

Assurance Frais de santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : IRCEM MUTUELLE, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité. Inscrite en France au répertoire SIRENE sous le n° 438 301 186 située au 261, avenue des Nations-Unies B.P. 593 - 59060 Roubaix cedex 1.

Produit : GARANTIE SANTE

Le présent document constitue un résumé des principales garanties et exclusions du produit « Garantie Santé ». Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Des informations précontractuelles et contractuelles complètes sur le produit « Garantie Santé » sont fournies dans le Règlement Mutualiste, qui précise les différentes garanties ainsi que les conditions de mise en œuvre, et le Certificat d'Adhésion qui précise vos choix. Les niveaux de remboursement sont détaillés dans le tableau de garanties, ils varient suivant le niveau de garanties choisi et mentionné au Certificat d'Adhésion (Niveau 1, Niveau 2 ou Niveau 3).

De quel type d'assurance s'agit-il ?

« Garantie Santé » est un contrat d'assurance individuel dont l'objet est de rembourser tout ou partie des frais de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément des remboursements de la Sécurité sociale française.

A noter qu'il peut subsister un reste à charge pour l'assuré après intervention de la complémentaire santé



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les actes pris en charge par la Sécurité sociale, ainsi que ceux indiqués, ci-dessous, par un astérisque à hauteur de la formule souscrite. Les prestations sont soumises à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie souscrit et une somme peut rester à charge.

Garanties accordées :

✓ SOINS COURANTS

Consultations - Visites généralistes / spécialistes.

Auxiliaires Médicaux, analyses médicales.

Actes de spécialité, imagerie médicale.

Pharmacie :

Médicaments, bas de contention.

Prestations de prévention remboursables S.S.

✓ OPTIQUE

Équipements 100% santé.

Montures et verres unifocaux, multifocaux ou progressifs.

Équipement hors 100% santé en fonction du niveau de couverture choisi (cf. tableau des niveaux de garanties).

Accès au réseau de soins optique.

✓ DENTAIRE

Soins et prothèses 100% santé.

Soins et prothèses hors 100% santé en fonction du niveau de couverture choisi (cf. tableau des niveaux de garanties).

✓ HOSPITALISATION

Soins, actes, honoraires hospitaliers, frais de séjour, soins externes, séjour en maison de repos, forfait journalier hospitalier (Frais Réels), transport.

✓ AIDES AUDITIVES

Équipements 100% santé (classe1).

Équipements hors 100% santé (classe2) en fonction du niveau de couverture choisi (cf. tableau des garanties).

AUTRES PRESTATIONS

Prothèses (acceptées par la S.S., autres que prothèse dentaire).

Accès au réseau de soins en audioprothèse.

Cures thermales acceptées S.S. (traitement).

Garanties complémentaires (en fonction de la formule souscrite) :

SOINS COURANTS

Vaccin grippal (non remboursé S.S.).

OPTIQUE

Lentilles non remboursées S.S.*

DENTAIRE

Prothèses dentaires refusées S.S.*

HOSPITALISATION

Chambre particulière y compris maternité, frais d'Accompagnement enfant de moins de 12 ans, prime maternité.

AUTRES PRESTATIONS

Prothèse auditive et autres prothèses S.S.* (appareillage, orthopédie...).

Cures thermales : frais refusés S.S.*; pédicure / Podologue *, médecines douces* (homéopathie, acupuncture, ostéopathie, diététicien).

Services mis à disposition, quelle que soit la formule souscrite :

Action sociale.

Services Santé et Bien-être.

Prestations d'assistance.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins non pris en charge par la Sécurité sociale, sauf stipulation contraire prévue par le règlement.
- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les éventuels suppléments pour confort personnel en cas d'hospitalisation (téléphone, télévision, etc.).



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

Nos garanties sont en conformité avec les exigences posées par l'article L 871-1 du code de la Sécurité sociale relatif aux « contrats responsables et solidaires » et les décrets pris pour son application, et s'inscrivent dans le respect du parcours de soins coordonnés.

Nos garanties ne prennent pas en charge :

- ! la contribution forfaitaire prélevée par l'Assurance Maladie Obligatoire (actuellement fixée à 1 euro) sur les actes et consultations des médecins et sur les actes de biologie médicale ;
- ! les franchises applicables, laissées à la charge de l'assuré, sur les médicaments, les actes paramédicaux (sauf effectués lors d'une hospitalisation) et sur les frais de transport sanitaires ;
- ! la baisse du remboursement de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins ou de refus du patient d'accorder l'accès à son dossier médical personnel ;
- ! la part forfaitaire du dépassement d'honoraires des spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant.

Votre contrat comporte par ailleurs certaines restrictions en respect de la réglementation liée aux contrats responsables et solidaires.

- ! Pour l'optique : prise en charge d'un équipement optique (monture et 2 verres) tous les 2 ans à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue. Le coût de la monture est limité à 150 €.
- ! Pour les dépassements d'honoraires des médecins : dès lors que votre contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires, les taux de prise en charge indiqués aux tableaux de garanties sont minorés de 20 % et plafonnés à 200% lorsque le médecin n'a pas adhéré aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées.

Autres restrictions :

- ! Plafonnement des remboursements au montant des frais réellement engagés.
- ! Pour l'hospitalisation : prise en charge du forfait journalier et de la chambre particulière sans limite de durée, sauf pour les établissements médico-sociaux (maison de retraite à caractère médicalisé, maison d'accueil spécialisée, institut de rééducation et autres types d'établissements de longs séjours). Pour ces hospitalisations, la durée d'indemnisation est limitée à 90 jours non renouvelables par année civile et par bénéficiaire.



Où suis-je couvert(e)?

- ✓ Les garanties s'exercent dans le Monde entier, dès lors que l'assurance Maladie Obligatoire (AMO) intervient. Les services Santé et Bien-être sont délivrés en France métropolitaine.



Quelles sont mes obligations?

• A la souscription du contrat

- Être salarié cotisant à l'IRCEM Retraite ou bénéficiaire d'une pension de retraite complémentaire par IRCEM Retraite ou particulier employeur ainsi que son conjoint, son concubin ou son partenaire lié par un PACS ainsi que les enfants et petits-enfants dans certains cas.
- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription.
- Fournir tous les documents justificatifs demandés.

• Obligation en cours de contrat

- Régler la cotisation conformément aux dispositions prévues au contrat (montant et échéances).
- Fournir à IRCEM Mutuelle toutes pièces et documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'IRCEM Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale.
- Informer l'IRCEM Mutuelle d'un changement de situation, par lettre recommandée, dans les quinze jours qui suivent la connaissance de l'un de ces événements : changement d'adresse, modification de la composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité, changement de profession.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance, aux échéances prévues au contrat, mensuellement.

Les cotisations sont payables par prélèvement automatique suivant les modalités prévues au contrat.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Début de la couverture

La couverture de l'assuré débute au plus tôt à la date mentionnée sur le bulletin d'adhésion. Cette date doit être obligatoirement postérieure à la date de réception du dossier complet d'adhésion.

Les frais de santé engagés sont alors couverts dans la limite des garanties souscrites à compter de cette date d'effet, sous réserve de l'application éventuelle d'un délai de carence. Si vous n'aviez pas de mutuelle ou si les postes de dépenses ci-dessous n'étaient pas prévus dans votre ancien contrat un délai d'attente de 3 mois sera appliqué pour :

- la chambre particulière (en cas de maladie), le délai sera de 9 mois en cas de maternité,
- les forfaits optiques, les remboursements de prothèses dentaires et autres prothèses.

La couverture de l'assuré se renouvelle chaque 1^{er} janvier par tacite reconduction sauf résiliation par l'une des parties dans les cas prévus au contrat.

Droit de renonciation

L'assuré peut renoncer à son affiliation par lettre recommandée avec accusé de réception pendant un délai de 30 jours calendaires révolus qui suivent le premier paiement de sa cotisation.

Fin de la couverture

La couverture de l'assuré prend fin à la date d'effet de la résiliation du contrat quelle soit à l'initiative de l'assuré ou de l'IRCEM Mutuelle (en cas de non-paiement des cotisations).



Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation peut être notifiée par lettre simple ou tout autre support durable, déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur, acte extrajudiciaire, communication à distance lorsque l'organisme le propose pour la souscription ou tout autre moyen prévu par le contrat ou le règlement. Nous vous invitons à l'adresser à notre Centre de gestion des frais de santé : Centre de Gestion Santé IRCEM – CS 50155 – 13395 MARSEILLE Cedex 10

Résiliation à l'échéance :

La résiliation du contrat s'effectue par notification à IRCEM Mutuelle au moins 2 mois avant la date d'échéance (avant le 31 octobre). Le cachet de la poste fait foi du respect du délai de préavis.

Résiliation à tout moment :

À l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification par IRCEM Mutuelle.

Résiliation en cas de survenance d'un événement particulier :

En cas de changement de domicile, de changement de situation matrimoniale, de changement de régime matrimonial, de changement de profession, de retraite professionnelle ou de cessation définitive d'activité professionnelle, si les risques garantis sont en relation directe avec la situation antérieure et ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle. Cette résiliation peut intervenir dans les 3 mois suivant l'événement et prend effet un mois après sa notification.

Résiliation en cas d'augmentation annuelle supérieure à la variation de l'indice :

Les cotisations peuvent évoluer à chaque échéance principale en fonction de l'évolution du taux d'accroissement des dépenses de santé, publié par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, et de la structure de nos remboursements, de la dégradation des résultats techniques, de l'évolution du plafond mensuel de la Sécurité sociale. Si la cotisation venait à augmenter dans une proportion supérieure à cette évolution, vous pourriez résilier votre contrat.

Informations relatives aux frais de gestion au titre de la garantie santé pour 2021 :

1) Ratio Prestations versées / Cotisations encaissées : 81,4 %

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

2) Ratio Frais de gestion / Cotisations encaissées : 13,1 %

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion. Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

INFORMATIONS PRATIQUES SUR VOTRE CONTRAT « SANTÉ »

VOS REMBOURSEMENTS

Comment vous faire rembourser ?

Grâce au système Noémie, vos décomptes nous sont télétransmis directement par votre Centre de Sécurité sociale et nous vous remboursons directement sur votre compte (sous réserve d'être affilié au régime général de Sécurité sociale ou au régime Alsace Moselle).

Si vous êtes immatriculé auprès d'un régime de Sécurité sociale spécifique, vous devrez nous adresser l'original du décompte de la Sécurité sociale (les photocopies ou duplicatas ne seront pas acceptés) pour être remboursé.

Dans les cas où vous auriez dû effectuer une avance de frais, vous devrez nous adresser vos factures acquittées, reçus ou justificatifs originaux.

Comment suivre vos remboursements ?

En l'absence de tiers payant, vos remboursements seront effectués directement sur votre compte bancaire. Vous recevrez, tous les trimestres, un relevé de vos remboursements complémentaires par courrier.

Ces informations sont également disponibles en temps réel, 24H/24, 7J/7 sur votre « espace adhérent santé » de notre site www.ircem.com. Dès lors que votre contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires, les taux de prise en charge indiqués aux tableaux de garanties sont minorés de 20 % et plafonnés à 200% lorsque le médecin n'est pas signataire des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées.

VOTRE SERVICE DE TIERS PAYANT

Avec votre contrat santé vous évitez l'avance de frais auprès de nombreux professionnels de santé grâce à votre carte Mutualiste

de TIERS PAYANT ISanté*. Cette carte vous est adressée lors de l'enregistrement de votre dossier d'adhésion.

