

NOTICE D'INFORMATION CONTRAT GARANTIES SANTÉ

« Côté Pro »

Le contrat complémentaire santé Garanties Santé n° MD 50 046 est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'APER (Association pour la Promotion de l'Épargne et de la Retraite dont le siège social est situé 30 avenue Pierre Mendès-France 75013 Paris), association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 et le décret du 16 août 1901, 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	2
1.1. L'objet du contrat	2
1.2. Les conditions d'adhésion	2
1.3. Les conditions d'intervention de votre contrat	2
1.4. Les mots clés pour bien comprendre votre contrat	2
2. VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	4
2.1. La territorialité	4
2.2. Les modalités de remboursement	4
2.3. Le tiers-payant	4
2.4. Le règlement des prestations	4
2.5. Les garanties Frais de santé	4
2.6. L'expertise médicale	5
2.7. Les exclusions spécifiques à vos garanties Frais de santé	5
3. VOS PRESTATIONS D'ASSISTANCE	5
3.1. La vie des prestations d'assistance	5
3.2. Votre assistance à domicile	8
3.3. Votre assistance en déplacement	12
4. LA VIE DE VOTRE CONTRAT COMPLÉMENTAIRE SANTÉ	14
4.1. La prise d'effet des garanties	14
4.2. La renonciation	14
4.3. Les modalités d'évolution de votre contrat	14
4.4. Vos déclarations	14
4.5. Vos cotisations	14
4.6. La prescription	14
4.7. La subrogation	15
4.8. La résiliation	15
4.9. Données à caractère personnel	15
4.10. La réclamation/médiation	15
4.11. La Loi du contrat	15
4.12. L'autorité de contrôle	15
ANNEXE : NOTICE D'INFORMATION DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	18



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 PRO

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 des 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 laboratoireMatériel médicalRadiologieOptique : monture et verres (y compris monture et verres du panier « 100 % Santé »), lentilles remboursées par la Sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none">Hospitalisation : 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), forfait journalier hospitalier, frais de séjourDentaire : consultations, soins, prothèses (y compris soins et prothèses du panier « 100 % Santé »)Aides auditives (y compris équipements du panier « 100 % Santé »)*Assistance au domicile (dont services professionnels) et en déplacement
F2	<ul style="list-style-type: none">Médicaments prescrits remboursablesHospitalisation : chambre particulière, télévision, Internet, lit accompagnant enfantOstéopathe, acupuncteur, diététicien, pédicurePrime de naissance ou d'adoptionCure thermique : transport et hébergement	<ul style="list-style-type: none">Optique : lentilles (non remboursées par la Sécurité sociale)Chirurgie réfractiveDentaire : orthodontie acceptée jusqu'à 16 ansForfait pharmacie, dont contraception : médicaments non remboursés par le RÉGIME OBLIGATOIRE, prescrits ou nonBonus « Dents du sourire »
F3	<ul style="list-style-type: none">Parodontologie	<ul style="list-style-type: none">Orthodontie refusée par la Sécurité sociale
F4	• Identique à la F3 mais avec des montants de remboursement plus élevés pour certaines garanties	

* 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 Travailleurs Non Saliés Non Agricoles, adhérents à l'association APER. 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 6.

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 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 la ou les personne(s) rattachée(s) fiscalement à l'un ou à l'autre.

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 Services Professionnels :

Tout assuré, Travailleur Non Salié Non Agricole, âgé de moins de 76 ans à la prise d'effet du contrat, nommément désigné sur le Certificat d'Adhésion.

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 récapitulatif des 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 4 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 <i>RÉGIME OBLIGATOIRE</i> « Sécurité sociale » 23 €	Ticket modérateur 6,90 €	Garanties Santé
		Part de la base de remboursement prise en charge par le <i>RÉGIME OBLIGATOIRE</i> 15,10 €	
		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).

Sont également remboursés 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 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 l'*hospitalisation* des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans désignés 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 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.

