maximum pour la monture

### Forfait correction très complexe :

- Au moins un verre multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries
- Monture + verres = 490 € dont 150 € maximum pour la monture

### Lentilles cornéennes :

- Dossier pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire: 100% des frais réels sous déduction du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Plafond de remboursement de 300 € par année civile.

- Dossier non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire: 100% des frais réels dans la limite d'un plafond de remboursement de 300 € par année civile.

### Opération laser de l'œil :

100 % des frais réels sous déduction du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire dans la limite d'un plafond de remboursement de 500 € par œil.

JPC  
R  
NP  
BBL

**e) Appareillage acoustique et autres (acceptés par l'Assurance Maladie Obligatoire)**

Ticket modérateur en vigueur

Prestation complémentaire égale à 85 % des frais restant à charge, maximum 1 400 € par année civile.

**f) Cure thermale (acceptée par l'Assurance Maladie Obligatoire)**

Soins : ticket modérateur en vigueur

Autres frais : un forfait de 97 € par année civile

**g) Actes de prévention**

En application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, tous les actes de prévention pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire sont remboursés par la Mutuelle sur la base du Ticket modérateur en vigueur

Actes non pris charge par l'Assurance Maladie Obligatoire :

- acte d'ostéodensitométrie osseuse pour les femmes : 100 % des frais réels, sur prescription médicale, dans la limite d'un plafond par année civile de 50 €,
- vaccins non pris en charge par l'AMO (y compris anti grippe) : 100 % des frais réels, sur prescription médicale, dans la limite d'un plafond par année civile de 50 €,
- forfait contraception : 150 euros par année civile, sur prescription médicale,
- forfait sevrage tabagique : remboursement des substituts nicotiques (patchs, gommes, pastilles... hors cigarettes électroniques) d'aide au sevrage tabagique, sur prescription médicale, forfait plafonné à 150 € par année civile,
- forfait consultation diététicien enfant (jusqu'à 20 ans) et personne diabétique : remboursement de 30 € par consultation de diététicien, plafonné à 90 € par année civile, uniquement sur prescription médicale.

**h) Médecine douce : Ostéopathie, étio-pathie, chiropractie**

Remboursement de 30 € par consultation plafonné à 90 € par année civile.

**TROISIEME PARTIE : VERSEMENT DES PRESTATIONS**
**ARTICLE 14 - CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS****14.1 Paiement des cotisations**

Pour que les Membres Participants puissent bénéficier des prestations, l'Adhérent doit avoir payé l'intégralité des cotisations dues au titre du contrat.

**14.2 Déclaration des sinistres**

Échanges dématérialisés entre les CPAM et la Mutuelle

Sauf opposition écrite de sa part, la Mutuelle intervient, lors de l'adhésion, auprès de la CPAM de la personne couverte, pour la mise en place de la procédure de télétransmission des données avec sa Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Les données télé-transmises par la CPAM à la Mutuelle tiennent lieu de justificatifs pour cette dernière.

7 JPC  
 R F AP  
 BBL

### Télétransmission des données entre les CPAM et la Mutuelle

Ce mode de transmission étant soumis aux aléas techniques, par nature imprévisibles, les membres participants et leurs ayants-droit bénéficiant de cette procédure, sont tenus de s'assurer de la bonne liquidation des prestations dues par la Mutuelle.

Il leur revient plus particulièrement, d'informer la Mutuelle de tout changement intervenant dans leur dossier d'affiliation à l'Assurance Maladie Obligatoire (ou dans celui d'un ayant droit), notamment en cas d'affiliation à une nouvelle Caisse suite à un déménagement ou à l'attribution d'une nouvelle immatriculation.

La Mutuelle ne peut être tenue pour responsable du défaut de surveillance des membres participants ou de leurs ayants-droit.

### Modalités de paiement des prestations

Le délai de prescription au-delà duquel les assurés ne sont plus fondés à faire valoir leurs droits aux prestations santé auprès de la Mutuelle est fixé à une durée de 2 ans à compter de la date de l'acte constituant le fait générateur de la prestation.

Les réclamations portant sur les diverses prestations doivent parvenir à la Mutuelle dans le délai d'un an à compter du paiement ou du refus de paiement desdites prestations.