Comment utiliser votre carte ?

➤ Vous serez dispensé de l'avance des frais, pour les actes qui sont mentionnés sur votre carte, auprès de nombreux professionnels de santé répartis dans toute la France*.

➤ Vous devez la présenter systématiquement à votre pharmacien pour bénéficier d'un remboursement automatique. En cas de constitution d'un dossier d'admission à l'hôpital, vous devrez simplement remettre une copie de votre carte à l'établissement hospitalier concerné.

(*) La liste des professionnels de santé qui pratiquent le tiers payant, et qui ont signé une convention avec notre partenaire ISanté, est disponible sur votre « espace adhérent santé ».

VOS SERVICES EN LIGNE

Pour accélérer nos échanges ainsi que votre accès à l'information et à vos services, nous mettons à votre disposition un « espace adhérent santé » accessible depuis notre site www.ircem.com.

Depuis cet espace, vous pourrez :

➤ Accéder en temps réel à vos remboursements et être alerté par e-mail de chaque nouveau paiement.

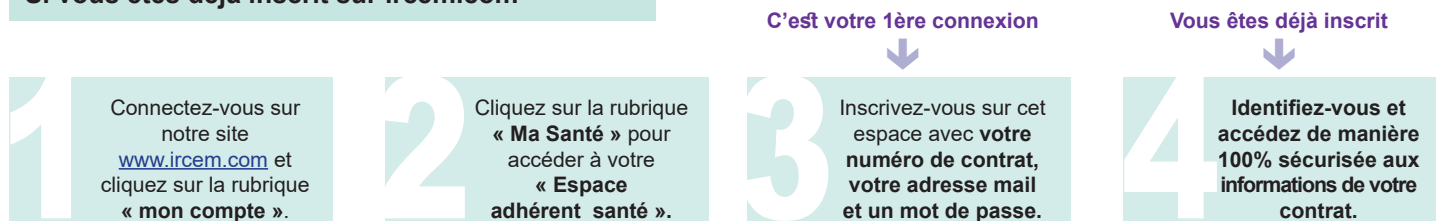
- Accéder aux informations sur votre contrat et sur les services inclus.
- Effectuer certaines démarches en ligne concernant votre contrat (demande de mise à jour de vos coordonnées, de modifications concernant votre contrat etc.).
- Localiser les professionnels et établissements de santé, proches de chez vous, avec lesquels vous pourrez bénéficier de votre tiers payant.

COMMENT ACCEDER A VOTRE ESPACE ADHERENT SANTE ?

Si vous n'êtes pas encore inscrit sur ircem.com



Si vous êtes déjà inscrit sur ircem.com



LES SERVICES INCLUS DANS VOTRE CONTRAT

Des prestations d'assistance :

En cas d'accident ou de maladie votre contrat prévoit de nombreuses prestations d'assistance.

Le détail de ces prestations ainsi que les coordonnées d'accès sont disponibles dans le règlement mutualiste de votre Garantie (mis à votre disposition lors de votre souscription).

Les services VIVONS BIEN VIVONS MIEUX :

Ces services santé et bien-être sont une exclusivité Ircem Mutuelle (sous réserve qu'ils soient inclus dans votre contrat). Tous les détails concernant ces services sont disponibles dans votre règlement mutualiste ainsi que sur le site :

www.vivonsbienvivonsmieux.fr. Vos codes d'accès aux services personnels vous ont été remis avec votre Certificat d'Adhésion.

Les services EGARESO :

Votre contrat inclut un réseau de soins optique « Kalixia Optique », ainsi qu'un réseau de soins en audioprothèse « Kalixia Audio ». Ces réseaux favorisent l'accès à des équipements de qualité, avec une véritable maîtrise du reste à charge, voire sans reste à charge pour de nombreux équipements d'optique. Ils vous

permettent de bénéficier de conseils personnalisés pour le choix d'un équipement adapté à vos besoins ainsi que du tiers payant auprès de nos opticiens / audioprothésistes partenaires. De même lors de votre adhésion vous bénéficiez du service d'analyse de devis EGARESO, vous pouvez accéder à ce service en optique et aide auditive ainsi qu'à une estimation de vos remboursements avant d'engager une dépense de santé.

Pour accéder aux services et informations EGARESO, rendez-vous sur www.egareso.fr, ou bien directement chez votre professionnel de santé qui se connectera sur les outils mis à sa disposition.

Pour le traitement de vos devis contactez votre Centre de Gestion Santé par courrier, téléphone ou internet dont les coordonnées figurent au bas de ce document.

Le Fonds Social Ircem Mutuelle :

En tant qu'adhérent, vous pouvez également bénéficier de l'Action Sociale Ircem Mutuelle.

Pour plus de détails, rendez-vous sur www.ircem.com « rubrique Action Sociale ».

Pour contacter votre centre de gestion santé



Par courrier :

Centre de Gestion Santé IRCM
CS 50155
13395 MARSEILLE Cedex 10



Par téléphone :

Du lundi au vendredi
De 8h30 à 18h

04 91 32 20 40



Par internet :

Rendez-vous sur votre espace Adhérent Santé ircem.com « **rubrique contact** » ou envoyez un mail à : ircem.sante@igestion-gd.fr

MISE EN CONFORMITE DES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT S'IL A ETE SOUSCRIT AVANT LE 01/01/2020

Votre contrat santé est un contrat dit « responsable et solidaire », conformément à l'article L 871-1 du code de la Sécurité sociale. A ce titre, il bénéficie d'une taxation réduite. En contrepartie, il doit respecter un certain nombre d'obligations et d'interdictions.

Pour continuer à bénéficier de cette taxation réduite, les contrats santé responsables doivent, dès le 01/01/2020 se conformer au 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, au sein de paniers de soins dits « 100% santé »

L'évolution du cahier des charges relatif aux contrats responsables impose également de revoir le plafond de prise en charge maximal de la monture pour les équipements ne concernant pas le panier de soins « 100% santé »

Le panier de soins 100% Santé au 01.01.2021

Pour les frais d'optique :

Quel que soit votre niveau de garanties, votre contrat prendra en charge les frais réels pour les équipements de Classe A, les prestations (adaptation et appairage) et suppléments pour les verres avec filtre de classe A, dans la limite des prix de vente fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'article L 165-1 du code de la Sécurité sociale.

Les montures n'entrant pas dans le cadre du panier de soins 100% santé sont prises en charge à hauteur maximal de 100€, selon les garanties de votre contrat.

Si vous détenez un contrat Garantie Santé (sur le niveau 2 ou le niveau 3) ou un contrat Garantie Santé Senior (sur le niveau économique ou le niveau confort) le niveau de prise en charge des verres a été majoré.

Soins et prothèses Dentaires :

Quel que soit votre niveau de garanties, votre contrat prendra en charge, les frais réels pour les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée définis par arrêté, dans la limite des

honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie.

Aides auditives :

Quel que soit votre niveau de garanties, votre contrat prendra en charge les frais réels dans la limite des prix de vente des aides auditives de classe I fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.

A compter du 1^{er} janvier 2021, votre contrat respectera donc ces nouvelles obligations, sauf résiliation de votre part dans les conditions et délais prévus à l'article « Résiliation » du Règlement Mutualiste de votre Garantie.

Le tableau détaillant vos garanties sera joint à l'envoi de votre échéancier 2021. **Le règlement mutualiste de votre contrat est actualisé en conséquence. Il est disponible dans votre Espace adhérent santé mais aussi sur le site www.ircem-mutuelle.com, rubrique « Informations pratiques / Fiches et guides pratiques ».**

> VOS SERVICES EGARESO

Votre contrat inclut les services d'un réseau de soins optique « Kalixia Optique », ainsi que d'un réseau de soins en audioprothèse « Kalixia Audio ». Ces réseaux favorisent l'accès à des équipements de qualité, avec une véritable maîtrise du reste à charge, voire sans reste à charge sur un certain nombre d'équipements d'optique. Ils vous permettent de bénéficier de conseils personnalisés pour le choix d'un équipement adapté à vos besoins au meilleur rapport qualité/prix ainsi que du tiers payant auprès de nos opticiens / audioprothésistes partenaires.

De même vous bénéficiez du service d'analyse de devis EGARESO, vous pouvez accéder à ce service en optique, aide auditive ainsi qu'une estimation de vos remboursements avant d'engager une dépense de santé. A ce titre, vous notez que des données vous concernant et concernant les éventuels membres de votre famille garantis par la présente adhésion seront transmises au service EGARESO afin de lui permettre de répondre à vos demandes par notre intermédiaire et autorise par conséquent :

- IRCEM Mutuelle à transmettre à EGARESO la copie des remboursements effectués en votre faveur et en faveur des autres personnes garanties par la présente adhésion, pour des actes de soins ayant fait l'objet d'un devis concernant des frais d'optique ou relatif à des audioprothèses,
- EGARESO à saisir et analyser les données que vous-même et les personnes garanties par la présente adhésion lui transmettez et à les conserver dans le respect des dispositions légales en vigueur,
- Et à transmettre à IRCEM Mutuelle et ce, selon la codification de la Sécurité sociale uniquement, la caractéristique des actes figurant sur les devis soumis à EGARESO (ainsi que le montant des frais indiqués).

> MODALITÉS D'ADHÉSION

Je certifie sincères et véritables les renseignements indiqués sur cette demande adhésion. Je reconnais avoir pris connaissance, préalablement à l'adhésion à la garantie proposée, des documents et informations suivants : le Règlement Mutualiste de la garantie, le questionnaire d'évaluation des besoins, les cotisations et garanties applicables et le document d'information sur le produit d'assurance.

Votre adhésion devient effective au premier jour du mois civil suivant la réception de votre dossier complet d'adhésion.

A _____

Signature du membre participant (assuré)

Le



Nous vous invitons à compléter les informations afin de nous permettre d'établir votre contrat. Ces informations sont obligatoires. Ces données à caractère personnel collectées sont destinées à l'IRCEM Mutuelle, aux entités composantes du Groupe IRCEM, ainsi qu'à ses partenaires contractuellement liés. Elles sont conservées pour une durée qui n'excède pas la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont collectées et traitées. Ce traitement est fondé sur l'exécution de votre contrat.

Conformément à la législation en vigueur relative à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement aux données personnelles vous concernant, ainsi que d'un droit d'opposition et de limitation à leurs traitements. Si vous souhaitez exercer vos droits, vous pouvez écrire, à l'attention du Délégué à la protection des données, au Groupe IRCEM – Direction Conformité et communication institutionnelle, 261 avenue des Nations Unies, 59672 Roubaix Cedex 1, en indiquant vos nom, prénom, adresse, email et si possible votre référence client afin d'accélérer la prise en compte de votre demande. Pour toute question relative à la gestion de vos données personnelles au sein du Groupe IRCEM, vous pouvez adresser un email à l'adresse suivante : dpo@ircem.org, ou contacter la CNIL pour toute réclamation. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données et de vos droits, consultez le Règlement mutualiste.

Informations relatives aux frais de gestion au titre de la garantie santé pour 2021 :

1) Ratio Prestations versées / Cotisations encaissées : 81,4 %

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

2) Ratio Frais de gestion / Cotisations encaissées : 13,1 %

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion. Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

Pour résilier votre complémentaire santé actuelle à tout moment, en application du dispositif de résiliation santé Infra annuelle

Découpez, complétez et envoyez à votre assureur actuel, le modèle de notification de résiliation ci-contre.