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.

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 gérontologie, 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 *Assisteur* 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 28 37 (appel non surtaxé) et depuis l'étranger le + 00 33 9 69 36 28 37 (24h/24).

 Accessibilité pour les personnes malentendantes ou 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).

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 Services Professionnels :

Tout *assuré*, Travailleur Non Salarié Non Agricole, âgé de moins de 76 ans à la prise d'effet du contrat, nommément désigné sur le *Certificat d'Adhésion*.

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'évènement 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

• 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 thermale 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.

• Pathologie lourde

Accident vasculaire cérébral invalidant, infarctus ou pathologie cardiaque invalidante, hémopathies, insuffisance hépatique sévère, diabète insulino-instable, myopathie, insuffisance respiratoire instable, Parkinson non équilibré, mucoviscidose, insuffisance rénale dialysée décompensée, suite de transplantation d'organe, paraplégie non traumatique, polyarthrite rhumatoïde évolutive, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, complication invalidante suite à des actes chirurgicaux et certaines polyopathologies (association de plusieurs maladies) dont la prise en charge sera laissée à l'appréciation des médecins d'IMA GIE.

• 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.

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'évènements 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 CÔTE PRO

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 PRO

L'ASSISTANCE A DOMICILE	
Assistance à domicile en cas d'hospitalisation imprévue (> 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
Présence d'un <i>proche</i> au chevet du patient assuré	cf. 3.2.4
Transfert & garde d'animaux domestiques	cf. 3.2.4
Services de proximité - livraison de médicaments, - 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, - Conduite à l'école et retour au domicile	cf. 3.2.4
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
DE L' ENFANT-PETIT ENFANT-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
Assistance à domicile en cas d'évènement traumatisant (maladie grave, décès, accident)	
Assistance psychologique	cf. 3.2.4
Assistance à domicile en cas de chimiothérapie ou de radiothérapie	
Aide-ménagère	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
Prise en charge des <i>ascendants</i> vivant au domicile	cf. 3.2.4
Informations et conseils	
Conseils médicaux	cf. 3.2.4
Informations administratives et sociales	cf. 3.2.4
L'ASSISTANCE ÉQUILIBRE VIE PRO	
Bilan prévention des troubles musculo-squelettiques	
Garanties en cas de situation de stress au travail	
Prévention stress au travail	cf. 3.2.4
Bilan professionnel	cf. 3.2.4
Programme de remise en forme - valable également en cas d'arrêt de travail de > 30 jours	cf. 3.2.4
Installation de l'activité professionnelle	
Informations juridiques pro et accompagnement dans les démarches, coach budget *, assistance administrative à la carte *	cf. 3.2.4
Soutien de l'activité professionnelle en cas de perturbations temporaires	
Aide aux déplacements, service coursier, présence d'un collaborateur ou d'une personne de confiance, assistance administrative à la carte	cf. 3.2.4
Soutien de l'activité professionnelle en cas de perturbation sur le long terme	
Aide aux déplacements, service coursier, présence d'un collaborateur ou d'une personne de confiance, assistance administrative à la carte, coach budget, bilan situationnel par ergothérapeute sur le lieu de travail	cf. 3.2.4
Cessation de l'activité professionnelle	
Aide aux déplacements, assistance administrative à la carte	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. 3.3.7
Rapatriement des autres bénéficiaires en cas de rapatriement sanitaire d'un bénéficiaire blessé ou malade	cf. 3.3.7
Hébergement sur place d'un accompagnant en cas d'hospitalisation prolongée (dans l'attente du rapatriement)	cf. 3.3.7
Voyage Aller-Retour d'un proche en cas d'hospitalisation de > 7 jours	cf. 3.3.7
Frais médicaux et d'hospitalisation à l'étranger	cf. 3.3.7
Recherche et expéditions de médicaments et prothèses	cf. 3.3.7
Assistance en cas d'accident de ski alpin ou de fond	
Frais de secours en montagne	cf. 3.3.7
Assistance en cas de décès	
Rapatriement du corps en cas de décès de l'un des bénéficiaires en déplacement	cf. 3.3.7
Retour anticipé en cas de décès d'un membre de la famille du bénéficiaire	cf. 3.3.7
Renseignements & conseils médicaux	
Renseignements et conseils médicaux lors de la préparation d'un voyage, pendant et au retour de voyage	cf. 3.3.7
* Prestations accessibles dans les 12 mois suivant la création de l'entreprise.	

