

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ INDIVIDUELLE

Document d'information sur le produit d'assurance

BPCE ASSURANCES, Société Anonyme au capital de 61.996.212 Euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris N° B 350 663 860, entreprise régie par le Code des assurances ayant son siège social au 88 avenue de France – 75641 Paris Cedex 13.

PRODUIT GARANTIES SANTÉ

Ce document d'information vous présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit et ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

DE QUEL TYPE D'ASSURANCE S'AGIT-IL ?

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



QU'EST-CE QUI EST ASSURÉ ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées et une somme peut rester à votre charge.

Garanties systématiquement prévues

- ✓ Soins courants et médicaments : consultations, analyses et examens de laboratoire, radiologie, kinésithérapie, médicaments, matériel médical (appareillages).
- ✓ Hospitalisation : honoraires, forfait journalier hospitalier, frais de séjour.
- ✓ Optique : lunettes (verres et montures y compris verres et montures du panier "100% Santé"), lentilles.
- ✓ Dentaire : soins, prothèses (y compris soins et prothèses du panier "100% Santé"), implants, orthodontie.
- ✓ Aides auditives : audioprothèses (y compris équipements du panier "100% Santé").

Garanties prévues selon la formule souscrite

- Ostéopathie.
- Médicaments non remboursés dont contraception.
- Orthodontie adulte.
- Chambre particulière.

Services d'assistance systématiquement prévus

Les prestations d'assistance sont indépendantes des garanties frais de santé du contrat. Elles sont acquises à l'assuré indépendamment du remboursement des frais de santé, dès lors que l'événement est garanti et que le contrat a pris effet.

- ✓ Assistance à domicile en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation.
- ✓ Assistance en déplacement.
- ✓ Accès à un réseau de professionnels de santé à tarif préférentiel (optique, dentaire, audioprothèse), analyse de devis.

Services d'assistance prévus selon le profil de l'assuré (âge et composition familiale) et les formules souscrites

- Aide aux aidants.
- Services maternité.

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- ✗ La parapharmacie, les vaccins non remboursés par la Sécurité sociale, les traitements antipaludéens et les traitements d'aide au sevrage tabagique.
- ✗ Les frais de séjour en maison de retraite et maison de repos.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale.



Y A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?

Les exclusions spécifiques aux garanties sont détaillées dans la notice d'information du contrat.

Les principales exclusions

- ! Pas de remboursement de la participation forfaitaire de l'assuré (1 €).
- ! Pas de remboursement de la majoration de la participation de l'assuré prévue par la loi en cas de non-respect du parcours de soins.
- ! Les dommages supérieurs aux plafonds précisés aux conditions particulières et générales du contrat.

Les principales restrictions

- ! Pas de remboursement des franchises médicales.
- ! Optique : prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans, réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- ! Aides auditives : prise en charge limitée à un équipement par oreille appareillée par période de quatre ans.
- ! Chambre particulière : prise en charge limitée à 90 jours cumulés par an en hospitalisation psychiatrique et pour le « Profil MASTER ».



OÙ SUIS-JE COUVERT ?

Les garanties s'exercent dans le monde entier, pour des séjours n'excédant pas 90 jours, dès lors qu'il y a prise en charge par les régimes obligatoires français.

Les garanties d'assistance aux personnes sont acquises dans le monde entier dès lors que la durée de déplacement n'excède pas 3 mois (sans condition d'intervention des régimes obligatoires).



QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie, vous devez :

A la souscription :

- Être domicilié en France métropolitaine (Corse incluse).
- Répondre avec exactitude et sincérité à toutes les questions qui vous sont posées.
- Régler les cotisations aux dates convenues (à la souscription et à chaque renouvellement du contrat).

En cours de contrat :

- Informer l'assureur, pour vous-même et les autres personnes assurées au contrat, de tout changement dans les informations recueillies à la souscription dans un délai de 15 jours à partir du moment où vous en avez eu connaissance.

En cas de sinistre :

- Nous adresser toute demande de remboursement au plus tard dans les délais fixés au contrat.



QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

- Au moment de la souscription puis à chaque date anniversaire du contrat.
- Par prélèvement sur un compte bancaire, par chèque ou virement.
- Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix.



QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

Date de prise d'effet du contrat : le contrat entre en vigueur à la date précisée sur le certificat d'adhésion (à minuit).

Date de fin de couverture : après une première période d'un an, le contrat est reconduit par tacite reconduction, au 1^{er} janvier de chaque année, sauf cas prévus dans la notice d'information, notamment en cas de résiliation.



COMMENT PUIS-JE RÉSILIER MON CONTRAT ?

- Par l'envoi d'une lettre ou tout autre support durable à l'assureur.
- À chaque échéance annuelle (31 décembre à minuit).
- À tout moment en cours d'année sans frais ni pénalités, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. La résiliation prendra alors effet un mois après réception de la demande de résiliation.
- En cours d'année, en cas de survenance de certains événements, notamment en cas de changement de situation personnelle (changement de domicile ou familial) lorsque celui-ci est en relation directe avec l'objet de la garantie.
- En cas de révision de la cotisation ou des garanties du contrat selon les dispositions prévues dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

NOTICE D'INFORMATION CONTRAT GARANTIES SANTÉ

« Côté JE », « Côté NOUS », « Côté MASTER »

Le contrat complémentaire santé

Garanties Santé n° MD50041 est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par BPCE, Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 170 384 630 €, dont le siège social est situé au 50, Avenue Pierre Mendès France - 75201 Paris Cedex 13, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés sous le numéro 493.455.042, intermédiaire en assurances, immatriculée à l'ORIAS sous le numéro 08 045 100, auprès de BPCE Assurances, Société anonyme au capital de 61 996 212 euros. Siège social : 88, Avenue de France 75641 Paris Cedex 13, immatriculé au RCS Paris n° B 350 663 860, entreprise régie par le Code des assurances.

SOMMAIRE

1. LE CONTRAT	3
1.1. L'objet du contrat	3
1.2. Les conditions d'adhésion	3
1.3. Les conditions d'intervention de votre contrat	3
1.4. Les mots clés pour bien comprendre votre contrat	3
2. VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	4
2.1. La territorialité	4
2.2. Les modalités de remboursement	4
2.3. Le tiers-payant	5
2.4. Le règlement des prestations	5
2.5. Les garanties Frais de santé	5
2.6. L'expertise médicale	6
2.7. Les exclusions spécifiques à vos garanties Frais de santé	6
3. VOS PRESTATIONS D'ASSISTANCE	6
3.1. La vie des prestations d'assistance	6
3.2. Votre assistance à domicile	9
3.3. L'aide aux aidants pour les bénéficiaires d'une formule 3 ou 4 Côté MASTER	12
3.4. Votre assistance en déplacement	15
4. LA VIE DE VOTRE CONTRAT COMPLÉMENTAIRE SANTÉ	17
4.1. La prise d'effet des garanties	17
4.2. La renonciation	17
4.3. Les modalités d'évolution de votre contrat	17
4.4. Vos déclarations	17
4.5. Vos cotisations	17
4.6. La prescription	17
4.7. La subrogation	18
4.8. La résiliation	18
4.9. Données à caractère personnel	18
4.10. La réclamation/médiation	18
4.11. La Loi du contrat	18
4.12. L'autorité de contrôle	18
ANNEXE : NOTICE D'INFORMATION DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	22



CAISSE D'ÉPARGNE

Garanties Santé est un contrat de BPCE Assurances, entreprise régie par le Code des assurances, distribué par votre Caisse d'Épargne.

Formules Côté JE

Le contenu des garanties est détaillé dans la présente Notice d'Information.

Le montant et les plafonds des garanties figurent dans le **tableau des garanties du Certificat d'Adhésion** selon le niveau choisi.

F1	<ul style="list-style-type: none"> Honoraires médicaux : consultation de généralistes et spécialistes adhérents ou non à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO) Médicaments prescrits remboursables (Hors médicaments à Service Médical Rendu Faible - PH2) Analyses et examens de laboratoire Matériel médical Radiologie 	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalisation : <i>frais de séjour</i>, honoraires des praticiens adhérents ou non à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO), <i>forfait journalier hospitalier</i> Optique : monture et verres (y compris monture et verres du panier « 100 % Santé »), lentilles remboursées par le RÉGIME OBLIGATOIRE Dentaire : consultations, soins, prothèses (y compris soins et prothèses du panier « 100 % Santé ») Aides auditives (y compris équipements du panier « 100 % Santé »)* Assistance au domicile et en déplacement
F2	<ul style="list-style-type: none"> Bonus « Dents du sourire » Médicaments prescrits remboursables Forfait pharmacie, dont contraception : médicaments non remboursés par le RÉGIME OBLIGATOIRE, prescrits ou non 	<ul style="list-style-type: none"> Optique : lentilles non remboursées par le RÉGIME OBLIGATOIRE, chirurgie réfractive Hospitalisation : chambre particulière, TV, Internet
F3	<ul style="list-style-type: none"> Parodontologie Cure thermique : transport et hébergement 	<ul style="list-style-type: none"> Ostéopathe Orthodontie refusée par le RÉGIME OBLIGATOIRE
F4	Identique à la F3 mais avec des montants de remboursement plus élevés	

Formules Côté NOUS

Le contenu des garanties est détaillé dans la présente Notice d'Information.

Le montant et les plafonds des garanties figurent dans le **tableau des garanties du Certificat d'Adhésion** selon le niveau choisi.

F1	<ul style="list-style-type: none"> Honoraires médicaux : consultation de généralistes et spécialistes adhérents ou non à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO) Médicaments prescrits remboursables (Hors médicaments à Service Médical Rendu Faible - PH2) Analyses et examens laboratoire, radiologie Matériel médical Forfait pharmacie, dont contraception : médicaments non remboursés par le RÉGIME OBLIGATOIRE, prescrits ou non Optique : monture et verres (y compris monture et verres du panier « 100 % Santé »), lentilles remboursées par le RÉGIME OBLIGATOIRE 	<ul style="list-style-type: none"> Dentaire : consultations, soins, prothèses (y compris soins et prothèses du panier « 100 % Santé »). Orthodontie acceptée jusqu'à 16 ans Hospitalisation : <i>frais de séjour</i>, honoraires des praticiens adhérents ou non à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO), <i>forfait journalier hospitalier</i>, lit accompagnant enfant Aides auditives (y compris équipements du panier « 100 % Santé »)* Assistance au domicile et en déplacement, services maternité Prime de naissance ou d'adoption
F2	<ul style="list-style-type: none"> Médicaments prescrits remboursables Hospitalisation : chambre particulière, TV, Internet Optique : lentilles non remboursées par le RÉGIME OBLIGATOIRE, chirurgie réfractive 	<ul style="list-style-type: none"> Bonus « Dent du sourire » Ostéopathe, acupuncteur, diététicien, pédicure Cure thermique : transport et hébergement
F3	<ul style="list-style-type: none"> Parodontologie Orthodontie refusée par le RÉGIME OBLIGATOIRE 	
F4	Identique à la F3 mais avec des montants de remboursement plus élevés	

Formules Côté MASTER

Le contenu des garanties est détaillé dans la présente Notice d'Information.

Le montant et les plafonds des garanties figurent dans le **tableau des garanties du Certificat d'Adhésion** selon le niveau choisi.

F1	<ul style="list-style-type: none"> Honoraires médicaux : consultation de généralistes et spécialistes adhérents ou non à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO) Médicaments prescrits remboursables (Hors médicaments à Service Médical Rendu Faible - PH2) Analyses et examens de laboratoire Matériel médical Radiologie Optique : monture et verres (y compris monture et verres du panier « 100 % Santé »), lentilles remboursées par le RÉGIME OBLIGATOIRE 	<ul style="list-style-type: none"> Aides auditives (y compris équipements du panier « 100 % Santé »)* Hospitalisation : <i>frais de séjour</i>, honoraires des praticiens adhérents ou non à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO), <i>forfait journalier hospitalier</i> Dentaire : consultations, soins, prothèses (y compris soins et prothèses du panier « 100 % Santé ») Forfait pharmacie : médicaments non remboursés par le RÉGIME OBLIGATOIRE, prescrits ou non Cure thermique : transport et hébergement Assistance au domicile et en déplacement
F2	<ul style="list-style-type: none"> Médicaments prescrits remboursables Hospitalisation : chambre particulière, TV, Internet, lit accompagnant conjoint 	<ul style="list-style-type: none"> Optique : lentilles non remboursées par le RÉGIME OBLIGATOIRE Ostéopathe, acupuncteur, diététicien, pédicure Parodontologie
F3	Services d'aide aux aidants	
F4	Identique à la F3 mais avec des montants de remboursement plus élevés	

* À noter que les aides auditives du panier « 100 % Santé » ne seront intégralement remboursées par le RÉGIME OBLIGATOIRE et votre contrat complémentaire santé qu'à compter de 2021.

1. LE CONTRAT

1.1. L'OBJET DU CONTRAT

Ce contrat permet de couvrir les frais médicaux et chirurgicaux engagés par les personnes assurées en complément des prestations versées par leur RÉGIME OBLIGATOIRE et donne accès à des prestations d'assistance et de tiers-payant, dans la limite des garanties souscrites.

1.2. LES CONDITIONS D'ADHÉSION

L'adhésion au contrat complémentaire santé Garanties Santé est réservée aux clients du Groupe BPCE. Le contrat complémentaire santé Garanties Santé est constitué du *Certificat d'Adhésion*, de la présente Notice d'Information et le cas échéant du *Bulletin d'Adhésion*.

1.3. LES CONDITIONS D'INTERVENTION DE VOTRE CONTRAT

Le contrat complémentaire santé Garanties Santé est dit « Responsable et Solidaire ». Il respecte les principes édictés par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et la Loi n° 2018-1203 du 23 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale pour 2019 ainsi que le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires.

De fait, la *participation forfaitaire* ainsi que les pénalités prévues par la loi en cas de non respect du parcours de soins ne seront pas remboursées par le présent contrat. Ce contrat ne prend également pas en charge la *franchise médicale* prévue par l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale.

Votre contrat complémentaire santé Garanties Santé répond ainsi aux critères du contrat responsable.

1.4. LES MOTS CLÉS POUR BIEN COMPRENDRE VOTRE CONTRAT

Les mots clés définis ci-dessous seront en italique dans la présente Notice d'Information.

Les définitions spécifiques aux *prestations* d'assistance sont mentionnées page 7.

Accident :

Événement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure à l'assuré et indépendante de sa volonté, sans rapport avec une *maladie* et qui entraîne des dommages physiques. Les intoxications alimentaires sont assimilées à des *accidents*.

Acte frauduleux :

Acte consistant, pour vous ou la personne assurée, à faire en connaissance de cause une fausse déclaration sur la nature, les causes, les circonstances et les conséquences d'un sinistre, et nous donnant le droit de refuser sa prise en charge, c'est-à-dire d'appliquer une déchéance.

Adhérent :

Personne physique signataire du *Bulletin d'Adhésion* et/ou du *Certificat d'Adhésion* qui est cliente du Groupe BPCE et qui est tenue au paiement des cotisations.

L'adhérent doit être âgé d'au moins 18 ans, sauf pour les mineurs émancipés et de moins de 76 ans à la date de prise d'effet du contrat.

Année d'adhésion :

Période de 12 mois consécutifs démarrant à compter de la date de prise d'effet du contrat et renouvelée chaque année. Elle sert de référence pour le renouvellement des forfaits.

L'année d'adhésion ne doit pas être confondue avec la date d'échéance annuelle du contrat qui est fixée au 1^{er} janvier.

Ascendants à charge :

Tout *ascendant* (parents, beaux-parents et grands-parents) vivant sous le toit de l'assuré et fiscalement à charge est considéré comme *ascendant* à charge.

Assisteur :

La mise en œuvre des garanties d'assistance est déléguée à INTER MUTUELLE ASSISTANCE (GIE au capital de 3 547 170 € inscrit au RCS de Niort sous le n° C 433 240 991 ayant son siège social 118, avenue de Paris CS 40000 79033 NIORT Cedex 9).