Attention, la date de dénonciation de votre contrat prend effet au plus tôt un mois après la date de réception de la notification de résiliation infra-annuelle par votre assureur. Aussi, la date d'adhésion souhaitée à votre nouveau contrat, doit être située au minimum 1 mois et 2 jours après la date d'envoi de votre courrier de résiliation.

Exemple : si la notification de résiliation est envoyée le 12 décembre, veuillez indiquer une date de résiliation postérieure au 14 janvier (1 mois plus 2 jours d'acheminement postal).

Le dispositif de résiliation infra-annuelle n'est applicable que dans le cas où vous êtes assuré depuis plus d'un an chez votre assureur actuel.

Dans le cas contraire, vous avez la possibilité :

- D'attendre la date d'échéance annuelle de votre contrat, en respectant un délai de préavis de 2 mois avant la fin effective de votre contrat, pour envoyer votre demande de résiliation;
- D'envoyer votre courrier de demande de résiliation dans les 15 jours suivant la réception de votre avis d'échéance annuel, en application de la Loi Chatel.

Pour être accompagné(e) dans le cadre d'une demande de résiliation de votre complémentaire santé actuelle nous vous recommandons de joindre un conseiller IRCEM Mutuelle en composant le **09 80 980 390** (appel non sur taxé).

DESTINATAIRE

(inscrivez ici les coordonnées de votre mutuelle ou compagnie d'assurance actuelle)

Objet : Demande de résiliation infra-annuelle santé

Madame, Monsieur,

Je soussigné(e) Mme, M. (Prénom) _____ (Nom) _____

Né(e) le ____ / ____ / _____ et demeurant (adresse complète) _____

vous prie de résilier, dans le cadre de la résiliation infra-annuelle, mon contrat de complémentaire santé n° _____, à la date du ____ / ____ / _____.

Je vous remercie de bien vouloir traiter cette demande et de m'envoyer rapidement mon certificat de radiation.

Dans cette attente, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait à : _____ le : _____

Signature :

Récapitulatif des documents à envoyer pour toute souscription

- **La Demande d'Adhésion** complétée et signée
- **Le mandat de prélèvement SEPA** complété et signé, sans rature
- **Un relevé d'identité bancaire ou postal**
- **Une photocopie de votre attestation de droits de Sécurité sociale** et celle des membres de votre famille à garantir (joindre la copie de l'attestation, et non de la carte vitale)
- **Un certificat de scolarité** pour vos enfants de plus de 18 ans qui sont à garantir
- **UNIQUEMENT en cas de changement de Mutuelle : le certificat de radiation de votre précédente complémentaire santé** (avec le détail des garanties dont vous étiez bénéficiaire), s'il est déjà en votre possession.
Si vous ne détenez pas encore ce certificat : envoyez-nous les autres documents en votre possession. Vous nous adresserez ce certificat ultérieurement.

Glissez tous ces documents dans une enveloppe, **SANS L'AFFRANCHIR**, et envoyez-la à l'adresse suivante :

Centre de Gestion SANTÉ IRCEM
Libre Réponse 95541 –
13395 MARSEILLE CEDEX 10

GARANTIE SANTÉ

RÈGLEMENT MUTUALISTE ET ANNEXES

Version juin 2021

Mutuelle soumise aux dispositions
du Livre II du code de la Mutualité.
Inscrite au répertoire SIRENE
sous le n°438 301 186

**IRCEM**
Mutuelle

REGLEMENT MUTUALISTE

version juin 2021

(valant notice d'information)

“GARANTIE SANTE”

Le présent règlement est subordonné aux statuts de l'IRCEM Mutuelle.

Votre contrat “**GARANTIE SANTE**” se compose des éléments suivants :

- Le Règlement Mutualiste (le présent document) :

Il définit les différentes garanties possibles, leurs conditions d'intervention et les indications générales sur la vie du contrat. Il peut éventuellement être complété par une (ou des) annexe(s) comme :

- Une annexe “ Convention d'assistance ” qui définit les prestations d'assistance qui vous seront accordées.

- Une annexe définissant les services Santé et Bien-être dénommés « VIVONS BIEN VIVONS MIEUX » et assurés par la société QUATERSPERANTO (261, avenue des Nations 59100 ROUBAIX).

- Le Certificat d'Adhésion :

Il précise les garanties que vous avez choisies, adapte le Règlement Mutualiste à votre propre situation et fixe les règles particulières définies entre vous et nous. Il fait référence au Règlement Mutualiste et éventuellement à une (ou des) annexe(s).

Il vous sera envoyé après enregistrement de votre adhésion :

- Votre certificat adhésion,

- Le tableau des garanties,

- Les codes d'accès aux services « Vivons bien, Vivons Mieux ».

Le présent contrat est un contrat individuel régi par le Code de la Mutualité de la République Française.

■ I/ LES DEFINITIONS

Pour mieux nous comprendre, nous avons défini certains termes fréquemment utilisés dans le texte qui suit.

Accident : Effet soudain, violent et involontaire d'une cause extérieure provoquant sur la personne physique du membre participant une atteinte ou une lésion corporelle.

Age : L'âge est calculé par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance.

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

Ex. : régime général de la Sécurité sociale, régime local d'Alsace-Moselle.

Assuré(s) : Personne(s) garantie(s) par le présent contrat, définie(s) au certificat d'adhésion et bénéficiaire(s) des prestations servies au titre du présent contrat.

Avenant : Modification du contrat et document matérialisant cette modification.

Base de Remboursement : Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. On parle de :

• Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un

professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession,

• Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention,

• Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Contrat “responsable et solidaire” : contrat de complémentaire santé :

• dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des individus couverts, et, pour les adhésions ou souscriptions individuelles, ne recueille aucune information médicale.

• encourageant le respect du parcours de soins coordonnés.

Votre contrat “Santé” est un contrat responsable et solidaire.

Les garanties et niveaux de remboursement suivront les évolutions législatives et réglementaires relatives au dispositif du contrat responsable qui pourraient intervenir ultérieurement.

Echéance principale : Date de renouvellement du contrat et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l'année d'assurance à venir.

Forfait journalier hospitalier : Participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé.

Garantie : Engagement de l'organisme d'assurance maladie complémentaire à assurer la prise en charge totale ou partielle des frais de santé à un niveau prévu à l'avance par des documents contractuels.

Hospitalisation : Séjour en qualité de patient prescrit par un médecin dans une clinique ou un hôpital public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

IRCEM Mutuelle : assureur de ce contrat. IRCEM Mutuelle est une mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité, dont le siège social se situe à ROUBAIX (59100) - 261, avenue des Nations Unies et immatriculée au répertoire sirene sous le numéro 438 301 186.

Maladie : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente et qui nécessite un traitement médical ou une intervention chirurgicale.

Membre participant : Personne qui adhère au règlement en remplissant et signant le Certificat d'Adhésion.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale revalorisé chaque année.

Prestation : Il s'agit des montants remboursés à un assuré par l'organisme d'assurance maladie complémentaire en application de ses garanties (et des éventuels services associés qu'elles prévoient).

Transport : Le transport sanitaire du malade ou de l'accidenté de son domicile ou du lieu de l'accident à l'hôpital (ou à la

clinique) le (ou la) plus proche.

L'assuré garde le libre choix de l'établissement hospitalier.

■ II/ LES GARANTIES

II/1- OBJET DES GARANTIES

Ces garanties permettent à(aux) assuré(s), en complément des prestations versées par son(leur) Assurance Maladie Obligatoire (AMO), d'obtenir le remboursement des frais médicaux engagés suite à une maladie, un accident et une maternité constatés médicalement et survenus postérieurement à la prise d'effet des garanties.

Les remboursements varient suivant le niveau de garanties choisi mentionné au Certificat d'Adhésion ("NIVEAU 1", "NIVEAU 2", "NIVEAU 3"). L'ensemble des niveaux de garanties est décrit dans le tableau des garanties joint aux documents contractuels.

II/2- LES FRAIS REMBOURSÉS

Dans les conditions et limites fixées au tableau des garanties joint au Certificat d'Adhésion et selon le niveau choisi indiqué, sont couverts, sous réserve que **ces actes soient acceptés par votre Assurance Maladie Obligatoire (AMO)** :

- les honoraires médicaux (consultations, visites, y compris les frais de déplacement),
- les actes des auxiliaires médicaux,
- les médicaments,
- les actes de spécialité,
- les soins externes,
- les bas de contention,
- les radiographies,
- les analyses et les examens de laboratoires,
- les soins dentaires, d'orthodontie et les prothèses dentaires : pour les équipements «100% santé» à hauteur des frais réels pour les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée définis par arrêté, dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie,
- les frais d'optique : pour les équipements «100% santé» à hauteur des frais réels pour les équipements de Classe A, les prestations (adaptation et appareillage) et suppléments pour les verres avec filtre de classe A, dans la limite des prix de vente fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'article L 165-1 du code de la sécurité sociale,
- les lentilles,
- les prothèses,
- les frais pour les aides auditives : pour les équipements «100% santé», à hauteur des frais réels dans la limite des prix de vente des aides auditives de classe I fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale,
- les traitements en cure thermale,
- les frais de séjour en clinique, en hôpital ou en maison de repos,
- l'hospitalisation à domicile pour les soins nécessaires dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale,
- les frais opératoires,
- le forfait journalier hospitalier (*),

- la chambre particulière (**),

- le lit d'accompagnant,

- les frais de transport du malade ou de l'accidenté,

- les prestations de prévention prioritaires : actes d'ostéodensitométrie osseuse pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les six ans, et un dépistage auditatif.

(*Le forfait journalier est pris en charge sans limite de durée, sauf pour les établissements médico-sociaux (maison de retraite à caractère médicalisé, maison d'accueil spécialisée, institut de rééducation et autres types d'établissements de longs séjours).

Pour ces hospitalisations, pour les NIVEAUX 1, 2 et 3, la durée d'indemnisation est limitée à 90 Jours non renouvelables par année civile et par bénéficiaire.

(**)La chambre particulière est prise en charge sans limite de durée pour les NIVEAUX 2 et 3 sauf pour les hospitalisations dans les établissements médico-sociaux (maison de retraite à caractère médicalisé, maison d'accueil spécialisée, institut de rééducation et autres types d'établissements de longs séjours). Pour ces hospitalisations la durée d'indemnisation est limitée à 90 jours non renouvelables par année civile et par bénéficiaire.

Ces garanties permettent également d'obtenir, selon le niveau choisi, le versement d'indemnités forfaitaires dans les cas suivants :

- un forfait tous les deux ans limité à un équipement (monture et 2 verres) accepté par votre Assurance Maladie Obligatoire (AMO), à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue. Le montant du forfait optique de votre contrat, précisé au tableau des garanties, dépend du type de correction (verres unifocaux ou multifocaux/progressifs). Le montant de votre monture ne pourra excéder 100 €. Pour les verres unifocaux : le montant maximum accordé par verre est de 150 € pour le niveau 2 et 175 € pour le niveau 3. Pour les verres multifocaux ou progressifs : le montant maximum accordé par verre est de 200 € pour le niveau 2 et 250 € pour le niveau 3. Les périodes de ces forfaits s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique ou du premier élément de l'équipement optique hors cas d'évolution de dioptrie,
- un forfait annuel pour lentilles acceptés ou non par votre Assurance Maladie Obligatoire (AMO),
- un forfait annuel pour les autres prothèses acceptées par votre Assurance Maladie Obligatoire (AMO),
- un forfait pour les aides auditives acceptées par votre Assurance Maladie Obligatoire (AMO) : la prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive par l'assuré. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille. Ces dispositions tiennent compte des quatre années antérieures. L'appréciation de la période susmentionnée se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil,
- une « prime maternité ».