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. Pour l'assistance *Services Professionnels*, les conditions de durée d'immobilisation au *domicile* ne s'appliquent pas ;
- 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 » ;
- de situation de stress ou de mal-être au travail ;
- de survenance ou d'aggravation d'une *pathologie lourde* entraînant une *hospitalisation* ;
- de survenance d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie, ou d'une aggravation entraînant une *hospitalisation* ;
- d'*accident* ou *maladie* invalidante ;
- 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, gériatriques 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 que qu'à leurs conséquences.

De même sont exclus 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

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'évènement.

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'évènement.

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

• Livraison de médicaments

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 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 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.

• 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 à l'*assuré* 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'allocation 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.

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'évènement.

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 d'un mois à compter de la date de l'évènement.

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/géographie, 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'évènement.

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.

GARANTIES D'ASSISTANCE ÉQUILIBRE VIE PRO

• Bilan prévention des troubles musculo-squelettiques

L'*assuré* peut solliciter, une fois sur une période de 12 mois, un bilan prévention des troubles musculo-squelettiques, du lundi au vendredi, hors jour férié.

IMA GIE organise et prend en charge un bilan réalisé à distance par un ergothérapeute. Celui-ci évalue la situation professionnelle de l'*assuré*, prenant en compte les problématiques d'installation au bureau ou liées aux déplacements avec un véhicule de tourisme, ainsi que les éventuelles situations de stress au travail.

Il identifie avec l'*assuré* un plan d'actions opérationnel avec des mesures correctives, et prévoit si nécessaire :

- la mise en relation avec un prestataire pour l'essai d'équipements ergonomiques,
- et/ou la mise en œuvre d'une des prestations « Prévention stress au travail », « Bilan professionnel », « Programme de remise en forme ».

Des fiches conseils sont adressées à l'*assuré* et un suivi téléphonique est réalisé dans les 3 mois suivant le bilan.

• Prévention stress au travail

En cas de situation génératrice de stress de l'*assuré* au travail identifiée au travers de la garantie « Bilan prévention des troubles musculo-squelettiques ».

À tout moment, afin d'aider l'*assuré* qui rencontre une situation professionnelle génératrice de stress ou de mal-être (conflits avec un collègue ou un supérieur hiérarchique, surcharge de travail, difficulté à concilier vie pro/vie perso, ...) et qui souhaitent bénéficier d'un soutien pour y faire face, IMA GIE organise et prend en charge jusqu'à 5 entretiens téléphoniques par an et par bénéficiaire avec un psychologue clinicien.

Le psychologue réalise une écoute professionnelle, non orientée et non interventionniste en gardant une distance et une neutralité bienveillantes.

Le bénéficiaire peut notamment aborder avec le psychologue, dans le cadre de ces entretiens, la situation vécue, les difficultés rencontrées, les conséquences sur sa santé.

Il peut réfléchir avec le psychologue sur les sources de son stress et de son mal-être, ses difficultés pour y faire face et envisager d'éventuelles actions pour faire face et mieux vivre la situation rencontrée.

L'entretien téléphonique vise également à proposer une orientation vers les dispositifs adaptés (psychiatre, psychologue spécialisé, association...) si le psychologue la juge nécessaire.

• Bilan professionnel

En cas de situation génératrice de stress de l'assuré au travail identifiée au travers de la garantie « Bilan prévention des troubles musculo-squelettiques ».