Assuré :

Pour les frais de santé

Les personnes physiques, âgées de moins de 76 ans à la prise d'effet du contrat, nommément désignées sur le *Certificat d'Adhésion*. Peuvent être désignées comme assurées uniquement les personnes ayant un lien de parenté avec l'adhérent ou son/sa conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e) et les personnes rattachées fiscalement à l'un ou à l'autre.

Pour les prestations d'assistance

Pour l'Assistance à domicile :

Tout assuré domicilié en France métropolitaine ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit : conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e), enfants et petits-enfants, enfants handicapés sans limite d'âge et *ascendants* directs fiscalement à charge.

Pour l'Assistance en déplacement :

Tout assuré domicilié en France, ainsi que son conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e), leurs enfants à leur charge ou vivant à leur domicile, ainsi que toute personne à leur charge et vivant à leur domicile.

Assureur :

BPCE ASSURANCES 88 avenue de France, 75641 PARIS CEDEX 13. L'assureur est généralement désigné par le terme « nous ».

Auxiliaires Médicaux :

Professionnels paramédicaux, à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues ou tout autre professionnel médical reconnu comme *Auxiliaire Médical* par les RÉGIMES OBLIGATOIRES.

Base de remboursement (BR) :

Tarif servant de référence aux RÉGIMES OBLIGATOIRES pour déterminer le montant de leurs remboursements.

Bulletin d'adhésion :

Document contractuel signé par l'adhérent permettant d'effectuer une demande d'adhésion au contrat collectif.

Certificat d'adhésion :

Document adressé par l'assureur à l'adhérent certifiant son adhésion au contrat collectif.

Le *Certificat d'Adhésion*, la Notice d'Information et le cas échéant le *Bulletin d'Adhésion* constituent le contrat complémentaire santé Garanties Santé.

Conjoint(e) / concubin(e) / pacsé (e) :

Personne vivant en communauté de vie avec l'adhérent attestée par un mariage, une union libre établie ou un Pacte Civil de Solidarité (PACS).

Dépassement d'honoraires :

Différence entre le montant des honoraires du professionnel de santé et la base de remboursement du RÉGIME OBLIGATOIRE.

Domicile :

Lieu habituel de résidence principale de l'assuré en France Métropolitaine dont Corse.

Forfait journalier hospitalier :

Somme due pour tout séjour hospitalier dans un établissement de santé. Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux *frais d'hébergement* et d'entretien entraînés par son *hospitalisation*.

Frais de séjour :

Frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses, hébergement, repas...

Frais d'hébergement :

Frais de nuitée, y compris petit déjeuner à l'hôtel.

Franchise médicale :

Somme déduite des remboursements effectués par l'Assurance Maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires depuis le 1^{er} janvier 2008. Les *franchises* ne sont pas remboursées par les complémentaires santé dites responsables.

Hospitalisation :

Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé incluant la maternité et l'hospitalisation à domicile.

Maladie :

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Médecin conventionné :

Médecin dont les honoraires sont remboursés par les *RÉGIMES OBLIGATOIRES* en application de la *base de remboursement*. Il peut exercer en Secteur 1 (tarif respectant la *base de remboursement*) ou en Secteur 2 (tarif avec *dépassements d'honoraires* par rapport à la *base de remboursement*).

Médecin non conventionné :

Médecin qui n'adhère pas à la Convention médicale de l'Assurance Maladie. Il n'est soumis à aucune contrainte et pratique des honoraires libres. Les actes qu'il effectue sont remboursés sur la base d'un tarif dit « d'autorité », très inférieur à la *base de remboursement*.

Médecin traitant :

Médecin généraliste ou spécialiste déclaré par le patient auprès du *RÉGIME OBLIGATOIRE* pour bénéficier des remboursements liés au parcours de soins coordonnés. Il coordonne les soins et oriente, si besoin, le patient vers d'autres professionnels de santé. Il tient à jour le dossier médical du patient.

Médicaments :

Médicaments inscrits sur la liste des médicaments ayant reçu une autorisation de mise sur le marché par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Les médicaments disposent de taux de remboursement différents selon le code de regroupement auquel ils appartiennent :

- Médicaments à Service Médical Rendu Faible (PH2) : remboursés à 15 % par l'Assurance Maladie.
- Médicaments à Service Médical Rendu Modéré (PH4) : remboursés à 30 % par l'Assurance Maladie.
- Médicaments à Service Médical Rendu Important (PH7) : remboursés à 65 % par l'Assurance Maladie.

Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO) :

L'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) vise à encadrer les honoraires que les médecins fixent eux-mêmes. Lorsqu'un médecin est adhérent à l'OPTAM, la mention « Honoraires avec dépassements maîtrisés (OPTAM) » apparaît sur l'annuaire en ligne des médecins du site de l'Assurance maladie.

L'OPTAM a pour but d'améliorer l'accès aux soins des patients en :

- Limitant les dépassements d'honoraires
- Leur permettant d'être mieux remboursés par leur caisse de Sécurité sociale et leur complémentaire santé.

Les médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique ont la possibilité d'adhérer à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO).

Paniers « 100 % Santé » :

Paniers de soins et d'équipements identifiés et définis réglementairement permettant aux assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable de bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par le *RÉGIME OBLIGATOIRE* et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

Participation forfaitaire :

Somme restant à la charge de l'assuré (article L.322-2, I du Code de la Sécurité sociale) pour les actes et consultations réalisés par un médecin (hors *hospitalisation*) et pour les actes de biologie médicale et de radiologie.

Prestations :

Montants remboursés à l'assuré par le contrat complémentaire santé en application de ses garanties ou mise en place des services garantis à l'assuré

au titre de l'Assistance.

Régime Obligatoire (RO) :

Régime d'Assurance Maladie Français, communément désigné « Sécurité sociale », qui intervient obligatoirement avant la complémentaire santé pour rembourser une part des frais de santé.

Support durable :

Tout instrument permettant au consommateur ou au professionnel de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées et qui permet la reproduction à l'identique des informations stockées.

Tableau des garanties :

Tableau récapitulant les montants et niveaux de remboursements des frais médicaux par assuré et par année d'adhésion. Il figure au *Certificat d'Adhésion*.

Télétransmission :

Système d'échanges informatiques mis en place entre les *RÉGIMES OBLIGATOIRES* et l'assureur afin d'éviter à l'assuré d'adresser ses relevés de *prestations* à son organisme de complémentaire santé pour être remboursé.

Ticket Modérateur :

Différence entre la *base de remboursement* du *RÉGIME OBLIGATOIRE* et le montant effectivement remboursé par le *RÉGIME OBLIGATOIRE*.

Les *dépassements d'honoraires* ne sont jamais pris en charge par les *RÉGIMES OBLIGATOIRES*. La *participation forfaitaire* ne fait pas partie du *ticket modérateur* mais s'y ajoute et reste toujours à la charge de l'assuré.

La complémentaire santé peut prendre en charge le montant du *ticket modérateur* ainsi que les *dépassements d'honoraires* en fonction du niveau de garantie choisi (voir schématisation des principes de remboursement page 5 de la présente Notice).

Tiers-payant :

Prise en charge directe de tout ou partie de vos dépenses de santé. Il s'agit d'une dispense d'avance de frais.

2. VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

2.1. LA TERRITORIALITÉ

L'assuré doit être domicilié en France Métropolitaine (Corse incluse). Les garanties s'exercent dans le monde entier, pour des séjours n'excédant pas 90 jours, dès lors qu'il y a prise en charge par les *RÉGIMES OBLIGATOIRES* français.

2.2. LES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

L'assureur rembourse les dépenses de santé médicalement prescrites et dispensées pendant la période de garantie, ayant fait l'objet d'un remboursement préalable par un *RÉGIME OBLIGATOIRE*, conformément au tableau des garanties. Les *prestations* sont déterminées sur la valeur de la *base de remboursement* du *RÉGIME OBLIGATOIRE* en vigueur à la date des soins.

L'assureur peut vous verser un forfait pour certains actes en l'absence de remboursement du *RÉGIME OBLIGATOIRE* dans la limite du tableau des garanties.

Le remboursement maximum de la garantie figure au *tableau des garanties*, il est exprimé :

- soit en montant par assuré. Ce montant comprend le remboursement versé par le *RÉGIME OBLIGATOIRE* : sauf pour les frais d'optique,
- soit en pourcentage de la *base de remboursement* de votre *RÉGIME OBLIGATOIRE*. Ce taux inclut le remboursement de votre *RÉGIME OBLIGATOIRE*.

Les forfaits sont accordés par assuré. Les forfaits exprimés, tous les quatre ans, tous les deux ans, par an, par semestre, sont calculés à partir du jour de l'adhésion. Les forfaits annuels ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Tout forfait non utilisé sur une année ne donnera lieu à aucun report sur l'année suivante.

Les remboursements sont effectués en euros.

Le cumul des remboursements obtenus ne peut excéder la dépense réelle ou le plafond de dépense applicable aux contrats responsables et solidaires (cf. 1.3).

Plafonds : Les remboursements sont plafonnés selon le niveau de garantie choisi (**conformément aux tableaux de garanties**) et sous déduction, s'il y a lieu, des prestations d'autres organismes.

Schématisation des principes de remboursement (Exemple chiffré donné à titre indicatif)

Montant total de la dépense	Composition de la dépense		Qui prend en charge ?
Consultation d'un médecin spécialiste conventionné secteur 2 (honoraires libres) avec dépassement d'honoraires 40 €	Dépassement d'honoraires 17 €	Dépassement d'honoraires 17 €	Garanties Santé selon la formule souscrite
	Base de remboursement du RÉGIME OBLIGATOIRE « Sécurité sociale » 23 €	Ticket modérateur 6,90 €	Garanties Santé
		Part de la base de remboursement prise en charge par le RÉGIME OBLIGATOIRE 15,10 €	RÉGIME OBLIGATOIRE
		Participation forfaitaire 1 €	
			Assurés

2.3. LE TIERS-PAYANT

Nous avons mis en œuvre un dispositif pour vous permettre d'éviter d'avoir à avancer toute ou partie des remboursements auxquels vous avez droit au titre de votre contrat.

Ce service vous sera accordé par les professionnels de santé sur présentation de votre carte de *tiers-payant*. La dispense d'avance de frais sera réalisée en fonction du niveau de remboursement choisi et des accords que nous avons établis. Le *tiers-payant* sera ainsi acquis pour les frais engagés auprès des professionnels de santé acceptant ce service.

2.4. LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Nous nous engageons à traiter vos demandes de remboursement en 48H dès réception du dossier complet à l'adresse indiquée en dernière page de ce document. Nous vous adressons, dans le mois suivant la réception de votre demande de remboursement, un relevé de *prestations* récapitulatif détaillant vos remboursements traités. En cas de remboursement supérieur à 80 €, le relevé de *prestations* sera envoyé dès que le traitement sera effectué. Afin de procéder à vos remboursements, vous devez nous faire parvenir tous les justificatifs des frais engagés.

2.5. LES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

2.5.1. Soins courants et médicaments

Soins courants

Cette garantie rembourse les frais suivants, pris en charge par les **RÉGIMES OBLIGATOIRES**, **dans les limites prévues au tableau des garanties selon le niveau choisi :**

- Les consultations, visites et autres actes médicaux des *médecins généralistes ou spécialistes conventionnés adhérents ou non à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO*, ainsi que les déplacements et majorations prévus dans la *Base de remboursement des RÉGIMES OBLIGATOIRES*,
- Les actes d'*auxiliaires médicaux*,
- Les analyses et examens réalisés par un laboratoire d'analyses de biologie médicale,
- Les actes de radiologie,
- Le transport,
- La cure thermique médicalement prescrite (forfait thermal, forfait de surveillance médicale, hébergement et transport).

Pour les formules Côté JE : les frais d'ostéopathie **dans les limites prévues au tableau des garanties selon le niveau choisi.**

Pour les formules Côté NOUS et Côté MASTER : les frais d'ostéopathie, d'acupuncture de diététique et de pédicurie **dans les limites prévues au tableau des garanties selon le niveau choisi.**

Ces listes sont exhaustives. Les actes et les soins doivent être réalisés par des professionnels de santé diplômés et inscrits auprès du registre national de leur spécialité.

Ces frais seront remboursés sur présentation de l'original de la facture détaillée.

Médicaments

Cette garantie rembourse les médicaments, inscrits sur la liste des médicaments ayant reçu une autorisation de mise en marché par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), prescrits et pris en charge par les **RÉGIMES OBLIGATOIRES** **dans les limites prévues au tableau des garanties selon le niveau choisi.**

Cette garantie rembourse, **dans les limites prévues au tableau des garanties selon le niveau choisi**, les frais engagés pour l'achat en pharmacie de médicaments inscrits sur la liste des médicaments ayant reçu une autorisation de mise sur le marché par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), y compris les frais de contraception :

- médicaments prescrits mais non pris en charge par votre **RÉGIME OBLIGATOIRE**,
- médicaments non prescrits délivrés en pharmacie sans ordonnance et/ou non remboursés par votre **RÉGIME OBLIGATOIRE**.

Ces frais seront remboursés sur présentation de l'original de la facture détaillée de la pharmacie.

La parapharmacie, les vaccins non remboursés par le RÉGIME OBLIGATOIRE, les traitements anti-paludéens et les traitements d'aide au sevrage tabagique sont exclus.

Matériel médical

Selon les formules, cette garantie rembourse, **dans la limite prévue au tableau des garanties selon le niveau choisi**, les frais que vous avez engagés pour les prothèses orthopédiques et les autres prothèses et appareillages acceptés par les **RÉGIMES OBLIGATOIRES**. Un pourcentage sera donc appliqué sur la *base de remboursement* retenue par les **RÉGIMES OBLIGATOIRES**.

2.5.2. Hospitalisation

Cette garantie concerne les *hospitalisations* médicales et chirurgicales dans des établissements conventionnés, y compris la maternité et l'*hospitalisation à domicile*.

En fonction de votre formule, cette garantie peut vous rembourser les frais suivants, pris en charge ou non par les **RÉGIMES OBLIGATOIRES**, **dans les limites prévues au tableau des garanties selon le niveau choisi :**

- Les honoraires et soins médicaux et chirurgicaux des médecins adhérents ou non à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO,
- Les *frais de séjour*,
- Le *forfait journalier hospitalier*,
- La chambre particulière pour une *hospitalisation* incluant au moins une nuit (**dans la limite de 90 jours cumulés par année d'adhésion pour les hospitalisations psychiatriques**),
- les frais de télévision et d'Internet pour une *hospitalisation* incluant au moins une nuit (**dans la limite de 90 jours cumulés par année d'adhésion pour les hospitalisations psychiatriques**),
- Le lit d'accompagnant
 - Pour les formules Côté NOUS : pour l'*hospitalisation* des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans désignés au contrat
 - Pour les formules Côté MASTER : pour l'*hospitalisation* du ou de la conjoint(e)/Concubin(e)/pacsé(e) désigné(e) au contrat
- Le transport.

2.5.3. Optique

Cette garantie rembourse les frais de monture et de verres et les frais de lentilles pris en charge ou non par les **RÉGIMES OBLIGATOIRES**, sur présentation de l'original de la facture et **dans les limites prévues au tableau des garanties selon le niveau choisi**. Les frais de lunettes (monture et 2 verres) s'appliqueront pour une période de deux ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans et pour le renouvellement d'un équipement justifié par une évolution de la vue, pour lesquels ces frais pourront être renouvelés tous les ans.

Selon les formules, nous participons également à la prise en charge des frais de chirurgie réfractive (intervention liée à la myopie, l'hypermétropie ou l'astigmatisme) dans la limite d'un forfait dans la vie du contrat, **dans les limites prévues au tableau des garanties selon le niveau choisi**, et sur présentation de la prescription médicale ainsi que de l'original de la facture détaillée de l'intervention. Le forfait chirurgie réfractive n'est pas reconductible en cas de changement de niveau de formule et/ou de Version (Côté JE, Côté NOUS ou Côté MASTER).