Certains frais non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) peuvent être pris en charge, selon le niveau choisi indiqué au certificat d'adhésion, dans la limite des dépenses engagées et sous déduction des prises en charge éventuelles d'autres organismes assureurs complémentaires :

- un forfait médecines douces (homéopathie, acupuncture, ostéopathie, diététicien),
 - un forfait pédicure-podologue,
 - le vaccin grippal,
 - les prothèses dentaires refusées par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) (***)
 - les cures thermales non remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).
- La participation forfaitaire à la charge de l'assuré qui s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé dont le tarif est égal ou supérieur à un montant fixé par l'Etat (120 euros en 2011), ou dont le coefficient (multiplicateur utilisé par l'assurance maladie obligatoire pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à 60.

Les garanties exprimées en forfait peuvent évoluer chaque année selon l'évolution du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS), à l'exception du forfait journalier hospitalier, de la chambre particulière, du lit d'accompagnant, du vaccin grippal et de la chambre particulière à la maternité.

(***) les frais non remboursables par le régime obligatoire qui sont hors nomenclature ne donnent pas droit à remboursement.

II/3 - LIMITE DE REMBOURSEMENT

Nos garanties sont en conformité avec les exigences posées par l'article L 871-1 du code de la sécurité sociale relatif aux « contrats responsables et solidaires » et les décrets pris pour son application, et s'inscrivent dans le respect du parcours de soins coordonnés.

Nos garanties ne prennent pas en charge :

- la contribution forfaitaire prélevée par l'Assurance Maladie Obligatoire (actuellement fixée à 1 euro) sur les actes et consultations des médecins et sur les actes de biologie médicale ;
- les franchises applicables, laissées à la charge de l'assuré, sur les médicaments, les actes paramédicaux (sauf effectués lors d'une hospitalisation) et sur les frais de transport sanitaires ;
- la baisse du remboursement de la Sécurité sociale en cas de non respect du parcours de soins ou de refus du patient d'accorder l'accès à son dossier médical personnel ;
- la part forfaitaire du dépassement d'honoraires des spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant.

Les dépenses de santé assurées sont celles engagées entre la date d'effet et la date de résiliation de l'adhésion. C'est la date des soins retenue par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) qui sert de référence. En dentaire, les dépenses doivent également être situées dans cette période ainsi que les dates de proposition et d'exécution des travaux.

Nos remboursements sont limités aux frais réels engagés et calculés après déduction des prestations versées par la Sécurité sociale ou tout autre organisme, ou tiers responsable.

Dès lors que votre contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires, les taux de prise en charge

indiqués aux tableaux de garanties sont minorés de 20 % et plafonnés à 200% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale, lorsque le médecin n'est pas signataire des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées.

Pour les aides auditives, la prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive par l'assuré. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille. Ces dispositions tiennent compte des quatre années antérieures. L'appréciation de la période susmentionnée se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil.

Les garanties exprimées en forfaits ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Tout forfait non utilisé ne donne pas lieu à report.

II/4 – GARANTIE VIAGÈRE

Sous réserve du paiement des cotisations et sauf fausse déclaration, la garantie est définitivement acquise au participant dès la date à laquelle l'affiliation prend effet. Le participant ne peut être exclu de la garantie en raison de la seule dégradation de son état de santé.

II/5- ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties s'exercent dans le Monde entier, dès lors que l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) intervient.

Le règlement des prestations et le prélèvement des cotisations sont toujours effectués en France, en euro.

III/ L'ADHESION

III/1- QUI PEUT ADHÉRER ?

L'adhésion à la "Garantie Santé" est réservée à :

- Tout salarié cotisant ou ayant cotisé à l'IRCEM Retraite ou bénéficiant d'une pension de retraite complémentaire versée par l'IRCEM Retraite, remplissant les critères d'âge ci-après et relevant du régime général de la Sécurité sociale ou du régime local d'Alsace-Moselle.
 - Tout particulier employeur.
 - Le conjoint, le concubin, le partenaire lié par un PACS (Pacte Civil de Solidarité) du membre participant.
- Peuvent également adhérer le(s) enfant(s) ou petit(s)- enfant(s) du membre participant, de son conjoint ou de son partenaire lié par PACS :
- à charge au sens de la Sécurité sociale et figurant sur l'attestation jointe à la carte VITALE,
 - de moins de 25 ans, pris en compte par le fisc pour la détermination du quotient familial, s'ils poursuivent leurs études secondaires ou supérieures ou s'ils sont placés sous contrat d'apprentissage,
 - de plus de 25 et de moins de 28 ans, célibataires, s'ils poursuivent leurs études supérieures et sont affiliés à la Sécurité sociale des étudiants ou s'ils sont placés sous contrat d'apprentissage.

Ne peuvent adhérer à ces garanties :

- l'enfant ou le petit-enfant reconnu à charge parce qu'il est atteint d'une infirmité permanente l'empêchant de se livrer à une quelconque activité rémunératrice,
- les personnes hospitalisées à titre définitif.

III/2 - AGE LIMITE A L'ADHÉSION

Quelle que soit la formule, aucune adhésion ne peut être faite après le 70^{ème} anniversaire. Cette condition s'applique à tous les membres participants des présentes garanties.

III/3 - INFORMATIONS PRÉALABLES

IRCEM Mutuelle remettra avant la souscription, dans le respect du délai réglementaire, un bulletin d'adhésion, le règlement mutualiste, la fiche d'information ainsi que le document d'information normalisé sur le produit d'assurance relatif à la garantie souhaitée par le membre participant.

III/4 - FORMALITES D'ADHÉSION

Une demande d'adhésion doit être complétée et signée par le membre participant, et retournée accompagnée des pièces justificatives suivantes :

- un relevé d'identité bancaire ou postal,
- une photocopie de l'attestation de Sécurité sociale du membre participant fournie par la CPAM, ainsi que celle du conjoint marié, du partenaire lié par un PACS ou du concubin lors d'une adhésion pour un couple et de celle où figurent les enfants s'ils adhèrent,
- le certificat de radiation de l'ancienne mutuelle, avec le détail des anciennes garanties (s'il y a lieu),
- le certificat de scolarité des enfants ou petits-enfants âgés de plus de 18 ans,
- le mandat de prélèvement SEPA dûment rempli et signé.

Aucun questionnaire médical n'est exigé.

La signature de la demande d'adhésion peut être manuscrite ou électronique en cas de souscription en ligne.

Afin de répondre aux obligations de contrôle à la charge de la Mutuelle dans le cadre du dispositif de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, IRCEM Mutuelle pourra être amenée à demander, à l'adhésion ou en cours d'adhésion, des informations et justificatifs complémentaires.

III/5- DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION

La date d'effet de votre adhésion est fixée au plus tôt à la date mentionnée sur le bulletin d'adhésion. Cette date doit être obligatoirement postérieure à la date de réception du dossier complet d'adhésion. Les frais de santé que vous engagez sont alors couverts dans la limite des garanties souscrites à compter de cette date d'effet, sous réserve de l'application éventuelle d'un délai d'attente.

III/6- DURÉE DE L'ADHÉSION

L'adhésion est enregistrée dans le cadre de l'année civile et vient à échéance le 31 décembre de chaque année. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction à chaque 1^{er} janvier, sauf dénonciation par l'adhérent ou par IRCEM Mutuelle dans les conditions définies au paragraphe V/3.

III/7- PRISE D'EFFET DES GARANTIES DÉLAI D'ATTENTE

Vos garanties sont acquises à l'issue d'un délai variable selon votre situation précédente :

- **Si vous n'aviez pas de mutuelle** : vous bénéficiez dès la date d'adhésion à la Garantie, des remboursements prévus

par votre contrat.

Toutefois un délai d'attente sera appliqué sur certains postes de dépenses, à partir de votre date d'adhésion. Les frais engagés sur ces postes, pendant ce délai, ne donneront pas lieu à remboursement :

- Pour la chambre particulière : le délai d'attente est de 3 mois en cas de maladie et de 9 mois pour la maternité.
- Pour les forfaits optiques, l'orthodontie, les complémentaires de prothèses dentaires et autres prothèses : le délai d'attente est de 3 mois.

Passé ce délai, vos dépenses seront remboursées dans les conditions et limites fixées par le niveau de garanties que vous avez choisi au moment de l'adhésion.

- **Si vous adhérez déjà à une mutuelle** : vous bénéficiez d'un droit aux remboursements sur les postes de dépenses déjà pris en charge par votre ancienne mutuelle, dès le premier jour qui suit la date de radiation de votre ancienne adhésion. Cette date sera la date d'adhésion (ex.: radiation le 25 juin, soit date d'adhésion à la garantie "Garantie Santé" le 26 juin).

Pour les postes de dépenses de santé non prévus par votre ancien contrat, un délai d'attente sera appliqué à partir de votre date d'adhésion.

Les frais engagés sur ces postes, pendant ce délai, ne donneront pas lieu à remboursement :

- Pour la chambre particulière : le délai d'attente est de 3 mois en cas de maladie et de 9 mois pour la maternité.
- Pour les forfaits optiques, l'orthodontie, les remboursements de prothèses dentaires et autres prothèses : le délai d'attente est de 3 mois. Ce délai d'attente ne s'appliquera pas si les remboursements du précédent contrat étaient supérieurs à 100 % du tarif de base de remboursement de la Sécurité sociale.

Ces dispositions sont valables si l'adhésion est faite dans le mois qui suit la radiation d'un organisme complémentaire apportant une garantie maladie comparable et sur production d'un certificat de radiation.

Vous bénéficiez d'une couverture immédiate de toutes vos dépenses de santé en cas d'accident (sous réserve de produire une pièce justificative).

■ IV/ LA COTISATION

IV/1- MONTANT DE LA COTISATION

- Le participant et son conjoint :

La cotisation correspondant au niveau choisi est précisée dans votre Certificat d'Adhésion.

Elle est fixée en fonction du niveau choisi, du régime de base d'assujettissement, et de l'âge de chaque bénéficiaire (le calcul de l'âge se fait par différence de millésime). Sont prévus des tarifs différents selon l'âge (cf tableau des cotisations joint à la plaquette d'information sur la Garantie). La cotisation augmente en fonction de la tranche d'âge de chaque assuré jusqu'à ses 66 ans. **Le changement de tarif lié au changement de tranche d'âges sera appliqué au 1^{er} janvier de l'année civile de l'anniversaire considéré.**

- **Cas particuliers des enfants et petits-enfants** :

La gratuité est accordée pour :

- le 3^{ème} enfant assuré et les suivants jusqu'à leur 18 ans inclus ;

- les petits-enfants du membre participant de 60 ans ou plus à charge au sens de la Sécurité sociale et jusqu'à leur 18 ans inclus.

La gratuité n'est plus accordée dès que l'enfant ou le petit-enfant n'est plus à charge du membre participant au sens Sécurité sociale.