IMA GIE organise et prend en charge 2 échanges par téléphone ou visioconférence avec un consultant.

Le consultant permet au bénéficiaire ne se sentant pas bien dans son emploi d'investiguer sa situation professionnelle et d'être accompagné dans sa réflexion.

Une synthèse du bilan professionnel, avec des premières pistes d'investigation pour son évolution professionnelle, est adressée au bénéficiaire.

• Programme de remise en forme

En cas de situation génératrice de stress de l'assuré au travail identifiée au travers de la garantie « Bilan prévention des troubles musculo-squelettiques ».

OU

En cas d'arrêt de travail > 30 jours pour l'assuré en souffrance psychosociale, lombalgique ou musculo-squelettique.

IMA GIE organise et prend en charge un programme de 10 séances avec un coach forme au domicile de l'assuré ou dans son environnement proche.

L'intervention vise à détecter les habitudes responsables de problématiques de santé au travail et à apporter les bases d'exercices nécessaires à la prévention. Un programme de remise en forme personnalisé est proposé à l'assuré en fonction de ses capacités et besoins, avec un suivi sur 6 mois.

• Installation de l'activité professionnelle

Informations juridiques pro et accompagnement aux démarches

Dès la souscription et tout au long du contrat

IMA GIE met à disposition, du lundi au samedi, hors jours fériés, un service d'informations juridiques pour apporter à l'assuré ou son conjoint des informations dans les domaines suivants :

- informations sur les domaines du droit social, droit fiscal, droit des affaires et droit des assurances,
- assistance pour compléter des documents administratifs selon les notices légales fournies, le juriste peut apporter une aide dans la compréhension des éléments à compléter.

Coach budget

Dès la souscription et dans les 12 mois suivant la création de l'entreprise.

IMA GIE propose d'analyser le budget familial, de fixer des objectifs pour le rééquilibrer, de réaliser une série de recommandations adaptées à la situation globale de l'assuré et de son conjoint, de mettre à disposition des fiches pratiques ainsi qu'un livret de compte pour le suivi du budget.

Cette garantie est mise en œuvre dans la limite de 6 entretiens téléphoniques avec un Conseiller en Économie Sociale et Familiale sur 12 mois.

Assistance administrative à la carte

Dès la souscription et dans les 12 mois suivant la création de l'entreprise.

IMA GIE propose à l'assuré ou son conjoint une assistance administrative à la carte :

- Support à la gestion professionnelle avec le traitement de formalités administratives, secrétariat, soutien comptable...
- Support à la gestion privée : gestion du courrier, classement et archivage de documents personnels...

La garantie est limitée à 12 heures dans les 12 mois suivant la création de l'entreprise.

• Soutien de l'activité professionnelle en cas de perturbations temporaires

Pour les garanties prévues ci-après, IMA GIE intervient :

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'assuré ou de son conjoint collaborateur,

- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'assuré ou de son conjoint collaborateur,

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'assuré ou de son conjoint collaborateur.

En cas de grossesse pathologique avec alitement entraînant une immobilisation imprévue au domicile de plus de 15 jours de l'assuré ou de son conjoint collaborateur.

Aide aux déplacements

IMA GIE apporte une aide à la mobilité pour effectuer les démarches et les formalités liées à l'activité professionnelle.

IMA GIE prend en charge 4 trajets aller-retour dans les 30 jours suivant l'évènement, dans la limite totale de 250 €, pour l'assuré, le conjoint collaborateur ou une personne de confiance.

Service coursier

IMA GIE met en œuvre l'acheminement de documents professionnels et urgents, dans la limite de 4 portages dans les 30 jours suivant l'évènement et dans un rayon de 30 kilomètres :

- Depuis le domicile vers le lieu de travail OU « La Poste »
- OU depuis le lieu de travail vers le domicile lorsque ni l'assuré ni son conjoint collaborateur ne sont en mesure de déposer les documents et qu'aucune autre solution n'est possible auprès des proches.