Les forfaits lunettes et chirurgie réfractive sont cumulables sur une même année d'adhésion sous réserve que la chirurgie réfractive intervienne avant l'équipement optique.

2.5.4. Aides auditives

Selon les formules, cette garantie rembourse, **dans la limite prévue au tableau des garanties selon le niveau choisi**, les frais que vous avez engagés pour les audioprothèses acceptées par les **RÉGIMES OBLIGATOIRES**. Un pourcentage sera donc appliqué sur la *base de remboursement* retenue par les **RÉGIMES OBLIGATOIRES** auquel peut s'ajouter un forfait annuel prévu **au tableau des garanties selon le niveau choisi**. Ce forfait s'entend par appareil, un pour chaque oreille appareillée et pour une période de 4 ans.

À noter que les aides auditives du panier « 100 % Santé » ne seront intégralement remboursées par le RÉGIME OBLIGATOIRE et votre contrat complémentaire santé qu'à compter de 2021.

2.5.5. Dentaire

Cette garantie rembourse les frais suivants, pris en charge ou non par les **RÉGIMES OBLIGATOIRES**, **dans les limites prévues au tableau des garanties selon le niveau choisi** :

- Les consultations et soins dentaires,

Et selon les formules :

- Les prothèses : bridges, couronnes et appareils amovibles,
- Tout type d'inlay,
- L'orthodontie,
- L'implantologie,
- La parodontologie.

Le remboursement des frais de prothèses peut être majoré par un « bonus prothèses dents du sourire » qui concerne uniquement les dents suivantes : incisives, canines et premières prémolaires ; **dans les limites prévues au tableau des garanties selon le niveau choisi**.

2.5.6. Forfaits naissance ou adoption

Selon les formules, la naissance et l'adoption d'un enfant font l'objet du versement d'un forfait **dans les limites prévues au tableau des garanties selon le niveau choisi**. Ce forfait est versé par enfant né ou adopté. La date de naissance ou d'adoption doit être postérieure ou égale à la date de prise d'effet du contrat et déclarée sous trois mois. Le ou les enfant(s) doivent être déclarés comme assurés au présent contrat.

2.6. L'EXPERTISE MÉDICALE

Dans le cadre du versement des *prestations*, nous nous laissons la possibilité de vous faire procéder à un examen médical. Lors de cet examen, vous avez la possibilité de vous faire assister du médecin de votre choix. Si le résultat de l'examen médical effectué est contesté par votre *médecin traitant*, il est fait appel à un troisième praticien pour arbitrer. À défaut d'entente sur la désignation de ce dernier, le choix sera fait, à la diligence de BPCE Assurances, par le Président de l'Ordre Départemental des Médecins dans le ressort duquel se trouve votre domicile, parmi la liste des médecins experts agréés auprès de la Cour d'appel du même ressort. Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Ceux du tiers arbitre, ainsi que les frais que comporte l'exercice de sa mission, sont supportés par les deux parties à parts égales.

Si vous refusez ce contrôle médical, les garanties et les prestations sont suspendues après l'envoi d'une mise en demeure.

Si les conclusions du contrôle médical conduisent à une remise en cause de l'attribution des *prestations*, leur versement cessera dès notification à l'intéressé par lettre recommandée avec avis de réception. Les sommes indûment versées devront nous être restituées.

2.7. LES EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES À VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

Ne sont pas garantis au titre du présent contrat :

- Les événements, conséquences et suites de la guerre civile ou étrangère, émeutes et mouvements populaires
 - Les effets directs ou indirects provenant de la radioactivité ou de la transmutation du noyau de l'atome
 - Les conséquences dommageables des tremblements de terre, éruptions volcaniques, raz de marée
 - Les actes de l'assuré s'ils sont intentionnels, *frauduleux* ou dolosifs
 - Les actes ou interventions chirurgicaux (ales) à caractère esthétique non consécutifs à un *accident* garanti
 - Les séjours en gériatrie, en Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires
 - Les centres hospitaliers et assimilés * pour les personnes âgées dépendantes et les hospitalisations en longs séjours *
 - La contribution et les pénalités prévues dans le cadre du non respect du parcours de soins
 - Les actes réalisés par des professionnels de santé non conventionnés et les séjours dans des établissements non conventionnés
- * Tels que les définis l'article L. 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

3. VOS PRESTATIONS D'ASSISTANCE

3.1. LA VIE DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE


3.1.1. La mise en œuvre des garanties

Les garanties qui sont décrites ci-dessous mises en œuvre par notre *Assisteuse* s'appliquent compte tenu des caractéristiques géographiques, climatiques, économiques, politiques et juridiques propres au lieu de déplacement et constatées lors de l'évènement.

- IMA GIE ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.
- IMA GIE ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays d'origine.

Attention : Les *prestations* d'assistance sont indépendantes des garanties frais de santé du présent contrat. Elles vous sont acquises indépendamment du remboursement des frais de santé, dès lors que l'évènement est garanti et que votre contrat a pris effet.

Pour bénéficier des prestations d'assistance, il vous suffit de composer le 09 69 36 45 45 appel non surtaxé et depuis l'étranger le + 00 33 9 69 36 45 45 (24h/24).

 Accessibilité pour les personnes malentendantes ou sourdes via le site de votre Caisse d'Epargne ou Banque associée. Pour les malentendants et sourds, en cas d'urgence ou en dehors des horaires du service, une assistance par SMS au 06 85 11 93 55 (coût selon opérateur).

Les dépenses engagées sans l'accord préalable d'IMA GIE resteront à votre charge.

3.1.2. Les bénéficiaires des prestations d'assistance

Pour l'Assistance à *domicile* :

Tout assuré domicilié en France métropolitaine ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit : *conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e)*, enfants et petits-enfants, enfants handicapés sans limite d'âge et *ascendants* directs fiscalement à charge.

Pour l'Assistance en déplacement :

Tout assuré domicilié en France, ainsi que son *conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e)*, leurs enfants à leur charge ou vivant à leur *domicile*, ainsi que toute personne à leur charge et vivant à leur *domicile*.

3.1.3. Les pièces justificatives

IMA GIE se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès...).

De la même façon, IMA GIE pourra demander l'envoi d'une attestation de son employeur mentionnant que le salarié a épuisé ses droits de garde d'enfants malades au *domicile*, ou qu'il n'est pas bénéficiaire de tels accords.

3.1.4. Les définitions spécifiques aux prestations d'assistance

• Aidant

L'assuré qui apporte seul ou en complément de l'intervention d'un professionnel, l'aide humaine rendue nécessaire par la *perte d'autonomie* d'un *proche* et qui n'est pas salarié pour cette aide.

• Aidé

Le *proche* dont la *perte d'autonomie* nécessite la présence d'une tierce personne pour l'accomplissement des tâches et activités de la vie quotidienne.

• Aggravation de la perte d'autonomie

Modification de l'état de dépendance d'une personne attestée par :

- le changement de catégorie de l'Allocation d'Éducation pour l'Enfant Handicapé (AEEH),
- ou de l'évolution des droits pour la Prestation de Compensation du Handicap (PCH),
- ou de changement de classement GIR de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

• Besoin de répit

Besoin de repos, consécutif à un épuisement physique ou moral de l'*aidant*, qui doit permettre à celui-ci de reprendre des forces afin de continuer d'assumer son rôle.

• Centre de convalescence

Les centres de convalescence sont des structures de soins qui contribuent à une réadaptation post-*hospitalisation*. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermique sont assimilés à des centres de convalescence. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des *hospitalisations*.

• Maladie

Altération soudaine, imprévisible et aiguë (non chronique) de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un *accident* corporel, constatée par une autorité médicale compétente et dans le cadre de l'assistance déplacement, qui empêche la continuation normale du voyage ou du séjour.

• Hospitalisation

Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé incluant au moins une nuit.

• Hospitalisation imprévue

Hospitalisation dont l'assuré n'a connaissance que dans les 30 jours qui la précèdent.

• Hospitalisation programmée

Hospitalisation dont l'assuré a connaissance depuis plus de 30 jours.

• Perte d'autonomie

État d'une personne qui relève des droits :

- à l'Allocation d'Éducation pour l'Enfant Handicapé (AEEH) pour les catégories 2 à 6,
- ou à la Prestation de Compensation du Handicap (PCH),
- ou à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) au titre d'un classement GIR 1 à 4.

• Proche

Parent de l'*assuré* ou, à défaut, toute personne physique désignée par l'*assuré* ou l'un de ses ayants droit ou, à défaut, par IMA GIE.

• Teleassistance

Système de télécommunication qui permet à une personne en *perte d'autonomie* ou isolée d'alerter à distance un professionnel de l'assistance.

3.1.5. Le recours

L'assuré prend l'engagement formel d'informer IMA GIE de toutes procédures pénales ou civiles dont il aurait eu connaissance contre le responsable d'un *accident* dont il aurait été victime et à raison de cet *accident*.

3.1.6. Les exclusions communes aux prestations d'assistance

Infraction

IMA GIE ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où l'*assuré* aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

Force majeure

IMA GIE ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que pandémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

Déclaration mensongère

En cas de déclaration mensongère de l'*assuré* ou de non remboursement d'une avance de frais, IMA GIE se réserve le droit de réclamer à l'*assuré* le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

Comportement abusif

Lorsque le comportement d'un *assuré* sera jugé abusif par IMA GIE, les faits incriminés seront portés à la connaissance de BPCE ASSURANCES.

IMA GIE réclamera, s'il y a lieu, le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

Refus de l'assuré

Si l'*assuré* refuse les garanties proposées par IMA GIE, l'*assuré* organise dans ce cas librement et sous son entière responsabilité les actions qu'il juge les plus adaptées à son état, IMA GIE étant déchargée de toute obligation. En aucun cas, IMA GIE ne peut être tenue au paiement des frais engagés par l'*assuré*.

LES GARANTIES D'ASSISTANCE

Le tableau ci-dessous est une synthèse de vos *prestations* d'assistance. Pour plus de détails concernant les conditions, limites et exclusions applicables à chacune de ces garanties, veuillez vous référer aux dispositions de votre notice d'information.

				Côté JE	Côté NOUS	Côté MASTER
L'ASSISTANCE À DOMICILE						
Assistance à domicile en cas d'hospitalisation (> à 2 jours) ou d'immobilisation (> 5 jours) liées à un accident ou une maladie						
DE L'ASSURÉ(E) - CONJOINT(E)/CONCUBIN(E)/PACSÉE						
Aide-ménagère		cf. 3.2.4	cf. 3.2.4	cf. 3.2.4		
Présence d'un <i>proche</i> au chevet du patient assuré		cf. 3.2.4	cf. 3.2.4	cf. 3.2.4		
Transfert & garde d'animaux domestiques		cf. 3.2.4	cf. 3.2.4	cf. 3.2.4		
Services de proximité						
- livraison de médicaments,		cf. 3.2.4	cf. 3.2.4	cf. 3.2.4		
- portage de repas, d'espèces, livraison de courses					cf. 3.2.4	
Prise en charge des enfants et des petits-enfants de < 16 ans ou des enfants handicapés						
- déplacement d'un <i>proche</i> , ou transfert chez un <i>proche</i> , ou garde à domicile,					cf. 3.2.4	cf. 3.2.4
- conduite à l'école et retour au domicile						
Prise en charge des <i>ascendants</i>						
- Déplacement d'un <i>proche</i> , ou transfert chez un <i>proche</i> , ou garde à domicile					cf. 3.2.4	cf. 3.2.4
DE L' ENFANT-PETIT ENFANT-HANDICAPÉ						
Prise en charge des enfants et des petits-enfants de < 16 ans, ou des enfants handicapés (sans limite d'âge) malades ou accidentés					cf. 3.2.4	cf. 3.2.4
Assistance à domicile en cas d'évènement traumatisant (maladie grave, décès, accident)						
Assistance psychologique		cf. 3.2.4	cf. 3.2.4	cf. 3.2.4		
Assistance à domicile en cas de chimiothérapie ou de radiothérapie						
Aide-ménagère		cf. 3.2.4	cf. 3.2.4	cf. 3.2.4		
Prise en charge des enfants et des petits-enfants de < 16 ans ou des enfants handicapés vivant au domicile		cf. 3.2.4	cf. 3.2.4	cf. 3.2.4		
Prise en charge des <i>ascendants</i> vivant au domicile		cf. 3.2.4	cf. 3.2.4	cf. 3.2.4		
Informations et conseils						
Conseils médicaux		cf. 3.2.4	cf. 3.2.4	cf. 3.2.4		
Informations administratives et sociales		cf. 3.2.4	cf. 3.2.4	cf. 3.2.4		
Garanties d'assistance maternité						
Aide à domicile, garde des autres enfants de < 16 ans, garde des <i>ascendants</i> en cas de grossesse pathologique, de séjour prolongé en maternité, ou de naissance multiple ou prématurée					cf. 3.2.4	
Garde des autres enfants de < 16 ans, garde des <i>ascendants</i> en cas d'hospitalisation d'un nouveau-né de < 3 mois					cf. 3.2.4	
L'ASSISTANCE EN DÉPLACEMENT						
Assistance en déplacement touristique de moins de 3 mois en cas de maladie ou d'accident corporel de l'un des bénéficiaires						
Rapatriement sanitaire		cf. 3.4.7	cf. 3.4.7	cf. 3.4.7		
Rapatriement des autres bénéficiaires en cas de rapatriement sanitaire d'un bénéficiaire blessé ou malade		cf. 3.4.7	cf. 3.4.7	cf. 3.4.7		
Hébergement sur place d'un accompagnant en cas d'hospitalisation prolongée (dans l'attente du rapatriement)		cf. 3.4.7	cf. 3.4.7	cf. 3.4.7		
Voyage Aller-Retour d'un <i>proche</i> en cas d'hospitalisation de > 7 jours		cf. 3.4.7	cf. 3.4.7	cf. 3.4.7		
Frais médicaux et d'hospitalisation à l'étranger		cf. 3.4.7	cf. 3.4.7	cf. 3.4.7		
Recherche et expéditions de médicaments et prothèses		cf. 3.4.7	cf. 3.4.7	cf. 3.4.7		
Assistance en cas d'accident de ski alpin ou de fond						
Frais de secours en montagne		cf. 3.4.7	cf. 3.4.7	cf. 3.4.7		
Assistance en cas de décès						
Rapatriement du corps en cas de décès de l'un des bénéficiaires en déplacement		cf. 3.4.7	cf. 3.4.7	cf. 3.4.7		
Retour anticipé en cas de décès d'un membre de la famille du bénéficiaire		cf. 3.4.7	cf. 3.4.7	cf. 3.4.7		
Renseignements & conseils médicaux						
Renseignements et conseils médicaux lors de la préparation d'un voyage, pendant et au retour de voyage		cf. 3.4.7	cf. 3.4.7	cf. 3.4.7		
L'AIDE AUX AIDANTS						
Prestations réservées aux bénéficiaires d'une formule 3 ou 4 Côté MASTER	Informations et conseils lorsque l'un des assurés devient aidant, en cas d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé, ou d'accident corporel ou de maladie de l'aidant *					
	Informations médicales, prévention nutrition santé, conseil social, informations administratives, sociales, juridiques et pratiques, recherche de médecin, d'infirmière ou d'intervenant paramédical					cf. 3.3.3
	Garanties en cas de survenance ou d'aggravation de perte d'autonomie de l'aidé *					
	Soutien de l'aidant : bilan social, assistance psychologique					cf. 3.3.3
	Formation de l'aidant					cf. 3.3.3
	En cas de maintien à domicile : bilan situationnel par ergothérapeute, service travaux aménagement du domicile, téléassistance					cf. 3.3.3
	En cas de non maintien au domicile : aide au déménagement, nettoyage du logement					cf. 3.3.3
	Garanties en cas d'hospitalisation imprévue de > 2 jours ou d'immobilisation au domicile de > 5 jours de l'aidant, ou en cas de besoin de répit de l'aidant médicalement justifié *					
	Auxiliaire de vie ou aide-ménagère					cf. 3.3.3
	Venue d'un <i>proche</i> ou transfert chez un <i>proche</i>					cf. 3.3.3
	Services de proximité					
	- livraison de médicaments,					
	- portage de repas, d'espèces, livraison de courses,					
	- coiffure à domicile					cf. 3.3.3
	Téléassistance **					cf. 3.3.3
* Prestations réservées aux bénéficiaires d'une formule 3 ou 4 Côté MASTER.						
** Garantie non acquise en cas de besoin de répit de l'aidant médicalement justifié.						