Des remises de cotisations sont accordées dès qu'un couple est assuré sur un même contrat, ou pour le 2ème enfant couvert ou pour le parent qui adhère seul et le premier enfant couvert. Les réductions et gratuités pour un enfant sont valables tant que ce dernier est âgé de moins de 19 ans et qu'il figure sur la carte de Sécurité sociale du parent ou grand-parent adhérent.

- Variation des cotisations et des garanties :

Les cotisations peuvent évoluer à chaque échéance principale en fonction de l'évolution des taux d'accroissement des dépenses de santé publié par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de la structure de nos remboursements, de la dégradation des résultats techniques, de l'évolution du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Si les bases techniques de détermination de ces taux d'accroissement venaient à être profondément modifiées, un nouvel indice de variation des cotisations serait défini. Elles peuvent être également revues à tout moment en cas de modification de la législation de base de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).

Dans cette hypothèse, vous pourrez résilier le contrat dans les trente jours suivant la date où vous aurez eu connaissance de cette modification. La résiliation intervient un mois après sa notification. Vous verserez la portion de cotisation calculée sur la base du tarif précédent, au prorata du temps écoulé entre la date du dernier appel de cotisation et la date d'effet de la résiliation.

IV/2- PAIEMENT DE LA COTISATION

A l'adhésion, et ensuite à chaque début d'année, un échéancier des cotisations pour l'année à venir est envoyé au membre participant.

La cotisation est payable d'avance, mensuellement ou trimestriellement (selon le choix effectué lors de l'adhésion).

Elle est prélevée sur un compte bancaire, postal ou de caisse d'épargne, conformément aux indications (dates et montants) figurant sur l'échéancier.

En cours d'adhésion, vous pouvez demander par écrit la modification de la fréquence du paiement. Cette modification s'appliquera au trimestre suivant la demande.

IV/3- DÉFAUT DE PAIEMENT

En application de l'article L.221-7 du Code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours suivant son échéance, et indépendamment du droit pour IRCÉM Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie sera suspendue trente jours après l'envoi d'une mise en demeure au membre participant.

IRCÉM Mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours

après l'expiration du délai de trente jours prévu ci-dessus.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai de quarante jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties. La garantie non résiliée reprend ses effets pour l'avenir, à midi, le lendemain du jour où a été payée à IRCÉM Mutuelle la cotisation arriérée, ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

■ V/ FONCTIONNEMENT DU CONTRAT

V/1- RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Comment obtenir un remboursement ?

- Si votre C.P.A.M. dispose du système NOEMIE assurant un remboursement rapide et automatique, les décomptes seront transmis automatiquement des C.P.A.M. vers notre Centre "Gestion Frais de Santé".
- Si votre département n'a pas encore adhéré à la procédure NOEMIE, vous adresserez vos demandes de remboursement à notre Centre de Gestion des frais de santé :

Centre de Gestion Santé IRCÉM

CS 50155 - 13395 MARSEILLE cedex 10

Ces demandes devront être accompagnées des décomptes originaux de la Sécurité sociale (les photocopies ne sont pas acceptées) et si nécessaire, des factures acquittées justifiant des frais réels. Tout dossier transmis sans justification des frais réels sera réglé sur la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Pour nous contacter, un seul numéro : 04.91.32.20.40.

Tiers payant

Une carte Mutualiste de TIERS PAYANT vous sera remise peu après votre adhésion. Conformément aux obligations liées aux « contrats responsables », vous bénéficiez du tiers payant à hauteur du tarif de responsabilité pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par la Sécurité Sociale, dès lors que le professionnel de santé pratique le tiers payant.

Les garanties des « contrats responsables » concernées par cette obligation de tiers payant sont :

- les consultations et actes réalisés par les professionnels de santé y compris ceux relatifs à la prévention ;
- les soins dentaires y compris les soins prothétiques dentaires et d'orthopédie dento-faciale ;
- les frais d'acquisition des équipements d'optique médicale.
- les frais d'hospitalisation, avec ou sans hébergement, y compris la participation forfaitaire de 24 euros, prévue au I de l'article R. 322-8 du code de la sécurité sociale, et sur les consultations et actes externes des établissements de santé ;
- le forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.
- **En cas d'hospitalisation**, la prise en charge du tiers payant est notifiée en bas de la partie droite de votre carte. Vous devez simplement remettre copie de votre carte Mutualiste de TIERS PAYANT lors de la constitution de votre dossier d'admission au centre hospitalier. Si besoin, l'établissement prendra contact directement avec l'Intérim/Tiers Payant. En cas de difficultés, contactez votre centre de gestion qui adressera directement un accord de prise en charge spécifique au centre hospitalier.
- Pour vos dépenses d'optique, vous pouvez bénéficier du tiers

payant auprès de votre opticien s'il accepte notre prise en charge. Il vous suffira de présenter votre justificatif d'adhésion à la "GARANTIE SANTE" pour que votre opticien nous fasse parvenir une demande de prise en charge pour la part complémentaire à celle de la Sécurité sociale. Vous n'aurez pas à faire l'avance du montant de notre prise en charge, nous réglerons directement votre opticien.

De manière générale et quel qu'en soit le motif, les sommes indûment versées sont recouvrables auprès du membre participant

V/2- MODIFICATIONS EN COURS DE CONTRAT

Modifications de la situation du membre participant et des bénéficiaires.

Vous devez nous informer de toute modification vous concernant ou visant les autres bénéficiaires qui intervient en cours de contrat et notamment :

- Cessation ou changement d'affiliation d'un bénéficiaire au Régime Obligatoire,
- Changement de domicile ou fixation hors de France métropolitaine,
- Changement de profession.

Cette déclaration doit être faite par lettre recommandée adressée à notre siège social dans un délai de 15 jours à partir du moment où vous en avez eu connaissance.

Changement de Niveau de garanties.

Le changement de niveau de garanties ne peut intervenir qu'après un délai d'un an suivant la date d'effet du Contrat et peut être réalisé une fois par an au 31 décembre de chaque année, en nous prévenant avant le 31 octobre.

Pour ce faire, vous devez nous demander un formulaire de changement de niveau de garanties. Ce changement de niveau de garanties entraîne l'application d'un délai de stage sur les postes non pris en charge par l'ancien niveau de garanties.

S'il s'agit d'un changement de niveau de garanties entraînant une augmentation des garanties, il ne peut pas être réalisé après le 70^{ème} anniversaire.

Les nouvelles garanties choisies par l'adhérent s'appliquent à l'ensemble des bénéficiaires des garanties du contrat. Elles donnent lieu à l'application de nouvelles cotisations et à l'émission d'un nouveau certificat d'adhésion.

V/3- RÉSILIATION

La résiliation peut être notifiée par lettre simple ou tout autre support durable, déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur, acte extrajudiciaire, communication à distance lorsque l'organisme le propose pour la souscription ou tout autre moyen prévu par le contrat ou le règlement.

Elle peut être notifiée:

- Chaque année avant le 31 octobre.
- En cas de changement de domicile, de changement de situation matrimoniale, changement de régime matrimonial, changement de profession, d'adhésion à un contrat collectif obligatoire, retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle, si les risques garantis sont en relation directe avec la situation antérieure et ne se retrouvent

pas dans la situation nouvelle. Cette résiliation peut intervenir dans les 3 mois suivant l'évènement et prend effet un mois après sa notification.

- En cas d'augmentation de la cotisation annuelle supérieure à la variation de l'indice, selon les dispositions du paragraphe IV/1.
- A tout moment, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification par IRCEM Mutuelle

Par ailleurs, le contrat est déclaré nul en cas de :

- réticence ou fausse déclaration de l'Etat Civil à la souscription ou en cours de contrat,
- fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues.

L'adhésion cesse de plein droit en cas de décès du membre participant. Dans ce cas, le montant de la cotisation versé d'avance reste acquis au régime.

Dans le cas de résiliation au cours de la période annuelle d'assurance, la cotisation payée sera remboursée au prorata de la période non courue, sauf dans les cas de non paiement des cotisations, de réticence ou fausse déclaration, ou de fraude ou tentative de fraude.

Le membre participant s'engage, si la carte Mutualiste de TIERS PAYANT, est en cours de validité, à en assurer la restitution à IRCEM Mutuelle dans le délai de 30 jours suivant la cessation de ses garanties.

Pour les membres de la famille assurés au titre du contrat les garanties cessent à la date de résiliation du contrat par l'adhérent, au décès de l'adhérent ou au 31 Décembre de l'année civile au cours de laquelle la résiliation de l'assuré est demandée, sous réserve que la demande de radiation parvienne à l'organisme assureur au plus tard le 31 Octobre.

Les membres de la famille, une fois radiés, ne pourront plus bénéficier des garanties au titre du présent contrat. Toutefois ils pourront à titre individuel souscrire un nouveau contrat individuel en leur nom propre.

Conséquences de la résiliation sur le droit aux prestations.

Les prestations sont dues, pour les soins et traitements en cours, jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

Pour les adhérents de plus de 70 ans la résiliation est définitive et empêche l'adhérent de souscrire à nouveau le présent contrat.

VI/ LES DISPOSITIONS DIVERSES

VI/1- FACULTÉ DE RENONCIATION

Vous avez la faculté de renoncer à votre adhésion dans les 30 jours qui suivent le premier paiement de votre cotisation, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Vous recevrez alors le remboursement des cotisations versées, **dès que vous aurez remboursé les éventuelles prestations déjà accordées dans le cadre du présent contrat**, dans le délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée **accompagnée de votre carte Mutualiste de TIERS PAYANT et du remboursement des prestations indûment perçues.**

Dans tous les cas, les prestations versées doivent être

restituées à IRCEM Mutuelle.

Modèle de lettre à adresser à IRCEM Mutuelle : “ Je soussigné [nom, prénom, adresse] déclare renoncer aux garanties prévues par le Certificat d'Adhésion n°... et demande à recevoir le remboursement intégral des cotisations que j'ai versées ”.

VI/2 - SUBROGATION - ACCIDENT CAUSÉ PAR UN TIERS

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, nous sommes subrogés contre les tiers responsables, à concurrence du montant desdites prestations, dans les droits et actions du souscripteur ou des éventuels bénéficiaires du présent contrat souscrit contre les tiers responsables.

VI/3- PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans, à compter de l'événement qui lui a donné naissance, conformément à l'article L.221-11 du Code de la Mutualité. La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption, notamment par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par vous-même ou le bénéficiaire à IRCEM Mutuelle, en ce qui concerne le règlement des prestations.

VI/4- PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Les données à caractère personnel recueillies sont nécessaires à la gestion et l'exécution de votre contrat et sont destinées à l'IRCEM Mutuelle. Elles pourront être transmises à ses partenaires contractuellement liés. Ces partenaires s'engagent à respecter la protection des données personnelles. Ces données sont par ailleurs nécessaires à l'IRCEM Mutuelle pour vous proposer les solutions les plus adaptées à vos besoins. Ce traitement de données est fondé sur l'exécution du contrat.

Toute information vous concernant peut faire l'objet d'un traitement dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Ce traitement est fondé sur le respect d'une obligation légale à laquelle nous sommes soumis (article 9,1°, c) du RGPD).

Toute information vous concernant peut également faire l'objet d'un traitement relatif à la lutte contre la fraude. Ce traitement est effectué dans le cadre de l'intérêt légitime de l'IRCEM Mutuelle qui a pour obligation de protéger la mutualité des assurés (article 6, 1°, f) du RGPD).