N.B : documents de 8 kilogrammes maximum, les frais d'envoi restent à la charge de l'assuré.

Présence d'un collaborateur ou d'une personne de confiance

IMA GIE organise et prend en charge la venue d'une personne pour permettre le remplacement de l'assuré dans son activité dans la limite d'un billet aller-retour par 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 50 € par nuit.

Assistance administrative à la carte

IMA GIE propose à l'assuré ou son conjoint collaborateur une assistance administrative à la carte :

- Support à la gestion professionnelle avec le traitement de formalités administratives, secrétariat, soutien comptable...
- Support à la gestion privée : gestion du courrier, classement et archivage de documents personnels...

La garantie est limitée à 12 heures sur 30 jours.

• Soutien à l'activité professionnelle en cas de perturbation sur le long terme

En cas d'accident entraînant une hospitalisation de plus de 10 jours de l'assuré ou de son conjoint collaborateur OU une immobilisation au domicile de plus de 30 jours de l'assuré ou de son conjoint collaborateur,

OU

En cas de déclaration, dûment justifiée par un certificat médical d'une pathologie lourde entraînant une hospitalisation de plus de 5 jours de l'assuré ou de son conjoint collaborateur,

OU

En cas de survenance, dûment justifiée par un certificat médical d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie de l'assuré ou de son conjoint collaborateur,

OU

En cas d'aggravation d'une pathologie lourde ou d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie, entraînant une hospitalisation de plus de 10 jours de l'assuré ou de son conjoint collaborateur.

Aide aux déplacements

IMA GIE apporte une aide à la mobilité pour effectuer les démarches et les formalités liées à l'activité professionnelle.

IMA GIE prend en charge 12 trajets aller-retour dans les 12 mois suivant l'événement, dans la limite totale de 750 €, pour l'assuré, le conjoint collaborateur ou une personne de confiance.

Service coursier

IMA GIE met en œuvre l'acheminement de documents professionnels et urgents, dans la limite de 12 portages dans les 12 mois suivant l'événement et dans un rayon de 30 kilomètres :

- Depuis le *domicile* vers le lieu de travail OU « la Poste »
- OU depuis le lieu de travail vers le *domicile* lorsque ni l'assuré ni son conjoint collaborateur ne sont en mesure de déposer les documents et qu'aucune autre solution n'est possible auprès des proches.

NB : Documents de 8 kilogrammes maximum, les frais d'envoi restent à la charge de l'assuré.

Présence d'un collaborateur ou d'une personne de confiance

IMA GIE organise et prend en charge la venue d'une personne pour permettre le remplacement de l'assuré dans son activité dans la limite d'un billet aller-retour par 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 50 € par nuit.

Assistance administrative à la carte

IMA GIE propose à l'assuré ou son conjoint collaborateur une assistance administrative à la carte :

- Support à la gestion professionnelle avec le traitement de formalités administratives, secrétariat, soutien comptable...
- Support à la gestion privée : gestion du courrier, classement et archivage de documents personnels...

La garantie est limitée à 24 heures dans les 12 mois suivant l'événement.

Coach budget

IMA GIE propose d'analyser le budget familial, de fixer des objectifs pour le rééquilibrer, de réaliser une série de recommandations adaptées à la situation globale de l'assuré et de son conjoint, de mettre à disposition des fiches pratiques ainsi qu'un livret de compte pour le suivi du budget.

Cette garantie est mise en œuvre dans la limite de 6 entretiens téléphoniques avec un Conseiller en Économie Sociale et Familiale sur 12 mois.

Bilan situationnel par un ergothérapeute sur le lieu de travail

IMA GIE organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute sur le lieu de travail de l'assuré dans les 12 mois suivant l'événement.