3.2. VOTRE ASSISTANCE À DOMICILE

3.2.1. Les faits générateurs de l'assistance à domicile

Les prestations d'assistance jouent suivant les garanties :

- en cas d'*accident* corporel ou de *maladie* soudaine, imprévisible et aiguë (non chronique) survenant à l'un des *assurés* et nécessitant une *hospitalisation* de plus de 2 jours ou une immobilisation au *domicile* de plus de 5 jours ;
- et les traitements suivants :
 - chimiothérapie,
 - radiothérapie,pour les garanties relatives aux aides ménagères et la prise en charge des enfants ou petits enfants (< 16 ans) des enfants handicapés sans limite d'âge en cas d'indisponibilité des parents.
- en cas d'événements traumatisants, tels qu'un *accident* ou une *maladie* grave ou un décès, pour la garantie « Assistance psychologique ».
- en cas de décès.

3.2.2. Les spécificités d'intervention

IMA GIE apporte une aide immédiate et effective afin de participer au retour à la normale de la vie familiale.

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elle ne doit pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle de l'*assuré*. Le nombre d'heures attribué pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins de l'*assuré*, IMA GIE se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : type de logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du *domicile*, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes.

L'urgence, qui justifie l'intervention d'IMA GIE, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un *centre de convalescence* du fait du temps dont dispose l'*assuré* pour organiser son retour au *domicile*, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins de l'*assuré*.

3.2.3. Les exclusions spécifiques aux prestations d'assistance à domicile

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les *hospitalisations* :

- dans des établissements et services psychiatriques, gériologiques et gériatriques,
- programmées lorsqu'elles sont liées à des *maladies* chroniques préexistantes,
- liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des *maladies*,
- liées au changement de sexe, à la stérilisation, les traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi qu'à leurs conséquences,

De même sont exclues les *hospitalisations* et immobilisations consécutives à l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement et de la consommation d'alcools ou résultant de l'action volontaire de l'*assuré* (suicide, tentative de suicide ou mutilation volontaire).

3.2.4. Vos prestations d'assistance à domicile

SI VOUS ÊTES BÉNÉFICIAIRE D'UNE FORMULE CÔTÉ JE, CÔTÉ NOUS OU CÔTÉ MASTER

GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION

En cas d'*hospitalisation* de plus de 2 jours ou d'une immobilisation au *domicile* de plus de 5 jours de l'*assuré* ou de son *conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e)*, IMA GIE, organise et prend en charge les garanties suivantes.

• Aide ménagère

L'aide ménagère a notamment pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle est mise à disposition selon les disponibilités locales, dès le premier jour de l'*hospitalisation*, au retour au *domicile* ou à compter du premier jour d'immobilisation au *domicile*.

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA GIE selon la situation et ne pourra excéder 30 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparties sur une période maximale de 30 jours à compter de la date de l'événement.

Cette garantie s'applique immédiatement en cas de décès de l'*assuré* ou de son *conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e)*.

• Présence d'un *proche* au chevet du patient assuré

IMA GIE organise et prend en charge en France le déplacement aller - retour d'un *proche* (train 1^{ère} classe ou avion classe économique).

IMA GIE organise également et prend en charge son hébergement pour 2 nuits, petits-déjeuners inclus, à concurrence de 92 € au total.

• Transfert et garde d'animaux domestiques (chiens et chats)

IMA GIE organise et prend en charge le transport et/ou l'hébergement des animaux domestiques (chiens et chats) vivant au *domicile*, dans la limite de 30 jours à compter du 1^{er} jour de l'événement.

Cette garantie s'applique à la condition que les animaux aient reçu les vaccinations obligatoires.

GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

• Assistance psychologique

En cas d'événements traumatisants, tels qu'un *accident*, une *maladie* grave, un décès, affectant l'un des bénéficiaires, IMA GIE peut organiser et prendre en charge, selon la situation :

- de 1 à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien,
- et si nécessaire, de 1 à 5 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

Les *prestations* doivent être exécutées dans un délai d'un an à compter de la date de survenance de l'événement.

• En cas de radiothérapie ou de chimiothérapie

En cas de nécessité de traitement médical entraînant des séances de radiothérapie ou de chimiothérapie en établissement hospitalier ou à *domicile*, IMA GIE met à la disposition du bénéficiaire une aide-ménagère. Cette garantie est accordée pendant la durée du traitement, dans la limite de 30 heures, selon la situation.

Les garanties relatives à la prise en charge des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans et à la prise en charge des *ascendants* ou enfants handicapés (sans limite d'âge) vivant au *domicile* sont également applicables.

• Services de proximité

Livraison de médicaments

En cas d'*hospitalisation* de plus de 2 jours ou d'une immobilisation au *domicile* de plus de 5 jours de l'*assuré* ou de son *conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e)*, lorsque ni l'*assuré* ou son *conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e)*, ni l'un de leurs *proches* ne sont en mesure de rechercher les médicaments prescrits par le *médecin traitant*, IMA GIE se charge de les rechercher à la pharmacie la plus proche du *domicile* et de les livrer. La garantie est limitée à deux livraisons. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'*assuré*.

• Garanties médicales

Conseils médicaux

Hors urgence médicale et en l'absence du médecin traitant, des conseils médicaux, liés à un accident corporel ou à une *maladie à domicile*, peuvent être prodigués par les médecins d'IMA GIE. Ces conseils ne pourront cependant pas être considérés comme des consultations médicales.

Transport en ambulance

Hors urgence médicale, IMA GIE organise, sur prescription médicale, le transport de l'*assuré* par ambulance ou véhicule sanitaire léger entre son *domicile* et un établissement de soins de son choix, proche de son *domicile* et médicalement adapté. Si son état de santé le nécessite, IMA GIE organise son retour au *domicile* par l'un de ces moyens. Les frais de transport demeurent à la charge de l'*assuré*. Ils sont remboursés dans les conditions légales et réglementaires de la Sécurité sociale et la mutuelle.

• Prolongation des garanties

Lorsque les *prestations* mises en œuvre et prises en charge par IMA GIE prennent fin, IMA GIE propose aux *assurés* qui le souhaitent la prolongation de ces *prestations*, par la mise en relation avec ses intervenants. Le montant de ces *prestations* reste dès lors à la charge de l'*assuré*.

INFORMATIONS ET CONSEILS

• Informations administratives et sociales

(Les informations à caractère juridique ne sont pas à confondre avec une prestation d'assurance protection juridique)

Afin d'aider les *assurés* souhaitant obtenir des informations à caractère général, IMA GIE s'efforce d'orienter les appelants vers les services appropriés, ou de rechercher et communiquer par téléphone les informations suivantes, du lundi au samedi de 8h à 19h, hors jours fériés :

- Organismes sociaux - ouverture des droits - garanties (remboursements des frais médicaux et hospitaliers, indemnités journalières, rentes et pensions d'invalidité)
- Démarches auprès de l'employeur
- Caisses d'allocations familiales
- Aide sociale
- Aide aux handicapés
- Informations à la suite du décès d'un *assuré*
- Informations administratives, sociales, juridiques et vie pratique :

En matière de santé : don du sang ou d'organes, dossiers médicaux, médecine scolaire, responsabilité médicale, paramédicale, Sécurité sociale.

En matière de droit du travail : travail temporaire, travail à *domicile*, les contrats de travail, travail à temps partiel, fonction publique, licenciement, chômage, *accidents* du travail.

SI VOUS ÊTES BÉNÉFICIAIRE D'UNE FORMULE CÔTÉ NOUS OU CÔTÉ MASTER

GARANTIES ENFANTS, PETITS-ENFANTS, ASCENDANTS

• Prise en charge des enfants et petits-enfants (< 16 ans) ou des enfants handicapés (sans limite d'âge) en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation d'un parent

En cas d'*hospitalisation* de plus de 2 jours, ou d'immobilisation de plus de 5 jours de l'*assuré* ou de son *conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e)*, IMA GIE organise et prend en charge l'une des garanties suivantes sur une période maximale de 30 jours :

Le déplacement d'un proche

Déplacement aller et retour en France métropolitaine d'un *proche* pour garder les enfants ou petits-enfants au *domicile* (billet de train 1^{ère} classe ou d'avion, classe économique).

Le transfert des enfants ou petits-enfants

Le voyage aller et retour en France métropolitaine des enfants ou petits-enfants, ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, en train 1^{ère} classe ou en avion classe économique, auprès de *proches* susceptibles de les accueillir.

En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA GIE organise et prend en charge l'accompagnement des enfants ou petits-enfants par l'un de ses prestataires.

La garde des enfants ou petits-enfants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA GIE organise et prend en charge la garde des enfants ou petits-enfants au *domicile* par l'un de ses intervenants habilités. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA GIE selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours à compter de la date de l'événement.

Cette garantie s'applique immédiatement en cas de décès de l'*assuré* ou de son *conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e)*.

La conduite à l'école et le retour au domicile des enfants ou petits-enfants

Lorsqu'aucun *proche* ne peut se rendre disponible, IMA GIE organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants ou petits-enfants au *domicile* par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours répartis sur une période de 30 jours à compter de la date de l'événement.

Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions, sans aucune limite d'âge.

Les prestations garde/transfert/déplacement d'un proche ne sont pas cumulatives.

• Prise en charge des enfants et petits-enfants (< 16 ans) ou des enfants handicapés (sans limite d'âge) malades ou accidentés

IMA GIE organise et prend en charge l'une des garanties suivantes sur une période maximale de 30 jours à compter de la date de l'événement :

La présence d'un proche au chevet

En cas d'*hospitalisation imprévue* ou d'une immobilisation au *domicile* de plus de 2 jours de l'enfant ou du petit-enfant, IMA GIE organise et prend en charge le déplacement aller et retour en France métropolitaine, d'un *proche* au chevet de l'enfant ou du petit-enfant (billet de train 1^{ère} classe ou d'avion, classe économique).

La garde des enfants

En cas d'*hospitalisation imprévue* ou d'une immobilisation au *domicile* de plus de 2 jours de l'enfant ou du petit-enfant, IMA GIE organise et prend en charge, dans l'hypothèse où la précédente garantie ne trouverait pas à s'appliquer, la garde au *domicile* des enfants malades ou accidentés par un intervenant habilité.

Le nombre d'heures est évalué par IMA GIE selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours à compter de la date de l'événement.

La garde des frères et sœurs

En cas d'*hospitalisation* immédiate et imprévue d'un enfant ou petit-enfant, IMA GIE organise et prend en charge la garde des autres enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, lorsque aucun *proche* ne peut l'assumer, par :

- Le déplacement aller et retour en France métropolitaine d'un *proche*,
 - Ou s'il y a lieu, leur garde au *domicile* par un intervenant habilité.
- Le nombre d'heures est évalué par IMA GIE selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours à compter de la date de l'événement.

Cette garantie peut être complétée par l'accompagnement aller-retour de l'enfant à l'école dans la limite d'un aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours répartis sur une période de 30 jours.

Soutien scolaire

Si l'enfant ou le petit-enfant est immobilisé au *domicile* pour une durée de plus de 14 jours et ne peut pas suivre sa scolarité, IMA GIE organise et prend en charge son soutien pédagogique jusqu'à la reprise des cours.

Cette garantie s'applique pendant l'année scolaire en cours, pour les enfants du primaire au secondaire. Il s'agit de cours particuliers dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), donnés au *domicile* de l'enfant, jusqu'à 3 heures par jour ouvrable, hors vacances scolaires et jours fériés.

Remplaçante de garde d'enfants

Lorsque la garde salariée habituelle des enfants est soudainement malade, hospitalisée plus de 2 jours ou immobilisée à son domicile plus de 5 jours, IMA GIE met à la disposition des parents assurés une garde d'enfants jusqu'à 30 heures, réparties sur une période maximale d'un mois.

Les prestations garde/transfert/déplacement d'un proche ne sont pas cumulatives.

• Prise en charge des ascendants

En cas d'hospitalisation de plus de 2 jours, ou d'immobilisation de plus de 5 jours de l'assuré ou de son conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e) et lorsque ses ascendants ne peuvent se prendre en charge seuls, IMA GIE organise et assume les coûts d'une des garanties suivantes sur une période maximale de 30 jours :

Le déplacement d'un proche

Déplacement aller et retour en France métropolitaine d'un proche pour garder les ascendants au *domicile* (billet de train 1^{ère} classe ou d'avion, classe économique).

Le transfert des ascendants chez un proche

Le voyage aller et retour en France métropolitaine des ascendants en train 1^{ère} classe ou en avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

La garde des ascendants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA GIE organise et prend en charge la garde des ascendants au *domicile* par l'un de ses intervenants habilités. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA GIE selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours à compter de la date de l'événement.

Cette garantie s'applique immédiatement en cas de décès de l'assuré ou de son conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e).

Les prestations garde/transfert/déplacement d'un proche ne sont pas cumulatives.

SI VOUS ÊTES BÉNÉFICIAIRE D'UNE FORMULE CÔTÉ NOUS

GARANTIES D'ASSISTANCE MATERNITÉ

Les prestations d'assistance maternité ne sont pas cumulables, ni avec les prestations en cas d'hospitalisation de plus de 2 jours ou d'une immobilisation au *domicile* de plus de 5 jours, ni entre elles sauf en cas de grossesse pathologique.

• En cas de grossesse pathologique nécessitant un alitement supérieur à 15 jours

En cas de grossesse pathologique nécessitant un alitement supérieur à 15 jours de l'assuré ou de son conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e), IMA GIE organise et prend en charge les garanties suivantes :

Une aide à domicile

IMA GIE organise et prend en charge une aide à *domicile* à compter du premier jour de l'événement, à raison de 2 heures par jour d'immobilisation, dans la limite de 30 heures, réparties sur une période maximale d'un mois selon la situation. L'aide ménagère a notamment pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle est mise à disposition selon les disponibilités locales.

La garde des autres enfants de moins de 16 ans

IMA GIE organise et prend en charge la garde des autres enfants soit :

- Le déplacement aller et retour en France métropolitaine d'un proche pour garder les autres enfants au *domicile* (billet de train 1^{ère} classe ou d'avion, classe économique).
- Le transfert, voyage aller et retour en France métropolitaine des autres enfants ainsi que celui d'un proche les accompagnant, en train 1^{ère} classe ou en avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir. En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA GIE organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires conventionnés.
- La garde des autres enfants, lorsqu'aucun proche ne peut l'assumer, par une garde à *domicile* ou intervenant autorisé, dans la limite de 30 heures, réparties sur 1 mois à compter de la date de l'événement.

Les prestations garde/transfert/déplacement d'un proche ne sont pas cumulatives.

La garde des ascendants

IMA GIE organise et prend en charge la garde des ascendants soit :

- du déplacement aller et retour en France métropolitaine d'un proche, susceptible de s'en occuper au *domicile* (billet de train 1^{ère} classe ou avion de ligne classe économique) ;
- de leur transfert aller et retour en France métropolitaine au *domicile* d'un proche, en train 1^{ère} classe ou avion de ligne, classe économique ;
- de leur garde à *domicile* dans la limite de 30 heures, réparties sur 1 mois à compter de la date de l'événement.

Les prestations garde/transfert/déplacement d'un proche ne sont pas cumulatives.