Par ailleurs, vos données à caractère personnel sont utilisées pour l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche, d'audit, de contrôle et de développement.

Ces données seront conservées pour la durée du contrat et au-delà de cette durée conformément aux délais légaux de prescription.

Conformément à la législation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, à la portabilité et d'effacement sur les données personnelles vous concernant, ainsi qu'un droit d'opposition à leurs traitements. Si vous souhaitez exercer vos droits, vous pouvez écrire, à l'attention du Délégué à la protection des données, au Groupe IRCEM – Direction

Conformité et communication institutionnelle, 261 avenue des Nations Unies, 59672 Roubaix Cedex 1, en indiquant vos nom, prénom, adresse, email et si possible votre référence client afin d'accélérer la prise en compte de votre demande.

Votre groupe de protection sociale conserve vos données après votre décès pour l'exécution du contrat et jusqu'au délai de prescription afin de prouver la bonne exécution du contrat. Pour toutes les données qui ne sont pas nécessaires à l'exécution de votre contrat, nous vous rappelons que vous disposez d'un droit de maîtrise de vos données post-mortem. Cela signifie que vous pouvez nous transmettre vos directives concernant la conservation, l'effacement et la communication de vos données après votre décès.

Pour toute question relative à la gestion de vos données personnelles, vous pouvez adresser un email à l'adresse suivante : dpo@ircem.fr.

Pour les traitements mis en œuvre aux seules fins de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, le droit d'accès aux données s'exerce auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, TSA 80715, 3, PL de Fontenoy, 75334 Paris.

VI/5 - PROCÉDURE D'EXAMEN DES LITIGES

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel.

Une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation.

En cas de mécontentement, nous vous conseillons d'adresser votre réclamation prioritairement :

- depuis votre espace Adhérent Santé ircem.com : « **rubrique contact** » (Modalités expliquées dans la notice santé, **INFORMATIONS PRATIQUES SUR VOTRE CONTRAT « SANTÉ » pour créer son espace adhérent santé**),
- ou par courriel adressé à : ircem.sante@gestion-gd.fr préciser dans l'objet du mail «réclamation» (pas de contact direct),
- ou par courrier à l'adresse suivante : **Centre de Gestion Santé IRCEM- CS 50155 - 13395 MARSEILLE Cedex 10**,
- ou par téléphone : **04.91.32.20.40** (du lundi au vendredi de 8h30 à 18h).

Si la réponse apportée ne vous satisfait pas, vous pouvez adresser votre réclamation par écrit (accompagnée de tous les justificatifs appuyant votre demande) à notre Service Réclamations :

- par courrier : IRCEM Mutuelle - Service Réclamations 261 Avenue des Nations Unies -59672 Roubaix cedex 1,
- ou par courriel : reclamation@ircem.fr

Nous accuserons réception de votre réclamation, dans les 3 jours ouvrés à compter de sa réception (sauf si la réponse vous a été apportée dans ce délai), et nous engageons à y apporter une réponse dans un délai de 15 jours.

Dans l'hypothèse où la réponse ne peut être apportée dans ce délai (en cas de réclamation présentant un caractère complexe notamment), nous vous adresserons un courrier précisant le

délai sous lequel une réponse circonstanciée sera produite.

Dans tous les cas, nous nous engageons à vous apporter une réponse définitive dans un délai maximum de 2 mois entre la réception de votre réclamation et notre réponse définitive.

Si un désaccord persistait après épuisement des voies de recours internes, vous avez la possibilité de saisir le Médiateur de la Protection sociale (CTIP), sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent, à l'adresse suivante : CTIP -Médiation de la protection sociale - 10 rue Cambacérès 75008 PARIS.

Ou depuis le site : ctip.asso.fr rubrique « Médiateur de la protection sociale (CTIP) ».

Les conditions et modalités de traitement des réclamations peuvent être consultées sur le site www.ircem.com ou obtenues sur simple demande au Service Réclamations.

VI/6 FACULTÉ D'OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

Conformément à l'article L 223-1 du code de la consommation, vous disposez d'un droit d'opposition à la prospection commerciale en vous inscrivant sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (BLOCTEL) à partir du lien suivant : <https://conso.bloctel.fr/>

VI/7 – ACTION SOCIALE

En tant que membre participant, vous pouvez bénéficier de l'Action sociale d'IRCEM Mutuelle. En cas de difficultés de la vie, vous pouvez le cas échéant, sous réserve de l'admission de votre dossier, bénéficier d'un dispositif d'aides.

VI/8 - LOI APPLICABLE

La Loi applicable au présent contrat est la loi Française.

VI/9 - CONTROLE

IRCEM Mutuelle relève de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et Résolution (ACPR) 4 place de Budapest 75436 PARIS Cedex 09.

**CONDITIONS GENERALES DES GARANTIES D'ASSISTANCE
VALANT NOTICE D'INFORMATION
CONTRAT COLLECTIF n° F 04 S 0085
GARANTIE SANTE**

IRCEM MUTUELLE, Mutuelle relevant du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée sous le n° SIREN 438 301 186, dont le siège social est situé au 261, Avenue des Nations Unies BP 593- 59060 ROUBAIX CEDEX 1, a souscrit le contrat collectif n° ° **F 04 S 0085**, au profit de ses membres adhérents et auprès de **FILASSISTANCE INTERNATIONAL**, afin de faire bénéficier ces derniers, de garanties d'assistance telles que prévues ci-dessous.

Les garanties d'assistance sont assurées et gérées par **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** (ci-après dénommée « **FILASSISTANCE** »), Société Anonyme au capital de 4 100 000 €, entreprise régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

Téléphone	01 47 11 24 91 (depuis la France) +33 1 47 11 24 91 (depuis l'étranger)
Mail	assistance.personnes@filassistance.fr
Adresse	108 Bureaux de la Colline 92213 Saint-Cloud Cedex
Télécopie	09 77 40 17 87

1) Où s'appliquent les garanties ?

Les garanties d'assistance du Contrat, **sauf stipulations contraires expressément prévues à l'article III. TABLEAU DES GARANTIES**, ne sont dues qu'à compter du moment où le fait générateur a lieu en France métropolitaine (y compris la Corse) et la Principauté de Monaco.

Sauf stipulations contraires, les garanties ne sont délivrées qu'au sein de la Zone de résidence de l'Adhérent.

2) Quelle est la période des garanties ?

Les garanties du présent Contrat suivent le sort du contrat d'assurance « **GARANTIE SANTE** » souscrit auprès de **IRCEM MUTUELLE** auquel elles se rattachent et dont elles font partie intégrante (délai de rétractation applicable en cas de vente à distance ou suite à démarchage à domicile, avenant, suspension, résiliation, etc.).

Les garanties sont acquises à tout Bénéficiaire dès lors que l'Evènement à l'origine de la demande d'assistance survient postérieurement à la date d'adhésion et durant la période de validité du présent Contrat.

Les garanties prennent fin :

- En cas de cessation de l'adhésion au contrat d'assurance « **GARANTIE SANTE** » souscrit auprès de **IRCEM MUTUELLE** ;
- En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n° **F 04 S 0085**.

I. DEFINITIONS

Sauf stipulations contraires, les termes définis ci-après seront interprétés de la manière suivante dès lors qu'ils commencent par une majuscule.

Accident : Blessure non intentionnelle et indépendante de la volonté du Bénéficiaire, provenant de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure et dont la nature risque de porter atteinte à la vie même du Bénéficiaire ou d'engendrer à brève échéance une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

Actes de la vie quotidienne : Se lever/ se coucher, s'habiller, se laver, se nourrir, aller aux toilettes, se déplacer dans son Domicile.

Adhérent : L'assuré titulaire d'un contrat « **GARANTIE SANTE** » souscrit auprès d'**IRCEM MUTUELLE** et domiciliée en France telle que définition en est donnée aux termes du présent article.

Aide à domicile : Personne assurant les travaux courants d'entretien du logement tels que le ménage, les courses de proximité, le repassage et l'aide aux repas.

Animaux de compagnie : Chiens et chats remplissant les obligations d'identification et de vaccination fixées par la réglementation à l'**exclusion de tout chien susceptible d'être dangereux c'est-à-dire les chiens de races Staffordshire bull terrier, Mastiff, American Staffordshire terrier, Tosa, les chiens assimilables par leurs caractéristiques morphologiques aux chiens de ces races ainsi que les chiens communément appelés « Pitt bull »**. L'animal garanti ne devra pas faire l'objet d'un élevage ou être détenu dans le cadre d'une activité professionnelle ou commerciale quelle qu'elle soit.

Assuré aidant : L'Adhérent qui apporte une aide quotidienne à son Proche parent aidé pour les Actes de la vie quotidienne. Il doit avoir le même Domicile ou visiter quotidiennement son Proche parent aidé à Domicile.

Autorité médicale : Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité en France.

Bénéficiaire : L'Adhérent, son Conjoint, leurs enfants fiscalement à charge et vivant sous le même toit ainsi que toute personne désignée dans la garantie comme destinataire de la prestation servie.

Conjoint : Le conjoint marié à l'Adhérent, non séparé de corps ; le concubin tel que défini à l'article 515-8 du Code civil ; ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) à l'Adhérent.

Contrat : Le Contrat collectif d'assistance n° **F 04 S 00 85**.

Dépendance : Personne reconnue dépendante (équivalent GIR 4 au sens de la grille AGGIR).

Domicile : Le foyer fiscal ou le lieu de résidence principale et habituelle de l'Adhérent, mentionné sur le bulletin d'adhésion.

Equipe médicale : Médecins de **FILASSISTANCE**.

Equipe médico-psycho-sociale : Médecins de **FILASSISTANCE**, assistantes sociales, psychologues ou conseillers en économie sociale et familiale de **FILASSISTANCE**.

Etablissements de soins publics ou privés : Hôpitaux, cliniques, établissements de convalescence, établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), centres de rééducation, établissements d'HAD (Hospitalisation à domicile), etc... au sein desquels le Bénéficiaire peut recevoir des soins prodigués par une Autorité médicale.

Etranger : Tout pays situé hors de France, à l'**exclusion des pays formellement déconseillés par le ministère des affaires étrangères français dont la liste est accessible sur le site : <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/conseils-par-pays-destination/>**.

Evènement : Toute situation prévue par la présente notice justifiant d'une demande d'intervention auprès de **FILASSISTANCE**.

France : France métropolitaine y compris la Corse et la Principauté de Monaco.

Franchise : Part des dommages restant à la charge du Bénéficiaire.

Handicap : Toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie par une personne, en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. Le handicap doit être reconnu par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

Hospitalisation : Tout séjour d'une durée **supérieure à 24 heures, sauf stipulations contraires**, dans un Etablissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une atteinte corporelle.

Immobilisation : Etat d'une personne se trouvant dans l'incapacité physique totale ou partielle de se déplacer constatée par un médecin et nécessitant le repos au Domicile.

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

Maladie soudaine : Toute altération soudaine et imprévisible de la santé, non consécutive à une maladie préexistante, constatée par une autorité médicale compétente.

Proche parent aidé : Ascendant et descendant du 1^{er} degré, Conjoint et beaux-parents de l'Adhérent, qui est dans un état consolidé de Dépendance ou de Handicap médicalement reconnu.

Titre de transport : Dans la limite des disponibilités, pour les trajets dont la durée **est inférieure à 5 heures en train**, il est remis un billet de train, aller et retour, 1^{ère} classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion, aller et retour, classe économique.