Cette garantie prend en compte l'évaluation de la personne dans son lieu de travail (bilan de la personne, bilan matériel de l'environnement de travail). Cette évaluation est complétée par un rapport (croquis des aménagements et règles d'accessibilité) préconisant des solutions d'aménagement du lieu de travail.

• Cessation de l'activité professionnelle

En cas d'accident ou de maladie invalidante de l'assuré ou de son conjoint collaborateur rendant impossible l'exercice de l'activité professionnelle,

OU

En cas de décès de l'assuré ou de son conjoint collaborateur rendant impossible le maintien de l'activité professionnelle.

Aide aux déplacements

IMA GIE apporte une aide à la mobilité pour effectuer les démarches et les formalités liées à l'activité professionnelle.

IMA GIE prend en charge 4 trajets aller-retour dans les 12 mois suivant l'événement, dans la limite totale de 250 €, pour l'assuré, le conjoint collaborateur ou une personne de confiance.

Assistance administrative à la carte

IMA GIE propose à l'assuré ou son conjoint collaborateur une assistance administrative à la carte :

- Support à la gestion professionnelle avec le traitement de formalités administratives, secrétariat, soutien comptable...
- Support à la gestion privée : gestion du courrier, classement et archivage de documents personnels...

La garantie est limitée à 12 heures dans les 12 mois suivant l'événement.

3.3. VOTRE ASSISTANCE EN DÉPLACEMENT

3.3.1. 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.

3.3.2. Les faits générateurs

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

3.3.3. 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.

3.3.4. 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.

3.3.5. La mise en œuvre des prestations

- Toutes les dépenses que le bénéficiaire aurait dû normalement engager en l'absence de l'événement 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.

3.3.6. 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.

3.3.7. 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. A 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 d'un bénéficiaire 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 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

À l'adhésion, vos déclarations doivent être sincères et conformes à la réalité ; votre cotisation et vos garanties en dépendent. Toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive entraîne la nullité du contrat conformément à l'article L. 113-8 du Code des Assurances.

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 fautive 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 tenter 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 quel que 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.**

Comment nous contacter :

**Il vous suffit de composer
le 09 69 36 28 37** (appel non surtaxé)

**et depuis l'étranger
le + 00 33 9 69 36 28 37.**



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 24h/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°Crystal 09 69 36 28 37

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
(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⁽¹⁾ 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 oeuvre 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** les 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. À 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. À 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 oeuvre 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'inspections.

Ces traitements sont mis en oeuvre 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 clients 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.

(1) Le Règlement général sur la protection des Données 2016/679 du 27 avril 2016 et la loi Informatique et libertés 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée.

• 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 oeuvre 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.

À ce titre, BPCE Assurances peut transmettre les Données de ses clients à BPCE ou aux autres entités du Groupe BPCE.

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, des 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 inexacts 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 Économique 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.	Sans dommages corporels, 2 ans à compter de la fin du contrat ou de la clôture du dernier sinistre. En cas de dommages corporels résultant de la responsabilité civile, les données sont conservées jusqu'à la fin du délai de prescription.	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. 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. Nous pouvons également être amenés à collecter des données personnelles publiques vous concernant. Enfin, nous pouvons également collecter des données par l'intermédiaire de nos clients, si la personne concernée est par exemple membre de sa famille, co-contractant ou un tiers couvert ou responsable de l'exécution du contrat.	Les données sont transmises au sein du Groupe BPCE à : <ul style="list-style-type: none"> • 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. À cet effet, vos informations personnelles pourront être pseudonymisées ou anonymisées à des fins de recherches et de création de modèle statistique. <p>Mais elles sont également transmises à des tiers tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les entreprises qui assurent le suivi ou la réparation de vos sinistres ; • Les prestataires ou sous-traitants auxquels BPCEA 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.		
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		5 ans après le paiement.		
Veille, conception, développement et suivi de l'activité commerciale		3 ans à compter de la fin de votre contrat si vous êtes client ou 3 ans 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.			