• En cas de séjour prolongé en maternité

En cas de séjour de plus de 5 jours en maternité de l'assuré ou de son conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e), IMA GIE organise et prend en charge :

Une aide à domicile

IMA GIE organise et prend en charge une aide à *domicile* à compter du premier jour de l'événement, à raison de 2 heures par jour d'immobilisation, dans la limite de 30 heures, réparties sur une période maximale d'un mois selon la situation. L'aide ménagère a notamment pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle est mise à disposition selon les disponibilités locales.

La garde des autres enfants de moins de 16 ans

IMA GIE organise et prend en charge la garde des autres enfants soit :

- Le déplacement aller et retour en France métropolitaine d'un proche pour garder les autres enfants au *domicile* (billet de train 1^{ère} classe ou d'avion, classe économique).
- Le transfert, voyage aller et retour en France métropolitaine des autres enfants ainsi que celui d'un proche les accompagnant, en train 1^{ère} classe ou en avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir. En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA GIE organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires conventionnés.
- La garde des autres enfants, lorsqu'aucun proche ne peut l'assumer par une garde au *domicile* par un intervenant autorisé, dans la limite de 30 heures, réparties sur 1 mois à compter de la date de l'événement.

Les prestations garde/transfert/déplacement d'un proche ne sont pas cumulatives entre elles.

La garde des ascendants

IMA GIE organise et prend en charge la garde des ascendants soit :

- du déplacement aller et retour en France métropolitaine d'un proche susceptible de s'en occuper au *domicile* (billet de train 1^{ère} classe ou avion de ligne classe économique).

- de leur transfert aller et retour en France métropolitaine au *domicile* d'un *proche* en train 1^{ère} classe ou avion de ligne, classe économique ;
- de leur garde à *domicile* dans la limite de 30 heures, réparties sur 1 mois à compter de la date de l'événement.

Les prestations garde/transfert/déplacement d'un proche ne sont pas cumulatives.

• En cas de naissance multiple ou de naissance prématurée

En cas de naissance multiple ou de naissance prématurée (naissance d'un enfant inférieure à 37 semaines aménorrhées), IMA GIE organise et prend en charge :

Une aide à domicile

IMA GIE organise et prend en charge une aide à *domicile* à compter du premier jour de l'événement, à raison de 2 heures par jour d'immobilisation, dans la limite de 30 heures réparties sur une période maximale d'un mois selon la situation. L'aide ménagère a notamment pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle est mise à disposition selon les disponibilités locales.

La garde des autres enfants de moins de 16 ans

IMA GIE organise et prend en charge la garde des autres enfants soit :

- Le déplacement aller et retour en France métropolitaine d'un *proche* pour garder les autres enfants au *domicile* (billet de train 1^{ère} classe ou d'avion, classe économique).
- Le transfert, voyage aller et retour en France métropolitaine des autres enfants ainsi que celui d'un *proche* les accompagnant, en train 1^{ère} classe ou en avion classe économique, auprès de *proches* susceptibles de les accueillir. En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA GIE organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires conventionnés.
- La garde des autres enfants, lorsqu'aucun *proche* ne peut l'assumer par une garde au *domicile* ou intervenant autorisé, dans la limite de 30 heures réparties sur 1 mois à compter de la date de l'événement.

Les prestations garde/transfert/déplacement d'un proche ne sont pas cumulatives.

La garde des ascendants

IMA GIE organise et prend en charge la garde des *ascendants* soit :

- du déplacement aller et retour en France métropolitaine d'un *proche* susceptible de s'en occuper au *domicile* (billet de train 1^{ère} classe ou avion de ligne classe économique).
- de leur transfert aller et retour en France métropolitaine au *domicile* d'un *proche* en train 1^{ère} classe ou avion de ligne, classe économique ;
- de leur garde à *domicile* dans la limite de 30 heures réparties sur 1 mois à compter de la date de l'événement.

Les prestations garde/transfert/déplacement d'un proche ne sont pas cumulatives.

• En cas d'hospitalisation supérieure à 5 jours d'un nouveau né de moins de 3 mois

En cas d'hospitalisation supérieure à 5 jours d'un nouveau né de moins de 3 mois, IMA GIE organise et prend en charge :

La garde des autres enfants de moins de 16 ans

IMA GIE organise et prend en charge la garde des autres enfants soit :

- Le déplacement aller et retour en France métropolitaine d'un *proche* pour garder les autres enfants au *domicile* (billet de train 1^{ère} classe ou d'avion, classe économique).
- Le transfert, voyage aller et retour en France métropolitaine des autres enfants ainsi que celui d'un *proche* les accompagnant, en train 1^{ère} classe ou en avion classe économique, auprès de *proches* susceptibles de les accueillir. En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA GIE organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires conventionnés.

- La garde des autres enfants, lorsqu'aucun *proche* ne peut l'assumer par une garde au *domicile* ou intervenant autorisé, dans la limite de 30 heures, réparties sur 1 mois à compter de la date de l'événement.

Les prestations garde/transfert/déplacement d'un proche ne sont pas cumulatives.

La garde des ascendants

IMA GIE organise et prend en charge la garde des *ascendants* soit :

- du déplacement aller et retour en France métropolitaine d'un *proche* susceptible de s'en occuper au *domicile* (billet de train 1^{ère} classe ou avion de ligne classe économique).
- de leur transfert aller et retour en France métropolitaine au *domicile* d'un *proche* en train 1^{ère} classe ou avion de ligne, classe économique ;
- de leur garde à *domicile* dans la limite de 30 heures, réparties sur 1 mois à compter de la date de l'événement.

Les prestations garde/transfert/déplacement d'un proche ne sont pas cumulatives.

SI VOUS ÊTES BÉNÉFICIAIRE D'UNE FORMULE CÔTÉ MASTER

SERVICES DE PROXIMITÉ

En cas d'hospitalisation de plus de 2 jours ou d'une immobilisation au *domicile* de plus de 5 jours de l'assuré ou de son conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e), IMA GIE, organise et prend en charge les garanties suivantes :

• Portage de repas

Lorsque l'assuré ou son conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e) n'est pas en mesure de préparer lui-même les repas ou de les faire préparer par son entourage, IMA GIE prend en charge un forfait de livraison d'un pack repas pour 7 jours maximum à définir à la commande.

Notre solution de portage de repas permet à l'assuré, lors de sa commande, de trouver une écoute pour l'aider à composer ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il lui sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.

Le prix des repas demeure à la charge de l'assuré.

• Portage d'espèces

Lorsque l'assuré ou son conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e) ne dispose plus d'espèces et ne peut s'en procurer, IMA GIE organise et prend en charge :

- un transport aller/retour dans un établissement bancaire
- ou bien le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 €. La somme avancée devra être remboursée à IMA GIE dans un délai d'un mois à compter de la date de la reconnaissance de dette.

• Livraison de courses

Lorsque ni l'assuré ou son conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e), ni l'un de leurs *proches* ne sont en mesure de faire les courses, IMA GIE prend en charge les frais de livraison d'une commande par semaine. Les frais de livraison seront remboursés à l'assuré sur présentation d'un justificatif. Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à *domicile*, IMA GIE organise et prend en charge la livraison par taxi. Le prix des courses demeure à la charge de l'assuré.

3.3. L'AIDE AUX AIDANTS POUR LES BÉNÉFICIAIRES D'UNE FORMULE 3 OU 4 CÔTÉ MASTER

3.3.1. Les conditions de mise en œuvre des garanties d'Aide aux aidants

3.3.1.1. Les faits générateurs

Les *prestations d'assistance* interviennent :

- Lorsque l'un des assurés devient *aidant*,
- En cas d'aggravation de la *perte d'autonomie* de l'aidé,
- En cas d'*accident corporel* ou de *maladie* de l'aidant.

3.3.1.2. Le délai de demande d'assistance

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, pour être recevable, toute demande d'assistance doit être exercée dans les délais indiqués ci-dessous :

1) Garanties Soutien et Formation de l'*aidant*, garanties en cas de maintien et de non maintien au *domicile* liées à la *perte d'autonomie* : la demande doit être exercée dans les 12 mois à compter de la date du document attestant de la *perte d'autonomie*.

Passé ce délai aucune garantie ne sera accordée.

2) Garanties *Hospitalisation imprévue* ou immobilisation de l'*aidant* et *Besoin de répit* de l'*aidant* :

La demande, doit être exercée au plus tard dans les 7 jours qui suivent :

- Une immobilisation au *domicile*.
- La sortie d'une *hospitalisation*.
- La constatation d'un *besoin de répit* de l'*aidant*.

Passé ce délai un décompte sera effectué sur les plafonds accordés et les garanties seront mises en place au prorata des jours restants.

Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'évènement (sortie d'*hospitalisation*, immobilisation, constatation du *besoin de répit*).

Illustration pour la garantie aide-ménagère plafonnée à 30 jours : en cas d'appel le 15^e jour, la garantie est alors plafonnée à 15 jours.

3.3.1.3. La mise en œuvre des garanties

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle de l'*aidant* et de l'*aidé*. Le nombre d'heures nécessaires pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins, IMA GIE se base sur des critères objectifs liés à l'environnement et à la situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du *domicile*, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA GIE ou en accord préalable avec elle.

IMA GIE ne participera pas après coup aux dépenses que l'*aidant* aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser l'*aidant* qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA GIE pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

3.3.2. Les pièces justificatives

La mise en œuvre des garanties par IMA GIE est soumise à la transmission préalable :

- d'un justificatif de *perte d'autonomie* de l'*aidé*,
- d'un nouveau justificatif de *perte d'autonomie* de l'*aidé* en cas d'*aggravation* de la situation,
- d'un certificat médical en cas de *besoin de répit* de l'*aidant*,
- d'un bulletin d'*hospitalisation* ou d'un certificat médical en cas d'*hospitalisation* ou d'immobilisation de l'*aidant*.

3.3.3. Vos prestations d'assistance Aide aux aidants

INFORMATIONS & CONSEILS

• Informations médicales

Une équipe médicale communique de 9h à 18h sur simple appel de l'*aidant* des informations et conseils médicaux sur les domaines suivants :

- *Perte d'autonomie* : attitudes préventives pour prévenir les chutes, conseils sur la santé et informations sur les risques médicaux.
- Conseils et prévention en matière de voyages, de vaccinations, d'hygiène et d'alimentation.
- Loisirs : attitude préventive face à la reprise d'une activité sportive, pratiques de sports à risques.

Les conseils médicaux donnés ne peuvent en aucun cas être considérés comme des consultations médicales ou un encouragement à l'automédication et ils ne remplacent pas le *médecin traitant*.

En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les services médicaux d'urgence.

• Prévention nutrition santé

L'*aidant* peut bénéficier, une fois par an, de conseils diététiques par téléphone du lundi au vendredi, hors jours fériés, concernant plus particulièrement :

- Un accès à des informations pratiques pour un bon équilibre alimentaire,
- Les actions en faveur de la prévention santé avec une sensibilisation à la nutrition des personnes dépendantes, problème de déglutition, de mastication...
- Les réponses aux questions sur les déséquilibres alimentaires et les problématiques de la dénutrition chez les personnes dépendantes.

Ces conseils sont réalisés par des diététiciens.

Un bilan nutritionnel peut être réalisé à la demande de l'*aidant*. Celui-ci est à la charge de l'*aidant*.

• Conseil social

À la demande de l'*aidant*, IMA GIE peut organiser et prendre en charge, selon la situation, de un à 5 entretiens téléphoniques sur 12 mois avec un Travailleur Social *. Ce service est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Le travailleur social apporte une information générique sur les droits sociaux et les modes d'aides disponibles couvrant les champs suivants :

- Aides financières, exonérations de charges sociales, réductions d'impôts en fonction du statut de l'*aidé* et de la nature des mesures à financer : Prestation de Compensation du Handicap (PCH), Aide Personnalisée à la Perte d'Autonomie (APA), Plan d'Action Personnalisée (PAP) et Prestation d'Accueil du Jeune Enfant (PAJE). Organismes financeurs, démarches à réaliser et étapes du parcours de la demande,
- Modes d'intervention des « aides à *domicile* » : prestataire, mandataire, prêt de main d'œuvre, gré à gré développant une information sur les avantages et les contraintes des différents modes.

* Titulaire du diplôme de Conseiller en Économie Sociale et Familiale ou Assistant Social.

• Informations Administratives, Sociales, Juridiques et Vie Pratique

À tout moment, afin d'aider l'*aidant* souhaitant obtenir des informations juridiques relative à la *perte d'autonomie*, IMA GIE met à sa disposition du lundi au samedi, hors jours fériés, un service d'information juridique et vie pratique pour apporter des réponses en matière de droit français.

À titre d'exemple, les domaines concernés sont les suivants : famille, santé, retraite, succession, fiscalité, administration, justice, vie pratique (tutelle, curatelle, assurance dépendance, choix d'une structure d'accueil, allocation personnalisée d'autonomie...)

• Recherche de médecin, d'infirmière, d'intervenant paramédical

À la demande de l'*aidant* et dès lors que l'évènement ne relève pas de l'urgence, IMA GIE pourra communiquer les coordonnées de médecins, infirmières, laboratoires, cabinets de radiographie, intervenant paramédical.

SOUTIEN DE L'AIDANT EN CAS DE SURVENANCE OU D'AGGRAVATION DE PERTE D'AUTONOMIE DE L'AIDÉ

• Bilan social

IMA GIE organise et prend en charge un bilan social réalisé par un Travailleur Social, dans la limite de 3 appels sur 3 mois.

Celui-ci évalue les besoins d'aide et d'accompagnement de la personne dépendante en prenant en compte sa ou ses problématiques : identification de la solution la mieux adaptée à la situation, aide au choix du lieu de vie, à la recherche des aides financières possibles, à la mise en place de l'organisation la plus pertinente ; identifie les priorités et adresse une synthèse à l'*aidant*, avec des préconisations personnalisées sur sa situation.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés et doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'évènement.

• Assistance psychologique

IMA GIE peut organiser et prendre en charge, selon la situation :

- de 1 à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien,
- et si nécessaire, de 1 à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

L'assistance psychologique doit être exécutée au profit de l'*aidant* ou de l'*aidé* dans un délai d'un an à compter de la date de survenance de l'évènement.

FORMATION DE L'AIDANT EN CAS DE SURVENANCE OU D'AGGRAVATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE DE L'AIDÉ

IMA GIE organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au *domicile* de l'*aidant* ou de l'*aidé* pour faciliter le quotidien de l'*aidant* grâce à :

- l'acquisition des gestes et postures dans la vie quotidienne et la manutention de personnes (lever, toilette, habillage...),
- l'apprentissage de matériels spécifiques, appareillages, aides techniques et médicales.

GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU D'IMMOBILISATION DE L'AIDANT

En cas d'*hospitalisation imprévue* de plus de 2 jours ou d'une immobilisation au *domicile* de plus de 5 jours de l'*aidant*, IMA GIE, organise et prend en charge sur une durée maximum de 30 jours les garanties suivantes :

• Auxiliaire de vie ou aide-ménagère

- Mise à disposition d'une auxiliaire de vie pour la garde de jour de l'*aidé*, du lundi au vendredi de 8h à 20h,

ou

- Mise à disposition d'une aide-ménagère ayant pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité.

Les deux garanties ne sont pas cumulables. Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA GIE selon la situation et ne pourra excéder 30 heures à raison de 2 heures minimum par intervention (dont 2h pour la venue si nécessaire d'une coordinatrice afin d'analyser les besoins de l'*aidé*).

• Venue d'un *proche* ou transfert chez un *proche*

- Le transport aller/retour en train (1^{ère} classe) ou en avion (classe économique) d'un *proche* en France,

ou

- Le transport non médicalisé de l'*aidé* chez un *proche* en France.

Les deux garanties ne sont pas cumulatives et sont prises en charge dans la limite de 200 euros l'aller/retour.

• Livraison de médicaments

Lorsque ni l'*aidant*, ni son entourage ne sont en mesure de rechercher les médicaments prescrits par le *médecin traitant* pour l'*aidé*, IMA GIE se charge de les rechercher à la pharmacie la plus proche de son *domicile* et de les lui livrer. La garantie est limitée à une livraison sur une période de 30 jours. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'*aidant* ou de l'*aidé*.