Zone de résidence : Zone couvrant la France métropolitaine, la Corse et la Principauté de Monaco.

■ II. MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS

1) Délivrance des prestations

FILASSISTANCE est accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et met en œuvre les prestations garanties, après accord préalable, du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures (**hors jours fériés**).

Le Bénéficiaire ou son entourage doivent impérativement contacter **FILASSISTANCE**, au numéro de téléphone indiqué au début de la notice, préalablement à toute intervention, dans un délai de cinq (5) jours suivant l'évènement qui donne lieu au bénéfice des présentes garanties, en précisant le numéro de contrat **F 04 S 0085**. Le Bénéficiaire obtiendra ensuite un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge de la part de **FILASSISTANCE**.

A défaut de respecter cet accord préalable et ce délai, aucune dépense effectuée d'autorité par le Bénéficiaire (ou son entourage) ne sera remboursée.

En cas d'accident ou d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers, le SAMU ou le médecin traitant.

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par le Bénéficiaire lors de la durée de la garantie ne peuvent donner lieu au versement d'une indemnité compensatoire.

Les montants de prise en charge, la durée de mise en œuvre des prestations d'assistance ainsi que le nombre d'heures mentionnées dans les garanties ne sont pas forfaitaires.

2) Règlement des prestations

Pour obtenir le remboursement des dépenses ayant reçu l'accord préalable de **FILASSISTANCE**, le Bénéficiaire ou la personne ayant engagé les frais devra obligatoirement adresser toute pièce justificative originale que **FILASSISTANCE** jugerait utile.

Ce règlement sera versé soit au Bénéficiaire, soit à la personne ayant engagé les frais.

3) Conditions d'ordre médical

Le choix des moyens à mettre en œuvre pour répondre à une demande d'assistance, relève de la décision de l'équipe médicale de **FILASSISTANCE**, qui recueille si nécessaire, l'avis du médecin traitant.

La durée de mise en œuvre des garanties est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille du Bénéficiaire, par l'Equipe médicale de FILASSISTANCE.

Afin de permettre à l'Equipe médicale de **FILASSISTANCE** de prendre sa décision, cette dernière se réserve la possibilité de demander au Bénéficiaire de fournir toute pièce médicale originale qui justifie l'évènement qui le conduit à sa demande d'assistance.

Les pièces médicales devront être adressées **sous pli confidentiel** à l'attention du service médical de **FILASSISTANCE**.

4) Conditions spécifiques aux prestations d'assistance informations

Les prestations d'informations sont délivrées uniquement par téléphone **du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00 (hors jours fériés)** sur simple appel du Bénéficiaire. **En aucun cas, les réponses aux demandes d'informations ne feront l'objet d'une confirmation écrite.**

FILASSISTANCE s'engage à fournir une réponse dans un **délai maximal de 72 heures.**

La responsabilité de **FILASSISTANCE** ne pourra en aucun cas être recherchée en cas :

- **D'interprétation inexacte du ou des renseignements que le Bénéficiaire aura obtenu(s),**
- **Des difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le Bénéficiaire, des informations communiquées.**

Les prestations d'informations relatives à la santé ont pour objet d'écouter, d'informer et d'orienter le Bénéficiaire et, en aucun cas, elles n'ont vocation à remplacer le médecin traitant. **Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.**

Les informations seront toujours données dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical).

En cas d'urgence médicale, le Bénéficiaire doit appeler en priorité son médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence (SAMU 15).

III. TABLEAU DES GARANTIES

PRESTATIONS ACCESSIBLES DES L'ADHESION <u>Peuvent bénéficier des garanties suivantes : l'Adhérent, son Conjoint, leurs enfants</u>	
Informations voyage	Informations téléphoniques
Informations spécialisées	Informations téléphoniques
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE <u>Peuvent bénéficier des garanties suivantes : l'Adhérent, son Conjoint</u>	
Recherche d'un médecin, d'une infirmière ou d'un intervenant paramédical	Organisation sans prise en charge
Réservation de lit en milieu hospitaliser et acheminement	Organisation sans prise en charge
Acheminement des médicaments	Organisation et prise en charge de l'acheminement
Ecoute et aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique	Entretiens téléphoniques
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 4 JOURS <u>Peuvent bénéficier des garanties suivantes : l'Adhérent, son Conjoint</u>	
Aide à domicile (Non cumulable avec la prestation « Jardinage ou petit bricolage »)	30 heures maximum par Evènement réparties à raison de 3 heures par jour maximum (dans la limite de 60 heures par année civile), pendant les 10 jours ouvrés suivant le début de l'Hospitalisation ou la date de fin d'Hospitalisation
Jardinage ou petit bricolage (Non cumulable avec la prestation « Aide à domicile »)	18 heures maximum par Evènement (dans la limite de 36 heures par année civile) pendant les 10 jours ouvrés suivant le début de l'Hospitalisation ou la date de fin d'Hospitalisation
Présence d'un proche au chevet (En cas d'Hospitalisation à plus de 50 Km du Domicile)	1 Titre de transport par Evènement
Garde ou transfert des Animaux de compagnie	30 jours maximum par Evènement
Recherche de prestataires	Mise en relation
Plan d'aide à la convalescence	Informations téléphoniques
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION TOUTES CAUSES SUPERIEURE A 4 JOURS OU EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 24 HEURES SUITE A UN ACCIDENT <u>Peuvent bénéficier des garanties suivantes : l'Adhérent, son Conjoint</u>	
Garde ou transfert des enfants ou des petits-enfants âgés de moins de 15 ans	
- Garde à Domicile OU	2 jours maximum par Evènement
- Venue d'un proche OU	1 Titre de transport par Evènement
- Transfert des enfants ou des petits-enfants	1 Titre de transport par Evènement
Garde ou transfert des personnes dépendantes	
- Garde à Domicile OU	2 jours maximum par Evènement
- Venue d'un proche OU	1 Titre de transport par Evènement
- Transfert des personnes dépendantes	1 Titre de transport par Evènement
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 10 JOURS <u>Peuvent bénéficier des garanties suivantes : l'Adhérent, son Conjoint</u>	
Téléassistance	Frais de mise en service d'un appareil par foyer ainsi qu'un mois d'abonnement par Evènement
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE CHIMIOThERAPIE OU DE RADIOThERAPIE <u>Peuvent bénéficier des garanties suivantes : l'Adhérent, son Conjoint</u>	
Aide à domicile	20 heures maximum réparties sur 12 mois glissants
Ecoute et aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique	Entretiens téléphoniques
Aide à la recherche de fournisseurs de perruques	Mise en relation

PRESTATIONS ACCESSIBLES AUX ENFANTS

Peuvent bénéficier des garanties suivantes : les enfants de l'Adhérent ou de son Conjoint

Garde de l'enfant âgé de moins de 15 ans malade ou accidenté	30 heures maximum par Evènement et dans la limite de 2 interventions par année civile pour chaque enfant
Ecole à domicile (jusqu'en 3 ^{ème}) dès le 16 ^{ème} jour ouvrable d'absence scolaire	10 heures par semaine au maximum (150 heures maximum par année civile et 500 heures pendant toute l'adhésion au contrat) et dans la limite d'une intervention par année civile
Garde ou transfert des autres enfants âgés de moins de 15 ans en cas d'Hospitalisation de l'un des enfants de l'Adhérent ou de son Conjoint	
Garde à Domicile et accompagnement à l'école OU	2 jours maximum par Evènement
Venue d'un proche OU	1 Titre de transport par Evènement
Transfert des enfants ou des petits-enfants	1 Titre de transport par Evènement

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE MALADIE SOUDAINE OU D'ACCIDENT SURVENANT A L'ETRANGER AU COURS D'UN DEPLACEMENT PRIVE DE MOINS DE 90 JOURS CONSECUTIFS

Peuvent bénéficier des garanties suivantes : l'Adhérent, son Conjoint, leurs enfants

Remboursement complémentaire des frais médicaux à l'Etranger	7 700 € maximum par Evènement
Remboursement complémentaire des frais d'ambulance à l'Etranger	Remboursement en complément de la Sécurité sociale et de la complémentaire santé et à l'exception des frais de premier secours

PRESTATIONS D'ASSISTANCE « AIDE AUX AIDANTS »

Peut bénéficier des garanties suivantes : l'Adhérent

Les services à la carte (accès aux services à la personne et aux services divers)	Mise en relation
Bilan 360°	Informations téléphoniques
Aide à la constitution de dossier	Informations téléphoniques

■ IV. DETAIL DES GARANTIES

En cas de difficulté de compréhension du tableau synoptique ci-avant, il convient de faire prévaloir la rédaction des garanties détaillées ci-après.

1) PRESTATIONS ACCESSIBLES DES L'ADHESION

Dans le cadre des garanties de cet article IV.1, il faut entendre par Bénéficiaire : l'Adhérent, son Conjoint, leurs enfants.

a. Informations voyage

FILASSISTANCE fournit au Bénéficiaire des renseignements sur les formalités administratives concernant les pays étrangers dans lesquels le Bénéficiaire doit se rendre.

FILASSISTANCE est à la disposition du Bénéficiaire pour lui indiquer les obligations en matière de vaccins et les précautions d'usage avant, pendant et après les voyages selon les pays visités.

Elle est également disponible pour aider le Bénéficiaire confronté à des difficultés à l'Etranger pour consulter un médecin parlant français ou anglais.

b. Informations spécialisées

L'Equipe médico-sociale de **FILASSISTANCE** :

- Répond aux questions générales d'ordre médical ou diététique (à l'exception de toute consultation ou diagnostic personnalisé par téléphone) ;
- Aide à la recherche, en accord avec le médecin traitant, des centres de cures spécialisés et thermales en France correspondants à l'état de santé du Bénéficiaire ;
- Recherche et indique les établissements médicaux spécialisés qui peuvent recevoir le Bénéficiaire si celui-ci souffre d'un Handicap, sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué l'accueillera.

Le coût des éventuelles consultations reste à la charge du Bénéficiaire.

2) PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE

Dans le cadre des garanties de cet article IV.2, il faut entendre par Bénéficiaire : l'Adhérent, son Conjoint.

a. Recherche d'un médecin, d'une infirmière ou d'un intervenant paramédical

En l'absence du médecin traitant, **FILASSISTANCE** apporte son aide à le Bénéficiaire, afin de lui trouver un médecin de garde, une infirmière ou un intervenant paramédical sur le lieu de survenance de l'Accident ou de la Maladie en France.

En aucun cas la responsabilité de **FILASSISTANCE** ne saurait être engagée si aucun médecin n'était disponible.

Les frais de visite ou autres restent à la charge du Bénéficiaire.

b. Réservation de lit en milieu hospitaliser et acheminement

Si le médecin traitant prescrit une Hospitalisation du Bénéficiaire, **FILASSISTANCE** l'aide à rechercher un lit en milieu hospitalier le plus proche de son Domicile ou le plus apte à répondre aux besoins, sous réserve de l'accord du centre d'admission.

Sur prescription médicale, **FILASSISTANCE** recherche une ambulance et organise le transport du Bénéficiaire malade ou blessé jusqu'à son lieu d'Hospitalisation.

Les frais de l'ambulance et du transport resteront à la charge du Bénéficiaire.