En cas de prestations trop versées, la Mutuelle se réserve la possibilité de récupérer les sommes en cause soit par chèque, soit en procédant à une retenue sur les prestations ultérieures.

### Justificatifs à fournir à la Mutuelle pour le paiement des prestations

Les Membres Participants et, plus généralement, tous bénéficiaires des garanties sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du contrat, de fournir à la Mutuelle les déclarations et pièces justificatives listées ci-dessous, étant précisé qu'aucun justificatif n'est nécessaire pour les personnes protégées ayant utilisé le tiers payant intégral :

JP  
 RP  
 RP  
 DAB

Prestations	Justificatifs à fournir*
<p><b>Consultations, visites, analyses, soins auxiliaires, examens radiologiques, médecine nucléaire, échographie, chimiothérapie, électrocardiogrammes, électroencéphalogrammes, actes de spécialités médicales, pharmacie, transport médical, soins dentaires</b></p> <p>Dossiers acceptés par l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les personnes protégées bénéficiant de la procédure de remboursement par télétransmission avec la Mutuelle SG : néant</li> <li>• Les personnes protégées ayant utilisé le seul tiers payant Sécurité Sociale : décompte Assurance Maladie Obligatoire ou facture acquittée</li> <li>• Autres personnes protégées : décompte Assurance Maladie Obligatoire</li> </ul>
<p><b>Hospitalisations</b></p> <p>Dossiers acceptés par l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toutes personnes protégées : bordereau de facturation ou facture de l'hôpital + attestation de paiement</li> </ul>
<p><b>Travaux dentaires</b></p> <p>Dossiers acceptés par l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les personnes protégées bénéficiant de la procédure de remboursement par télétransmission avec la Mutuelle SG : facture acquittée exclusivement sur demande de la Mutuelle</li> <li>• Les personnes protégées ayant utilisé le seul tiers payant Sécurité Sociale : facture du centre dentaire</li> <li>• Autres personnes protégées : facture acquittée + Décompte Assurance Maladie Obligatoire</li> </ul>
<p>Dossiers refusés par l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toutes personnes protégées : facture détaillée acquittée</li> </ul>
<p><b>Optique</b></p> <p>Dossiers acceptés par l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les personnes protégées bénéficiant de la procédure de remboursement par télétransmission avec la Mutuelle SG : facture acquittée + prescription médicale</li> <li>• Les personnes protégées ayant utilisé le seul tiers payant Sécurité Sociale : facture acquittée + prescription médicale</li> <li>• Autres personnes protégées : décompte Assurance Maladie Obligatoire + facture acquittée + prescription médicale</li> </ul>
<p>Dossiers refusés par l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toutes personnes protégées : facture acquittée + prescription médicale</li> </ul>

9 R JRC NP DBL

Prestations	Justificatifs à fournir*
<p align="center"><b>Appareillage</b></p> <p align="center">Dossiers acceptés par l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les personnes protégées bénéficiant de la procédure de remboursement par télétransmission avec la Mutuelle SG : néant</li> <li>• Les personnes protégées ayant utilisé le seul tiers payant Sécurité Sociale : facture acquittée</li> <li>• Autres personnes protégées : décompte Assurance Maladie Obligatoire + facture acquittée</li> </ul>
<p align="center"><b>Cures thermales</b></p> <p align="center">Dossiers acceptés par l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les personnes protégées bénéficiant de la procédure de remboursement par télétransmission avec la Mutuelle SG : néant</li> <li>• Les personnes protégées ayant utilisé le seul tiers payant Sécurité Sociale : facture d'hébergement</li> <li>• Autres personnes protégées : décompte Assurance Maladie Obligatoire + facture acquittée</li> </ul>
<p align="center"><b>Vaccination</b></p> <p align="center">Dossiers acceptés par l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les personnes protégées bénéficiant de la procédure de remboursement par télétransmission avec la Mutuelle SG : néant</li> <li>• Les personnes protégées ayant utilisé le seul tiers payant Sécurité Sociale : néant</li> <li>• Autres personnes protégées : décompte Assurance Maladie Obligatoire + facture acquittée</li> </ul>
<p align="center">Dossiers refusés par l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toutes personnes protégées : facture pharmacie acquittée</li> </ul>
<p align="center"><b>Actes d'ostéodensitométrie</b></p> <p align="center">Dossiers acceptés par l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les personnes protégées bénéficiant de la procédure de remboursement par télétransmission avec la Mutuelle SG : néant</li> <li>• Les personnes protégées ayant utilisé le seul tiers payant Sécurité Sociale : néant</li> <li>• Autres personnes protégées : décompte Assurance Maladie Obligatoire + facture acquittée</li> </ul>
<p align="center">Dossiers refusés par l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toutes personnes protégées : facture acquittée</li> </ul>