• Portage de repas

Lorsque ni l'*aidant*, ni les *proches* ne sont en mesure de préparer les repas pour l'*aidé* ou de les faire préparer par son entourage, IMA GIE prend en charge une livraison d'un pack de 5 à 7 jours de repas*.

Notre solution de portage de repas permet lors de la commande, de trouver une écoute pour aider à composer les repas en fonction des choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.

Le prix des repas demeure à la charge de l'*aidant* ou de l'*aidé*.

* Sont considérés comme repas le déjeuner et le dîner. Le petit déjeuner est exclu de la garantie.

• Livraison de courses

Lorsque ni l'*aidant*, ni son entourage ne sont en mesure de faire les courses pour l'*aidé*, IMA GIE prend en charge les frais de livraison d'une commande par semaine. Les frais de livraison seront remboursés à l'*aidant* ou à l'*aidé* sur présentation d'un justificatif.

Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas ceci, IMA GIE organise et prend en charge une livraison par taxi.

Le prix des courses demeure à la charge de l'*aidant* ou de l'*aidé*.

• Coiffure à domicile

Lorsque l'*aidé* a besoin de soin de coiffure, IMA GIE organise le déplacement d'un coiffeur au *domicile*. La prise en charge est limitée à un seul déplacement et le prix de la prestation du coiffeur demeure à la charge de l'*aidant* ou de l'*aidé*.

• Portage d'espèces

Lorsque l'*aidé* ne dispose plus d'espèces et ne peut s'en procurer, IMA GIE organise et prend en charge :

- un transport aller/retour dans un établissement bancaire proche du *domicile* ou

- le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 €. La somme avancée devra être remboursée à IMA GIE dans un délai d'un mois à compter de la date de la reconnaissance de dette.

• Téléassistance

IMA GIE organise et prend en charge les frais d'installation d'un transmetteur de téléalarme au *domicile* de l'*aidé* ou de l'*aidant* si l'*aidé* vit chez l'*aidant*, ainsi que les frais d'accès au service, pour une durée maximale de trois mois.

Au-delà de la prise en charge d'IMA GIE, l'*aidant* qui le souhaite pourra demander la prolongation du service pour une durée de son choix. Le montant de la prestation reste dès lors à sa charge.

GARANTIES EN CAS DE BESOIN DE RÉPIT DE L'AIDANT

En cas de *besoin de répit* de l'*aidant*, dûment justifié par un certificat médical et moyennant un délai de prévenance de 7 jours IMA GIE organise et prend en charge les garanties ci-dessous.

Ces garanties sont mises en œuvre dans la limite d'un évènement par an.

• Auxiliaire de vie ou aide-ménagère

- la venue d'une auxiliaire de vie pour la garde de jour de l'*aidé* (entre 8h et 20h hors week-end et jours fériés) à raison de 40 heures prises sur une semaine ou fractionnable en 5 fois 8 heures

ou

- la venue d'une aide-ménagère à raison de 40 heures. Ces heures peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins dans la limite de 5 appels téléphoniques à IMA GIE. La planification des heures déjà accordée par IMA GIE, ne pourra être modifiée lors des appels ultérieurs.

Les deux garanties ne sont pas cumulatives.

• Venue d'un *proche* ou transfert chez un *proche*

IMA GIE organise :

- soit le transport aller/retour en train ou en avion d'un *proche* en France, hors DROM,

ou

- soit le transport non médicalisé de l'*aidé* chez un *proche* en France, hors DROM.

Les deux garanties ne sont pas cumulatives et sont prises en charge dans la limite de 200 euros l'aller/retour.

• Livraison de médicaments

Lorsque ni l'*aidant* ni son entourage ne sont en mesure de rechercher les médicaments prescrits par le *médecin traitant* pour l'*aidé*, IMA GIE se charge de les rechercher à la pharmacie la plus proche de son *domicile* et de les livrer.

Cette garantie est limitée à 2 livraisons.

Le prix des médicaments demeure à la charge de l'*aidant*.

• Portage de repas

IMA GIE organise et prend en charge 2 livraisons d'un pack de 5 à 7 jours de repas * réparties sur 12 mois suivant l'évènement.

Notre solution de portage de repas permet, lors de la commande, de trouver une écoute pour aider à composer les repas en fonction des choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.

Le prix des repas demeure à la charge de l'*aidant* ou de l'*aidé*.

* Sont considérés comme repas le déjeuner et le dîner. Le petit déjeuner est exclu de la garantie.

• Livraison de courses

IMA GIE prend en charge les frais de 2 livraisons.

Les frais de livraison seront remboursés à l'*aidant* ou l'*aidé* sur présentation d'un justificatif. Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à *domicile*, IMA GIE organise et prend en charge la livraison par taxi. Le prix des courses demeure à la charge de l'*aidant* ou de l'*aidé*.

• Coiffure à domicile

Lorsque l'*aidé* a besoin de soin de coiffure, IMA GIE organise et prend en charge 2 déplacements d'un coiffeur.

Le prix de la prestation du coiffeur demeure à la charge de l'*aidant* ou de l'*aidé*.

• Portage d'espèces

Lorsque l'*aidé* ne dispose plus d'espèces et ne peut s'en procurer, IMA GIE organise et prend en charge :

- 2 transports aller/retour dans un établissement bancaire proche du *domicile*, ou
- 2 portages d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 €. La somme avancée devra être remboursée à IMA GIE dans un délai d'un mois à compter de la date de la reconnaissance de dette de l'*aidé*.

GARANTIES MAINTIEN À DOMICILE EN CAS DE SURVENANCE OU D'AGGRAVATION DE PERTE D'AUTONOMIE DE L'AIDÉ

IMA GIE organise et prend en charge les garanties ci-dessous dans un délai de 12 mois à compter de l'évènement :

• Bilan situationnel par un ergothérapeute (hors DROM)

IMA GIE organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au *domicile* du bénéficiaire.

Cette garantie comprend l'évaluation de la personne dans son lieu de vie :

- recherche de compensations efficaces : organisationnelles et/ou gestuelles, aides techniques, aménagement du logement et du véhicule, aide animalière, aide humaine...
- rédaction d'un document descriptif reprenant les solutions les plus adaptées et permettant la mise en œuvre des préconisations (documentations, schémas, coût des équipements, adresses des revendeurs spécialisés, structures et lieux de ressources sur le plan local...)

• Service travaux pour aménagement du domicile

IMA GIE met en relation l'*aidant* avec une structure du groupe IMA lorsque l'ergothérapeute préconise des solutions d'aménagements du *domicile* :

Cette structure servira d'intermédiaire avec les entreprises pour une aide à la réalisation de travaux d'aménagement de l'habitat :

- envoi sur site de professionnels susceptibles d'effectuer les réparations,
- établissement par ces prestataires d'un diagnostic des réparations à effectuer ainsi qu'un devis,
- contrôle des devis,

- suivi des travaux, des coûts, des délais,
- procès-verbal de fin de travaux transmis pour contrôle.

Les travaux restent à la charge de l'*aidant* ou de l'*aidé*.

• Téléassistance

IMA GIE organise et prend en charge les frais d'installation et de maintenance d'un transmetteur de téléalarme au *domicile* de l'*aidé* ou de l'*aidant* si l'*aidé* vit chez l'*aidant*, ainsi que les frais d'accès au service, pour une durée maximale de trois mois.

Au-delà de la prise en charge d'IMA GIE, l'*aidant* qui le souhaite pourra demander la prolongation du service pour une durée de son choix. Le montant de la prestation reste dès lors à la charge de l'*aidant* ou de l'*aidé*.

GARANTIES EN CAS DE NON MAINTIEN AU DOMICILE

• Aide au déménagement

IMA GIE transmet au bénéficiaire, 24h/24 et 7j/7, les coordonnées d'une entreprise de déménagement ou d'une société de garde-meuble.

Le prix du déménagement reste à la charge du bénéficiaire.

• Nettoyage du logement

IMA GIE organise et prend en charge le nettoyage du logement quitté, dans un délai d'un mois à compter de la date du déménagement et dans la limite de 500 euros.

3.4. VOTRE ASSISTANCE EN DÉPLACEMENT

3.4.1. La territorialité

Les garanties d'assistance aux personnes sont accordées dans le monde entier dès lors que la durée du déplacement n'excède pas 3 mois.

3.4.2. Les faits générateurs

Ces *prestations* sont dues à la suite des événements suivants : *maladie, accident corporel, décès* d'un bénéficiaire.

3.4.3. Les spécificités d'intervention

Lors de son 1^{er} appel, hormis son numéro de contrat, ses noms, prénoms et adresse, le bénéficiaire devra également indiquer :

- Le pays, la ville ou la localité dans lesquels il se trouve,
- Préciser l'adresse exacte et surtout le numéro de téléphone où nous pouvons le joindre.

3.4.4. Les déplacements garantis

Les garanties, qui sont décrites dans la suite de ce document, s'appliquent à l'étranger, pour tout déplacement à but touristique d'une durée pouvant aller jusqu'à 3 mois.

Sont exclus tout déplacement à but professionnel.

3.4.5. La mise en œuvre des prestations

- Toutes les dépenses que le bénéficiaire aurait dû normalement engager en l'absence de l'évènement donnant lieu à l'intervention d'IMA GIE restent à sa charge (titre de transport, repas...).
- Les *prestations*, non prévues dans la présente convention, qu'IMA GIE accepterait de mettre en œuvre à la demande d'un bénéficiaire seront considérées comme une avance de fonds remboursable.
- Lorsque tout ou partie des garanties sont couvertes totalement ou partiellement par les organismes sociaux, le bénéficiaire requerra auprès des organismes concernés les remboursements qui lui sont dus et les reversera à IMA GIE.

3.4.6. Les exclusions spécifiques aux prestations d'assistance en déplacement

Ne sont en aucun cas pris en charge par IMA GIE :

- Les soins externes c'est-à-dire toutes consultations ou tous examens complémentaires, actes de kinésithérapie ou de pansement, soins dentaires ou optiques réalisés en cabinet ou en établissement hospitalier public ou privé, sans hospitalisation,
- Les frais médicaux engagés en France,
- Les états de grossesse dans le cadre de leur déroulement normal c'est-à-dire une grossesse qui ne présente pas de complication selon l'avis médical des médecins d'IMA GIE,
- Les frais de repas autres que le petit déjeuner, ainsi que les frais de téléphone et de bar en cas d'hébergement pris en charge par IMA GIE au titre des garanties,
- Les frais de confort personnel (radio, télévision, coiffeur, etc.),
- Les frais de transports primaires (les frais engagés pour des transports effectués en vue soit de l'admission d'un patient dans un établissement, soit de sa sortie définitive), de secours d'urgence et les frais de recherche (les frais engagés par les services de secours habilités),
- Les voyages à visée diagnostique et/ou thérapeutique, c'est-à-dire ayant pour objectif de consulter un praticien ou d'être hospitalisé ainsi que les déplacements pour greffe d'organe,
- Les dépenses liées au changement de sexe, à la stérilisation, les traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles,
- Les soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques en dehors de toute intervention à la suite de blessure, malformation ou lésion liées à des maladies,
- Les rechutes de maladies antérieures comportant un risque d'aggravation brutale connu du bénéficiaire préalablement à l'affectation,
- Les conséquences d'infractions volontaires à la législation locale en vigueur,
- Les frais engagés par le bénéficiaire de sa propre initiative, sans l'accord préalable d'IMA GIE, sauf cas de force majeure.

3.4.7. Les prestations d'assistance en déplacement

• Rapatriement sanitaire

En cas de *maladie* ou d'*accident* corporel, lorsque les médecins d'IMA GIE, après avis des médecins consultés localement et, si nécessaire, du *médecin traitant*, et en cas de nécessité médicalement établie, décident d'un rapatriement et en déterminent les moyens (ambulance, train, avion de ligne, avion sanitaire ou tout autre moyen approprié), IMA GIE organise le retour du bénéficiaire à son *domicile* ou dans un hôpital adapté proche de son *domicile* et prend en charge le coût de ce transport.

Dans la mesure du possible, et sous réserve de l'avis des médecins d'IMA GIE, il sera fait en sorte que l'un des membres de la famille, déjà sur place, puisse voyager avec le blessé ou le malade.

• Attente sur place d'un accompagnant

Lorsque le bénéficiaire blessé ou malade, non transportable, doit rester hospitalisé au-delà de la date initialement prévue pour son retour, IMA GIE organise et participe à l'hébergement d'une personne attendant sur place le rapatriement, à concurrence de 50 € par jour, et ce pour une durée maximale de 7 jours.

• Voyage aller-retour d'un proche

Lorsque le bénéficiaire blessé ou malade, non transportable, doit rester hospitalisé pendant plus de 7 jours, et dès lors qu'il est isolé de tout membre de sa famille, IMA GIE organise et prend en charge le transport aller et retour d'un *proche* et participe à son hébergement, à concurrence de 50 € par jour, pour une durée maximale de 7 jours.

Lorsque le blessé ou le malade est âgé de moins de 15 ans, et à condition que son état de santé le justifie, ce déplacement est organisé et pris en charge pour une durée maximale de 7 jours, quelle que soit la durée de l'*hospitalisation*.

• Frais médicaux et d'hospitalisation à l'étranger

À l'étranger, à la suite d'une *maladie* ou d'un *accident* corporel, IMA GIE, en complément des prestations dues par les organismes sociaux, prend en charge les frais médicaux et d'*hospitalisation* engagés sur place à concurrence de 80 000 € par bénéficiaire, sous réserve que celui-ci ait la qualité de bénéficiaire auprès d'un organisme d'Assurance Maladie.

Les soins faisant l'objet de cette prise en charge devront avoir été prescrits en accord avec les médecins d'IMA GIE et seront limités à la période pendant laquelle ils jugeront le patient intransportable.

Dans l'attente des remboursements par les organismes sociaux, ces frais médicaux et d'*hospitalisation* font l'objet d'une avance.

Le bénéficiaire s'engage à effectuer, dès son retour en France, toute démarche nécessaire au recouvrement de ces frais auprès des organismes concernés, et à transmettre à IMA GIE les décomptes originaux justifiant les remboursements obtenus des organismes sociaux.

• Recherche et expédition de médicaments et prothèses

En cas de nécessité, IMA GIE recherche, sur le lieu de séjour, les médicaments prescrits ou leurs équivalents indispensables à la santé du patient. À défaut de pouvoir se les procurer sur le lieu de séjour, et dans la mesure où le délai d'acheminement est compatible avec la nature du problème, IMA GIE organise et prend en charge l'expédition de ces médicaments.

De même, IMA GIE organise et prend en charge, lorsque nécessaire, l'expédition au bénéficiaire de lunettes, lentilles de contact, appareillages médicaux et prothèses.

Le coût de ces médicaments et matériels reste à la charge du bénéficiaire, IMA GIE pouvant en avancer le montant si nécessaire.

• Frais de secours en montagne

En cas d'*accident* lié à la pratique du ski alpin ou de fond, dans le domaine skiable autorisé et hors compétition sportive, IMA GIE prend en charge les frais de secours appropriés du lieu de l'*accident* jusqu'à la structure médicale adaptée.

À l'étranger, IMA GIE prend en charge les frais de secours en montagne, qu'ils soient liés ou non à la pratique du ski.

• Assistance en cas de décès

Décès d'un bénéficiaire en déplacement

IMA GIE organise et prend en charge le transport du corps jusqu'au lieu des obsèques ou d'inhumation en France. La prise en charge inclut les frais de préparation du défunt, les aménagements spécifiques au transport, ainsi qu'un cercueil conforme à la législation et de qualité courante.

Les autres frais, notamment les frais de cérémonie, de convoi et d'inhumation restent à la charge de la famille.

Retour anticipé en cas de décès

En cas de décès du *conjoint(e)/concubin(e)/pacsé(e)*, d'un *ascendant* en ligne directe au premier degré ou d'un descendant en ligne directe au premier degré, d'un frère ou d'une sœur du bénéficiaire, IMA GIE organise et prend en charge l'acheminement sur le lieu d'inhumation ou d'obsèques, en France, des bénéficiaires en déplacement (tels que définis plus haut).

Les mêmes dispositions sont applicables sur décision des médecins d'IMA GIE en cas d'attente d'un décès imminent et inéluctable.

• Assistance aux personnes valides

Rapatriement des autres bénéficiaires en cas de rapatriement sanitaire d'un blessé ou d'un malade

Lorsque le transport sanitaire d'un bénéficiaire est décidé, si le moyen de retour prévu initialement ne peut être utilisé, IMA GIE organise et prend en charge le retour des autres bénéficiaires à leur *domicile*.

• Renseignements

Des renseignements et conseils médicaux à l'étranger pourront être prodigués par les médecins d'IMA GIE :

- lors de la préparation du voyage : attitudes préventives, vaccinations obligatoires et conseillées
- pendant le voyage : choix d'établissement hospitalier
- et au retour du voyage : tout événement médical survenant dans les suites immédiates.

Ces renseignements et conseils ne peuvent, pour autant, être considérés comme des consultations médicales.

De même, des renseignements pratiques, de caractère général, relatifs à l'organisation des voyages pourront être communiqués (formalités administratives, liaisons téléphoniques, caractéristiques économiques et climatiques...).

4. LA VIE DE VOTRE CONTRAT

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

4.1. LA PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Le contrat prend effet à minuit à la date précisée sur le *Certificat d'Adhésion* jusqu'au 31 décembre à minuit de la même année. À la date de prise d'effet, toutes les garanties vous sont acquises. Votre contrat se renouvellera ensuite annuellement par tacite reconduction, au 1^{er} janvier de chaque année.

4.2. LA RENONCIATION

Conformément à l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Conformément à l'article L. 112-9 du même Code, cette faculté de renonciation peut également être exercée par toute personne physique faisant l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle.

Pour ce faire, vous devez envoyer une lettre recommandée postale ou électronique avec avis de réception à Espace Santé Caisse d'Épargne - Centre de Gestion de Tours - TSA 80004 - 79060 NIORT Cedex 9, selon le modèle proposé ci-dessous.

Modèle :

Je soussigné(e) (nom et prénom), né(e) le _____, demeurant _____ déclare renoncer expressément à l'adhésion au contrat d'assurance Garanties Santé n° d'adhésion _____ auquel j'ai adhéré en date du _____ auprès de _____, et demande le remboursement des sommes versées.

Fait à : _____, le _____

Signature :

Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé ».

Les sommes versées à la souscription/adhésion seront alors intégralement restituées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de cette lettre.

Conformément à la législation en vigueur, le droit de renonciation ne s'applique pas en cas de mise en œuvre du contrat (versement d'une *prestation*), à la demande expresse de l'assuré, pendant le délai légal de renonciation.

4.3. LES MODALITÉS D'ÉVOLUTION DE VOTRE CONTRAT

Toute modification pour inscrire une naissance/adoption peut prendre effet le jour de la demande. La prise d'effet pour toutes autres demandes de modification sera au plus tôt le 1^{er} du mois suivant celui de la demande d'avenant. En cas de changement de formule :

- l'assuré ne pourra accéder qu'à la formule immédiatement supérieure ou inférieure à celle en vigueur ;

- pour accéder à la formule supérieure ou inférieure, la formule en cours doit avoir été conservée au moins 12 mois consécutifs.

4.4. VOS DÉCLARATIONS

Toute omission ou déclaration inexacte non intentionnelle entraînera une résiliation du contrat moyennant un préavis de 10 jours conformément à l'article L. 113-9 du Code des assurances.

En cours de contrat, vous devez nous déclarer pour vous-mêmes et les autres personnes assurées au contrat, les événements suivants : changement de *domicile*, modification dans la composition de la famille assurée, changement de situation au regard des *RÉGIMES OBLIGATOIRES* d'Assurance Maladie, changement de vos activités professionnelles habituelles.

Conformément à l'article L. 113-2 du Code des assurances, ces déclarations doivent nous être faites, dans un délai de 15 jours, à partir du moment où vous avez connaissance de ces événements.

En cas de déclaration tardive, nous pouvons vous opposer la déchéance du droit à indemnisation s'il est établi que ce retard nous a causé un préjudice.

La charge de la preuve des exclusions incombe à l'Assureur, de même que celle de la faute intentionnelle ou dolosive.

4.5. VOS COTISATIONS

Les cotisations sont payables annuellement et d'avance. Elles peuvent faire l'objet d'un fractionnement mensuel ou trimestriel selon le mode de paiement choisi. Il en est alors fait mention dans le *Certificat d'Adhésion*.

Les cotisations évoluent chaque année en fonction de l'âge des assurés. Elles sont également susceptibles d'être révisées en cas d'aggravation à caractère général des résultats techniques et notamment en cas de hausse tendancielle des dépenses de santé.

Les cotisations pourront également être révisées soit immédiatement, soit à la prochaine échéance annuelle en cas de modification des dispositions législatives ou réglementaires ayant des incidences sur les garanties du contrat. Toute taxe (ou modification de taxe) devenant applicable au contrat sera automatiquement répercutée sur les cotisations d'assurance à la date de son entrée en vigueur.

Le changement du montant de la cotisation est notifié à l'adhérent via l'avis d'échéance. En cas de désaccord, l'adhérent doit nous en aviser au plus tard dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de son avis d'échéance. Ce refus entraîne la résiliation du contrat à l'échéance. À défaut, l'adhérent est réputé avoir accepté le changement de montant.

Conformément à l'article L. 113-3 du Code des assurances, à défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours suivant son échéance et indépendamment du droit de l'assureur de poursuivre le paiement en justice, l'assureur adressera à l'adhérent une lettre recommandée valant mise en demeure. Celle-ci entraîne la suspension des garanties 30 jours plus tard. Après un nouveau délai de 10 jours, le contrat sera résilié de plein droit mais les cotisations seront toujours dues.

4.6. LA PRESCRIPTION

Conformément à l'article L. 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

Conformément à l'article L. 114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription, c'est-à-dire par une citation en justice, un commandement, une saisie, un acte d'exécution forcée ou par la reconnaissance de la part de l'assureur d'un droit à garantie.

La prescription peut également être interrompue par une cause d'interruption de prescription propre au droit des assurances c'est à dire par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre, l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

4.7. LA SUBROGATION

Conformément à l'article L. 121-12 du Code des assurances, BPCE Assurances et IMA GIE sont subrogés dans les droits de l'assuré contre le tiers responsable, à concurrence des prestations et indemnités versées, que la responsabilité du tiers soit entière ou partagée. Dès le paiement de l'indemnité, vos droits et actions nous sont transmis, c'est-à-dire que nous agissons à votre place et pouvons intenter un recours (une demande de remboursement), contre le(s) tiers responsable(s) des dommages. Cette subrogation est limitée au montant de l'indemnité que nous avons versée.

Si la subrogation ne peut plus s'opérer de votre fait alors qu'elle aurait pu être exercée, nous sommes déchargés de toute obligation à votre égard. Aucune transaction faite sans notre accord ne peut nous engager.

4.8. LA RÉSILIATION

Les garanties cessent :

- En cas de résiliation par l'adhérent, à l'échéance principale, soit au 31 décembre à minuit de chaque année, moyennant un préavis de 2 mois. Pour cela, l'adhérent adresse sa demande :
 - par lettre simple à Espace Santé Caisse d'Epargne – Centre de Gestion de Tours - TSA 80004 - 79060 NIORT Cedex 9, ou
 - par tout autre support durable, notamment par courrier électronique à monespacesante@caisse-epargne.fr.

L'assureur confirmera par écrit la réception de la demande de résiliation.

- En cas de non paiement d'une cotisation ou d'une partie de la cotisation. Dans ce cas, Espace Santé Caisse d'Epargne adresse à l'adhérent une lettre recommandée de mise en demeure, qui sauf paiement dans le délai imparti :
 - Suspend toutes les garanties 30 jours après son envoi. Les prestations qui surviendraient pendant cette période resteraient à la charge de l'adhérent, cela quelque soit leur gravité.
 - Résilie le contrat à l'expiration d'un délai supplémentaire de 10 jours.

La suspension de la garantie ou la résiliation pour non paiement de la cotisation ne dispense pas l'adhérent de l'obligation de payer des cotisations échues ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement éventuels. Si le paiement de la cotisation annuelle est fractionné, et qu'une de ces fractions n'est pas payée, le fractionnement est supprimé. L'adhérent doit donc immédiatement nous régler toutes les fractions échues et à échoir de l'année d'assurance en cours.

- Si l'adhérent fait l'objet d'un redressement ou d'une liquidation judiciaire, le contrat peut être résilié, dans les conditions prévues par la législation en vigueur, par l'administrateur ou le débiteur autorisé par le juge commissaire ou le liquidateur.
- En cas de résiliation du contrat collectif par le souscripteur ou par l'assureur.
- En cas de changement de situation de l'adhérent défini à l'article L. 113-16 du Code des assurances, c'est-à-dire en cas de survenance d'un des événements suivants :
 - changement de domicile,
 - changement de situation matrimoniale,
 - changement de régime matrimonial,
 - changement de profession, retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,

lorsque celui-ci est en relation directe avec l'objet de la garantie. Dans ce cas, la résiliation ne peut intervenir que si l'adhérent informe l'assureur

dans les trois mois suivant la date de l'événement et ne prend effet qu'un mois après la réception de la notification.

Résiliation infra-annuelle :

Conformément à l'article L. 113-15-2 du Code des assurances, l'adhérent dispose, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, d'une faculté de résiliation du contrat sans frais ni pénalités. Pour cela, l'adhérent adresse sa demande :

- par lettre simple à Espace Santé Caisse d'Epargne – Centre de Gestion de Tours - TSA 80004 - 79060 NIORT Cedex 9, ou
- par tout autre support durable, notamment par courrier électronique à monespacesante@caisse-epargne.fr.

La résiliation prend effet un mois après que l'assureur en a reçu notification par l'adhérent ou par le nouvel organisme de complémentaire santé.

L'assureur confirmera par écrit la réception de la notification.

Remboursement de la cotisation après résiliation :

Si la résiliation du contrat se produit au cours d'une période d'assurance, l'assureur rembourse à l'adhérent la part de cotisation perçue d'avance pour la période postérieure à la résiliation.

4.9. DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

BPCE Assurances, le Responsable du traitement, va recueillir certaines informations vous concernant par le biais de son réseau d'intermédiaires agissant au nom et pour le compte de BPCE Assurances dans le cadre de cette collecte d'information.

Les informations vous expliquant pourquoi et comment BPCE Assurances entend utiliser ces informations, combien de temps elles seront conservées ainsi que les droits dont vous disposez sur vos données sont disponibles dans la notice d'information relative aux traitements des données personnelles que vous trouverez **en annexe** de ce document.

En cas d'évolution des traitements de vos données personnelles, BPCE Assurances assurera la mise à jour régulière de la notice d'information disponible en ligne (https://www.assurances.natixis.com/jcms/dev5_5623/fr/bpce-assurances).

4.10. LA RÉCLAMATION / MÉDIATION

En cas de contestation, l'assuré peut s'adresser à l'agence de son établissement, au Service Relation Clientèle de sa Banque, à **BPCE Assurances Service Réclamations TSA 20 009, 33700 MERIGNAC**.

Les délais de traitement de votre réclamation sont les suivants : un accusé de réception vous sera adressé dans un délai de 10 jours et vous recevrez une réponse dans un délai de 60 jours (sauf survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont nous vous tiendrons informés).

Si le désaccord persiste, vous avez la possibilité de saisir le Médiateur de l'Assurance à l'adresse suivante : **La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09 ou en accédant à son site internet <http://www.mediation-assurance.org>** (coût de connexion selon le fournisseur d'accès - La charte « La Médiation de l'Assurance » précisant les conditions d'intervention du Médiateur de l'Assurance est disponible sur ce site).

Votre demande doit intervenir au plus tard dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite que vous avez adressée à notre Service Réclamation.

Le Médiateur formulera un avis dans un délai de 90 jours à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose ni à nous, ni à vous, chacun conservant le droit de saisir le tribunal compétent.

En cas de souscription en ligne d'un produit ou service, l'assuré peut également recourir à la plateforme de Règlement en Ligne des Litiges (RLL) à l'adresse <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> (coût de connexion selon le fournisseur d'accès).

4.11. LA LOI DU CONTRAT

Les parties choisissent d'un commun accord d'utiliser la langue française durant leurs relations précontractuelles et contractuelles et de rédiger les présentes dispositions contractuelles en langue française.

La loi applicable à la présente convention est la loi française. Les tribunaux compétents sont les tribunaux français.

4.12. L'AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Les sociétés d'assurances sont soumises à l'**Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.**

NOTES

Comment nous contacter :

**Il vous suffit de composer
le 09 69 36 45 45** (Appel non surtaxé)
**et depuis l'étranger
le + 00 33 9 69 36 45 45.**



Accessibilité pour les personnes malentendantes et sourdes via le site de votre Caisse d'Épargne ou Banque associée.
Pour les malentendants et sourds, en cas d'urgence ou en dehors des horaires du service, une assistance par SMS au 06 85 11 93 55 (coût selon opérateur).

**POUR LE REMBOURSEMENT DE VOS FRAIS DE SANTÉ,
vous pouvez nous joindre du lundi au vendredi de 9 h à 18 h
sauf les jours fériés.**

Vous pouvez également nous joindre à l'adresse suivante :

Espace Santé Caisse d'Épargne
Centre de gestion de Tours
TSA 80004
79060 NIORT Cedex 9
Ou par e-mail : monespacesante@caisse-epargne.fr
Ou par Fax : 09 69 36 45 47

**POUR VOS PRESTATIONS D'ASSISTANCE,
vous pouvez nous joindre 24 h/24 et cela 7J/7.**

**Consultez votre site Internet Mon Espace Santé
en vous connectant à votre espace personnel sécurisé Direct Ecureuil,
rubrique "Mes assurances" sur www.caisse-epargne.fr
ou en vous connectant directement à l'adresse www.espacesante.caisse-epargne.fr**

**Des questions sur les prises en charge, vos remboursements
ou pour toute modification de votre contrat, contactez nos experts au**

▶ N°Cristal 09 69 36 45 45

APPEL NON SURTAXE



Accessibilité pour les personnes malentendantes et sourdes via le site de votre Caisse d'Épargne ou Banque associée.
Pour les malentendants et sourds, en cas d'urgence ou en dehors des horaires du service, une assistance par SMS au 06 85 11 93 55 (coût selon opérateur).



CAISSE D'ÉPARGNE

Garanties Santé est un contrat de BPCE Assurances, entreprise régie par le Code des assurances, distribué par votre Caisse d'Épargne.

Votre assureur : BPCE Assurances - Société Anonyme au capital de 61 996 212 Euros.
Siège social : 88, avenue de France - 75641 Paris Cedex 13 - RCS Paris n°B350 663 860.

Assisteur : IMA GIE, Groupement d'intérêt économique au capital de 3 547 170 Euros.
Siège social : 118, avenue de Paris - 79033 Niort Cedex 9.

NOTICE D'INFORMATION DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

BPCE Assurances, le Responsable de Traitement, à partir des renseignements qui sont demandés à ses clients par l'intermédiaire de ses préposés, mandataires ou distributeurs, des formulaires qui sont complétés par sa clientèle, ou des dispositifs automatisés de captation ou, plus généralement, de processus de collecte d'information sur sa clientèle, collecte et traite des informations identifiant des personnes physiques et pouvant concerner leur vie privée comme leur vie professionnelle (par exemple : le nom, la date de naissance, les coordonnées personnelles ou professionnelles, la situation familiale, la photographie, la profession etc.).

Ces informations sont ci-après dénommées « **Données à Caractère Personnel** » ou « **Données** ».

La protection des **Données** est essentielle pour construire, avec ses clients, une relation d'affaires de confiance.