JPC  
 PZ PF NP  
 PBL

Prestations	Justificatifs à fournir*
<p><b>Ostéopathie, étio-pathie, chiropractie</b></p> <p>Dossiers refusés par l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Toutes personnes protégées : facture acquittée**</li> </ul>
<p><b>Consultation diététique</b></p> <p>Dossiers refusés par l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Toutes personnes protégées : facture acquittée** + certificat attestant que le patient est diabétique</li> </ul>
<p><b>Contraception, sevrage tabagique</b></p> <p>Dossiers refusés par l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Toutes personnes protégées : facture acquittée + prescription médicale</li> </ul>

\* Les personnes protégées de la Mutuelle en tant que « surcomplémentaire » doivent fournir le décompte de leur première mutuelle.

\*\*Les factures acquittées doivent mentionner le n° ADELI ou le n° RPPS.

JPC  
 RZ  
 R\*  
 NP  
 RBL

<b>QUATRIEME PARTIE : COMPTES TECHNIQUES</b>
--

**ARTICLE 15 – COMPTES TECHNIQUES****15.1 Comptes Techniques**

Chaque année, au plus tard le 30 avril, la MUTUELLE établira les comptes techniques de l'exercice précédent.

**Comptes Techniques**Au Crédit :

- Cotisations acquises dans l'exercice
- Taxes (négatives)
- Provisions pour sinistres restant à régler au 31 décembre de l'exercice précédent
- Produits financiers sur provisions pour sinistres restant à régler

Au Débit :

- Prestations payées dans l'exercice
- Contribution forfait médecin traitant
- Provisions pour sinistres restant à régler au 31 décembre de l'exercice
- Frais de gestion

100% du Résultat Technique est affecté à la Réserve de stabilité définie ci-dessous.

**Réserve de stabilité**Au Crédit :

- Réserve de stabilité de l'année précédente si elle est positive
- Résultat Technique de l'exercice s'il est positif
- Produits financiers sur réserve de stabilité de l'année précédente

Au Débit :

- Réserve de stabilité de l'année précédente si elle est négative
- Résultat Technique de l'exercice s'il est négatif

**D'une manière générale, la Mutuelle s'efforcera de gérer le contrat à l'équilibre, en proposant les adaptations nécessaires à l'Adhérent concernant les cotisations et les prestations.**

**15.2 Frais de gestion**

Les frais de gestion annuels applicables au contrat s'élèvent à 8,7 % des cotisations acquises en 2016, dont 0,2 % au titre d'une Caisse d'Action Sociale de la Mutuelle au profit des Bénéficiaires du présent contrat.

A noter que les frais de gestion sont calculés sur le taux contractuel et non sur le taux d'appel.

**15.3 Effets de la résiliation – Transfert de la Réserve de stabilité positive**

En cas de résiliation du contrat selon les termes de l'Article 7, la Réserve de stabilité restera acquise au contrat, si elle est positive. Si elle est négative, la Mutuelle l'affectera dans ses comptes.

JPC    PF    MP  
 9    R    [Signature]

En cas de changement d'assureur, la Réserve de stabilité – positive - sera transférée dans les 3 mois qui suivent la fin de l'exercice au cours duquel a eu lieu la résiliation ou dans les 3 mois qui suivent la souscription d'un nouveau contrat de frais de santé par l'Adhérent. Ce transfert sera effectué sans frais au nouvel assureur choisi par l'ADHERENT, sur la valeur de la Réserve de stabilité déterminée au 31 décembre de l'exercice au cours duquel a eu lieu la résiliation.

Fait à Paris La Défense,  
le  
En deux exemplaires originaux

Pour la MUTUELLE DU PERSONNEL DE LA SOCIETE GENERALE

Pour SOCIETE GENERALE

JPC  
9 AF AP  
RZ JAL