Dans ce but, BPCE Assurances veille en permanence au respect des règles légales sur la protection des **Données à caractère Personnel** et entend assurer une gouvernance responsable de ses fichiers informatiques ainsi que la plus grande transparence sur les traitements de **Données** qu'elle opère.

BPCE Assurances est une filiale de NATIXIS, qui a désigné pour l'ensemble du Groupe un **Délégué à la Protection des Données Personnelles** (ou DPO). Ce dernier veille à ce que les traitements des Données à caractère personnel mis en œuvre par BPCE Assurances respectent la réglementation applicable.

Cette notice d'information est destinée aux personnes physiques concernées par les traitements de Données opérés par BPCE Assurances. Elle explique pourquoi BPCE Assurances a besoin de collecter leurs Données, comment leurs Données seront utilisées et protégées, combien de temps elles seront conservées et les droits dont elles disposent.

QUI SONT LES PERSONNES DONT LES DONNÉES SONT COLLECTÉES ?

Les clients de BPCE Assurances et leurs éventuels représentants légaux, mandataires, personnes de contacts, préposés ou bénéficiaires effectifs ainsi que les tiers impliqués dans les sinistres.

À QUELLES FINS LEURS DONNÉES SONT-ELLES COLLECTÉES ET UTILISÉES ?

Dans le cadre de sa prestation d'assurance avec sa clientèle, BPCE Assurances a besoin de recueillir certaines **Données** la concernant et ce, pour les finalités suivantes :

- **Fournir à ses clients les produits d'assurance et services qu'ils ont souscrits ou souhaitent souscrire**

Il s'agit pour BPCE Assurances de pouvoir exécuter un contrat d'assurance conclu ou à conclure.

La passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance nécessitent le recueil et le traitement des Données des clients. A défaut, BPCE Assurances ne sera pas en mesure de conclure ou d'exécuter le contrat qui la lie à ses clients.

Pour connaître les **catégories de Données traitées** et leurs **sources** au regard des **finalités** de recueil des Données de ses clients, veuillez-vous reporter au tableau des traitements de données personnelles en annexe de ce document.

• Répondre à ses obligations légales et réglementaires

Afin de répondre à ses obligations en matière de prévention et de détection des fraudes, de traçabilité des transactions liées à des opérations d'assurances, de lutter contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme, BPCE Assurances doit recueillir les Données de ses clients. A défaut, BPCE Assurances ne sera pas en mesure de poursuivre sa relation d'affaires avec ses clients.

Pour connaître les **catégories de Données traitées** et leurs **sources**, et disposer du **détail des finalités** de recueil des Données de ses clients, veuillez-vous reporter au tableau des traitements de données personnelles en annexe de ce document.

• L'Intérêt légitime de BPCE Assurances à mettre en œuvre le traitement

BPCE Assurances peut invoquer son « intérêt légitime » à traiter les Données de ses clients en particulier lorsqu'elle se trouve face à des situations qui peuvent présenter des risques pour son activité.

Les traitements basés sur l'« intérêt légitime » permettent à BPCE Assurances d'assurer la sécurité du réseau informatique et des Données, de contrôler l'accès à ses locaux mais également d'améliorer la gestion de sa relation client, ses produits et ses services, ses activités de prospection, son profilage marketing, incluant la combinaison de Données à des fins d'analyses ou d'anonymisation, et enfin pour ses activités d'audit et d'inspection.

Ces traitements sont mis en œuvre en prenant en compte les intérêts et les droits fondamentaux de ses clients.

BPCE Assurances peut évaluer les risques liés aux demandes de souscription sur la base d'un processus de prise de décision automatisée, incluant une intervention humaine, aboutissant à une décision d'octroi d'un contrat d'assurance ou non. **Les clients ont le droit de présenter leurs observations et de contester la décision prise à l'issue de ce processus.**

Pour connaître les **catégories de Données traitées** et leurs **sources**, et disposer du **détail des finalités** de recueil des Données de ses clients, veuillez-vous reporter au tableau des traitements de données personnelles en annexe de ce document.

• Finalités soumises au consentement de ses clients

BPCE Assurances entend soumettre certains traitements de Données de ses clients au recueil du consentement de ces derniers. Dans ces cas, ils seront sollicités pour consentir, de manière spécifique, à la collecte et au traitement de leurs Données pour des finalités explicites.

Par exemple, toute prospection commerciale sera soumise à leur consentement préalable s'ils ne sont pas client de BPCE Assurances, ou s'ils sont clients de BPCE Assurances mais que la prospection porte sur des produits qui ne sont pas analogues à ceux qu'ils ont déjà acquis. Le transfert des Données des clients de BPCE Assurances vers des partenaires tiers sera également soumis à leur consentement préalable.

Pour connaître les **catégories de Données traitées** et leurs **sources**, et disposer du **détail des finalités** de recueil des Données de ses clients, veuillez-vous reporter au tableau des traitements de données personnelles en annexe de ce document.

• Cookies et autres traceurs

On entend par Cookies ou autres traceurs, les traceurs déposés et lus par exemple lors de la consultation d'un site internet, de la lecture d'un courrier électronique, de l'installation ou de l'utilisation d'un logiciel ou d'une application mobile.

Lors des visites des clients sur le site internet de BPCE Assurances, des cookies et des traceurs peuvent être installés sur leurs équipements (ordinateurs, smartphones, tablettes numériques, etc.).

La politique de cookies que nous mettons en œuvre est disponible sur les sites concernés.

QUI A ACCÈS AUX DONNÉES DES CLIENTS ?

BPCE Assurances prend toutes les mesures nécessaires pour garantir la sécurité des Données qu'elle a collectées mais aussi leur confidentialité, c'est-à-dire s'assurer que seules les personnes autorisées y accèdent.

Seules les personnes habilitées en raison de leurs activités au sein des services compétents de BPCE Assurances, en charge des traitements correspondants, ont accès aux Données des clients dans la limite de leurs habilitations.

De même, les prestataires ou partenaires de BPCE assurances peuvent avoir accès aux Données des clients de cette dernière en tant que de besoin et de manière sécurisée dans le cadre de l'exécution de sa prestation d'assurance.

A ce titre, BPCE Assurances peut être amené à communiquer certaines des données à caractère personnel de ses clients aux entités suivantes au sein du Groupe BPCE :

- BPCE S.A. agissant en qualité d'organe central du Groupe BPCE, afin qu'il puisse satisfaire aux différentes missions qui lui sont dévolues par la loi, au bénéfice du Groupe, notamment en matière de déclarations prudentielles auprès de toute autorité de régulation compétente, ou aux fins de gestion de la gouvernance des données pour le compte des établissements du Groupe BPCE. La gouvernance des données désigne l'organisation et les procédures mises en place pour encadrer les pratiques de collecte et d'utilisation des données au sein du Groupe BPCE, et optimiser l'efficacité de l'usage de ces données dans le respect du cadre juridique et déontologique

- toute entité du Groupe BPCE, en vue de

- la présentation des produits ou services gérés par ces entités
- l'étude ou l'élaboration de tous types de contrats ou d'opérations
- en cas d'entrée en relation contractuelle avec ladite entité, l'actualisation des données relatives à l'état civil, la situation familiale, patrimoniale et financière, le statut fiscal, l'utilisation des produits et/ou services souscrits ou leur recouvrement

- toute entité, prestataire du Groupe BPCE, en cas de mise en commun de moyens techniques, notamment informatiques pour le compte du Groupe. A cet effet, les données personnelles concernant les clients de BPCE Assurances pourront être pseudonymisées ou anonymisées à des fins de recherches et de création de modèles statistiques. La pseudonymisation signifie que les données en question ne pourront plus être reliées à la personne sans avoir recours à des informations complémentaires, conservées séparément et soumises à des mesures techniques et organisationnelles destinées à garantir que les données initiales ne peuvent plus être attribuées à une personne physique identifiée ou identifiable

Certaines autorités se verront également communiquer les Données des clients de BPCE assurances, conformément à la loi et la réglementation applicables. Dans l'éventualité où certains de ces destinataires se situeraient en dehors de l'Union européenne ces derniers devront posséder une protection suffisante au regard de leurs législations locales ou de leurs engagements contractuels en matière de traitement des données personnelles. Dans cette hypothèse, la liste de ces destinataires, leur pays et l'encadrement du partage hors Union européenne des Données sera, le cas échéant, disponible en annexe de ce document.

COMBIEN DE TEMPS SONT CONSERVÉES LES DONNÉES DES CLIENTS ?

Une fois les finalités de traitement des Données atteintes, et en tenant compte

des éventuelles obligations à conserver certaines Données, BPCE Assurances ne conserve plus les Données de ses clients.

La durée de conservation est variable et dépend de la nature des Données et des finalités poursuivies par le traitement.

Pour connaître les durées de conservation des Données de ses clients, veuillez-vous reporter au tableau en annexe de ce document.

QUELS SONT LES DROITS DES CLIENTS SUR LEURS DONNÉES ?

Dans les limites et conditions autorisées par la réglementation en vigueur, les clients disposent des droits suivants :

- **Accéder** à l'ensemble de leurs Données : ils peuvent obtenir des informations relatives au traitement de leurs Données ainsi qu'une copie de celles-ci ;
- **Rectifier, mettre à jour leurs Données** : s'ils considèrent que leurs Données sont inexactes ou incomplètes, ils ont le droit d'obtenir que leurs Données soient modifiées en conséquence ;
- **Effacer leurs Données** : ils peuvent demander la suppression de leurs Données ;
- Demander une **limitation des traitements** opérés par BPCE Assurances relatifs à leurs Données ;
- Demander la **portabilité** de leurs Données : ils ont le droit de demander à récupérer les Données qu'ils ont fournies à BPCE Assurances ou à ce qu'elles soient transmises à un tiers si cela est techniquement possible ;
- **Retirer leur consentement** à tout moment pour les traitements de leurs Données soumis à leur consentement ;
- **S'opposer** au traitement de leurs Données : ils peuvent, pour des motifs légitimes liés à leur situation particulière, s'opposer au traitement de leurs Données mais également s'opposer, à tout moment, au traitement de leurs Données à des fins de prospection, ce qui inclut les traitements de profilage liés à cette prospection ;
- Introduire une **réclamation** auprès d'une autorité de contrôle (**en France, la CNIL : www.cnil.fr**).

En outre, ils ont la possibilité de communiquer à BPCE Assurances des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs Données après leurs décès, lesquelles directives peuvent être enregistrées également auprès « d'un tiers de confiance numérique certifié ». Lesdites directives, ou sorte de « testament numérique », peuvent désigner une personne chargée de leur exécution ; à défaut, leurs héritiers seront désignés.

COMMENT LES CLIENTS PEUVENT-ILS EXERCER LEURS DROITS ?

Pour exercer leurs droits, ils doivent contacter le **Délégué à la Protection Des Données** par courrier électronique ou postal en indiquant, nom, prénom, coordonnées de contact et en fournissant une copie de leur pièce d'identité.

Délégué à la Protection Des Données	
Adresse postale	Courriel
BPCE ASSURANCES 88, avenue de France 75013 Paris	dpobpceassurances@natixis.com

Pour les communications électroniques à des fins de prospection :

Les clients de BPCE Assurances peuvent également choisir, à partir de leur compte en ligne, les types de communications électroniques qu'ils souhaitent recevoir ou non, et se désinscrire, de façon définitive ou temporaire, de chaque catégorie ou de l'ensemble des communications.

Un lien de désinscription (pour les courriels) ou un numéro de désabonnement (pour les SMS/MMS) figure par ailleurs sur chaque communication électronique que BPCE Assurances leur envoie.

Ils peuvent, à tout moment, **porter réclamation devant l'autorité de contrôle compétente (en France, la CNIL : www.cnil.fr)** à savoir celle du pays de l'Espace Economique Européen dans lequel se trouve leur résidence habituelle, ou leur lieu de travail ou le lieu où la violation présumée de la réglementation aurait été commise.

ANNEXE : TABLEAU DES TRAITEMENTS DE DONNÉES PERSONNELLES

Finalité de traitement	Type(s) de données	Durée de conservation	Origine(s) des données	Destinataire(s) des données
Passation, gestion et exécution d'un contrat d'assurance	Données nécessaires à l'identification et aux coordonnées, relatives à la situation familiale et aux habitudes de vie, aux informations sur l'activité professionnelle, à la situation économique et financière, aux moyens de paiement, aux comportements et relatives aux données de santé permettant d'évaluer un sinistre	Entre 5 et 20 ans à compter de la fin du contrat ou de la clôture du dernier sinistre, en fonction de vos garanties. En cas de dommages corporels résultant de la responsabilité civile, les données sont conservées jusqu'à la fin du délai de prescription	<p>La collecte des données peut s'effectuer directement lors des entretiens avec un conseiller, au moyen de formulaires papier ou électronique et de conversation téléphonique.</p> <p>La collecte des données peut également s'effectuer de manière indirecte en provenance de prestataires tiers ou fournisseurs, partenaires (y compris du groupe BPCE), sous-traitants si leurs politiques de protection des données personnelles le permettent ou si vous les avez autorisés à les partager.</p> <p>Nous pouvons également être amenés à collecter des données personnelles publiques vous concernant.</p> <p>Enfin, nous pouvons également collecter des données par l'intermédiaire de nos clients, si la personne concernée est par exemple membre de sa famille, cocontractant, tiers couvert ou responsable de l'exécution du contrat</p>	<p>Les données sont transmises au sein du Groupe BPCE à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • BPCE S.A. agissant en qualité d'organe central du Groupe BPCE, afin qu'il puisse satisfaire aux différentes missions qui lui sont dévolues par la loi, au bénéfice du Groupe, notamment en matière de déclarations prudentielles auprès de toute autorité de régulation compétente, ou aux fins de gestion de la gouvernance des données pour le compte des établissements du Groupe BPCE ; • Toute entité du Groupe BPCE avec lesquelles vous êtes ou entrez en relation contractuelle aux fins d'actualisation des données collectées par ces entités ; • Toute entité du Groupe BPCE en vue de vous présenter des produits ou services gérés par ces entités ou pour l'étude ou l'élaboration de tous types de contrats ou d'opérations ; • Aux entités du Groupe BPCE en cas de mise en commun de moyens techniques, notamment informatiques ou de gestion de gouvernance des données. A cet effet, vos informations personnelles pourront être pseudonymisées ou anonymisées à des fins de recherches et de création de modèle statistique. <p>Mais également à des tiers tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les prestataires du Groupe BPCE, en cas de mise en commun de moyens techniques, notamment informatiques pour le compte du Groupe ; • Les entreprises qui assurent le suivi ou la réparation de vos sinistres ; • Les prestataires ou sous-traitants auxquels BPCE Assurances confie des fonctions opérationnelles, des services ou la réalisation d'enquêtes et de statistiques ; • Les autorités judiciaires, financières ou d'autres organismes gouvernementaux ; • Certaines professions réglementées, telles que les avocats, huissiers, notaires ou cabinets d'audit (internes ou externes) ; • Les entreprises qui assurent et garantissent les sinistres majeurs atteignant les clients
Gestion des demandes et réclamations		2 ans à compter de la clôture de la réclamation.		
Enregistrement des conversations téléphoniques		6 mois à compter de l'enregistrement sauf pour la Mise En Gestion Immédiate pour laquelle nous devons conserver la preuve de votre accord pendant 5 ans		
Cookies		1 an à compter de l'enregistrement.		
Lutte contre la fraude		5 ans maximum à compter de la clôture du dossier de fraude. Lorsqu'une procédure judiciaire est engagée, les données sont conservées jusqu'au terme de la procédure judiciaire		
Gestion des flux financiers liés au contrat d'assurance		10 ans après le paiement.		
Veille, conception, développement et suivi de l'activité commerciale		2 ans et 3 mois à compter de la fin de votre contrat si vous êtes client ou à compter du dernier contact si vous n'êtes pas client		
Évolution et maintenance des outils informatiques		3 ans à compter de l'enregistrement de l'incident.		
Etudes techniques et gestion des risques assuranciers		5 ans glissants à la date du jour		

BPCE
ASSURANCES