Si le retour au Domicile de l'Adhérent ou de son Conjoint doit s'effectuer en ambulance ou VSL, et si le Bénéficiaire en fait la demande, **FILASSISTANCE** organisera son retour, sans pour autant prendre en charge les frais d'ambulance ou de VSL.

c. Acheminement des médicaments

FILASSISTANCE organise et prend en charge l'acheminement de médicaments au Domicile du Bénéficiaire, si celui-ci ou son Conjoint est immobilisé et s'il s'agit, selon la prescription médicale, de médicaments indispensables au traitement immédiat de son problème de santé.

Cette garantie s'applique le Bénéficiaire ne peut pas faire intervenir un membre de son entourage et ne concerne pas le renouvellement d'ordonnance.

FILASSISTANCE n'est pas tenue à l'exécution de ces obligations dans le cas où dans un rayon maximum de 50 Km autour du Domicile du Bénéficiaire, le ou les médicaments concernés ne seraient pas disponibles.

Le coût du ou des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire.

d. Ecoute et aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique

Le Bénéficiaire peut contacter l'Equipe médico-psycho-sociale de **FILASSISTANCE** qui lui assurera une écoute adaptée et/ou l'orientera vers les professionnels assurant une prise en charge psychologique.

3) PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 4 JOURS

Dans le cadre des garanties de cet article IV.3, il faut entendre par Bénéficiaire : l'Adhérent, son Conjoint.

a. Aide à domicile

FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire, une Aide à domicile, afin de le soulager dans ses tâches ménagères.

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération de l'Aide à domicile, dans les conditions ci-dessous.

- Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat médical devra être adressé à **FILASSISTANCE** sous pli confidentiel à l'attention du médecin régulateur de **FILASSISTANCE**.

- La durée de mise en œuvre de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la

situation de famille du Bénéficiaire, par le service médical de **FILASSISTANCE**.

Le nombre d'heures allouées ne peut pas dépasser 30 heures par Evènement réparties à raison de 3 heures par jour maximum (dans la limite de 60 heures par année civile), pendant les 10 jours ouvrés suivant le début de l'Hospitalisation ou la date de fin d'Hospitalisation du Bénéficiaire.

b. Jardinage ou petit bricolage

La prestation 3.b « JARDINAGE OU PETIT BRICOLAGE » n'est pas cumulable avec la prestation 3.a « AIDE A DOMICILE ».

Si le Bénéficiaire le préfère, la prestation « AIDE A DOMICILE » pourra être remplacée par la prestation « JARDINAGE OU PETIT BRICOLAGE ».

FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire, un jardinier ou un homme toutes mains, afin de le soulager dans l'entretien de son Domicile (jardinage ou petit bricolage), dans les conditions ci-dessous.

- Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat médical devra être adressé à **FILASSISTANCE** sous pli confidentiel à l'attention du médecin régulateur de **FILASSISTANCE**.

- La durée de mise en œuvre de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille du Bénéficiaire, par le service médical de **FILASSISTANCE**.

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération de l'intervenant à hauteur de 18 heures maximum par Evènement (dans la limite de 36 heures par année civile) pendant les 10 jours ouvrés suivant le début de l'Hospitalisation ou la date de fin d'Hospitalisation du Bénéficiaire.

c. Présence d'un proche au chevet

En cas d'Hospitalisation à plus de 50 Km du Domicile du Bénéficiaire, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge le transport d'un proche, en mettant à sa disposition un Titre de transport afin de se rendre au chevet du Bénéficiaire.

d. Garde ou transfert des Animaux de compagnie

Si personne n'est en mesure de s'occuper des Animaux de compagnie du Bénéficiaire, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge (hors frais de toilettage et de soins vétérinaires) leur garde à l'extérieur ou leur entretien à Domicile.

La prise en charge de cette garde ne peut excéder une période de 30 jours maximum par Evènement.

e. Recherche de prestataires

FILASSISTANCE met en relation le Bénéficiaire avec des intervenants tels que :

- Infirmière,
- Kinésithérapeute,
- Pédicure,
- Services de livraison à Domicile,
- Coiffeur.

Le coût de ces interventions reste à la charge du Bénéficiaire.

f. Plan d'aide à la convalescence

Pendant l'Hospitalisation ou lors du retour à Domicile du Bénéficiaire, l'équipe pluridisciplinaire de **FILASSISTANCE** réalise un entretien téléphonique avec le Bénéficiaire ou sa famille afin d'évaluer notamment sa situation médico-psycho-sociale et d'établir conjointement un plan d'aide à la convalescence.

Ce plan a pour objectif de faciliter la vie de la famille pendant et après l'Hospitalisation et aborde différents domaines :

- Les besoins en services à domicile

FILASSISTANCE fait un bilan sur les services déjà en cours, fréquences et heures d'intervention, et établit quels sont les services complémentaires qui faciliteraient la vie quotidienne du Bénéficiaire et de sa famille.

- Les droits et les démarches

FILASSISTANCE aide l'Adhérent ou son Conjoint dans ses démarches administratives et l'accompagne sur un plan administratif, juridique et social, dans la constitution de dossiers et la recherche de financements (aides financières publiques, etc...).

- Les aides techniques

FILASSISTANCE informe le Bénéficiaire sur les aides techniques éventuelles pouvant favoriser sa convalescence le cas échéant.

FILASSISTANCE met en relation le Bénéficiaire avec des distributeurs de matériels médicaux pouvant délivrer ces aides.

4) PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 4 JOURS OU EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 24 HEURES SUITE A UN ACCIDENT

Dans le cadre des garanties de cet article IV.4, il faut entendre par Bénéficiaire : l'Adhérent, son Conjoint.

a. Garde ou transfert des enfants ou des petits-enfants âgés de moins de 15 ans

Si personne ne peut s'occuper des enfants ou des petits-enfants âgés de moins de 15 ans du Bénéficiaire, restés au Domicile, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge leur garde pendant une période de 2 jours maximum par Evènement.

Si le Bénéficiaire le préfère, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge l'une des prestations suivantes :

- La venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, jusqu'à son Domicile, en mettant à sa disposition un Titre de transport par Evènement ;

OU

- Le transfert des enfants ou des petits-enfants chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, en mettant à leur disposition un Titre de transport par Evènement.

b. Garde ou transfert des personnes dépendantes

Si personne ne peut assumer la garde des personnes dépendantes, vivant habituellement au foyer du Bénéficiaire, et qu'ils ne peuvent rester temporairement seuls, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge leur garde pendant une période de 2 jours maximum par Evènement.

Si le Bénéficiaire le préfère, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge l'une des prestations suivantes :

- La venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, jusqu'à son Domicile, en mettant à sa disposition un Titre de transport par Evènement ;

OU

- Le transfert des personnes dépendantes chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, en mettant à leur disposition un Titre de transport par Evènement.

5) PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 10 JOURS

Dans le cadre des garanties de cet article IV.5, il faut entendre par Bénéficiaire : l'Adhérent, son Conjoint.

a. Téléassistance

FILASSISTANCE prend en charge la mise à disposition pour le Bénéficiaire d'un dispositif de téléassistance qui sécurise son maintien à Domicile.

Ainsi, d'un simple geste, le Bénéficiaire peut alerter la centrale de téléassistance qui identifie l'appel même si l'utilisateur ne peut pas parler.

24H/24 et 7J/7, le Bénéficiaire peut bénéficier d'une plateforme d'écoute qui, si nécessaire, fera appel aux structures d'urgence pour lui porter secours sans prendre en charge les frais liés aux interventions.

FILASSISTANCE organise et prend en charge la mise en service d'un appareil par foyer ainsi que 1 mois d'abonnement par Evènement sous réserve de la remise d'un RIB à **FILASSISTANCE**.

6) PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE CHIMIOThERAPIE OU DE RADIOTHERAPIE

Dans le cadre des garanties de cet article IV.6, il faut entendre par Bénéficiaire : l'Adhérent, son Conjoint.

a. Aide à domicile

FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire, une Aide à domicile, afin de le soulager dans ses tâches ménagères.

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération de l'Aide à domicile, dans les conditions ci-dessous.

- Avant la mise en œuvre de la prestation, le protocole de soins devra être adressé à **FILASSISTANCE** sous pli confidentiel à l'attention du médecin régulateur de **FILASSISTANCE**.

- La durée de mise en œuvre de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de du Bénéficiaire, par le service médical de **FILASSISTANCE**.

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération de cette Aide à domicile à concurrence de 20 heures sur 12 mois glissants.

b. Ecoute et aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique

Le Bénéficiaire peut contacter l'Equipe médico-psycho-sociale de **FILASSISTANCE** qui lui assurera une écoute adaptée et/ou l'orientera vers les professionnels assurant une prise en charge psychologique.

c. Aide à la recherche de fournisseurs de perruques

A la demande du Bénéficiaire, **FILASSISTANCE** recherche et lui communique les coordonnées de fournisseurs de perruques. Le coût de ces produits restera à la charge du Bénéficiaire.

7) PRESTATIONS ACCESSIBLES AUX ENFANTS

Dans le cadre des garanties de cet article IV.7, il faut entendre par Bénéficiaire : les enfants de l'Adhérent ou de son Conjoint.

a. Garde de l'enfant âgé de moins de 15 ans malade ou accidenté

En cas Maladie ou d'Accident, obligeant un des enfants âgés de moins de 15 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint à garder le lit et si personne ne peut rester à son chevet, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge, au maximum, 30 heures de garde à Domicile par Evènement de l'enfant dans les conditions ci-dessous.

- Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat médical devra être adressé à **FILASSISTANCE** sous pli confidentiel à l'attention du médecin régulateur de **FILASSISTANCE**.

- La durée de mise en œuvre de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé de l'enfant, par le service médical de **FILASSISTANCE**.

La mise à disposition d'un intervenant ne s'applique qu'au-delà du congé pour enfant malade prévu légalement ou conventionnellement et sous réserve que l'Adhérent n'emploie pas déjà une assistante maternelle pour la garde de son enfant.

La prestation est limitée à deux interventions par année civile pour chaque enfant.

b. Ecole à domicile (jusqu'en 3^{ème}) dès le 16^{ème} jour ouvrable d'absence scolaire

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé de l'enfant l'oblige à garder le lit par suite de Maladie ou d'Accident et que cette obligation entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours, **FILASSISTANCE** fournit une aide pédagogique à partir du 16^{ème} jour d'absence.

Pour cela **FILASSISTANCE** recherche et prend en charge un répétiteur scolaire se déplaçant au Domicile de l'Assuré (ou, le cas échéant dans l'établissement hospitalier si l'enfant est hospitalisé) pour donner à l'enfant des cours dans les matières principales (français, mathématiques, langues étrangères (1^{ère} et 2nde langue inscrites au programme scolaire), physique-

chimie, histoire-géographie, sciences naturelles), à raison de 10 heures par semaine au maximum (150 heures maximum par année civile et 500 heures pendant toute l'adhésion au contrat).

Cette prestation ne peut être fournie qu'une fois par année scolaire, telle que définie par le Ministère de l'Education Nationale, pour chacun des enfants de l'Adhérent et est subordonnée à l'existence d'un ou plusieurs répétiteurs dans un rayon de 25 Km du Domicile de l'Adhérent.

Elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires d'été et pendant les jours fériés.

c. Garde ou transfert des autres enfants âgés de moins de 15 ans en cas d'Hospitalisation de l'un des enfants de l'Adhérent ou de son Conjoint

Si l'un des enfants de l'Adhérent ou de son Conjoint est hospitalisé, et si aucun des parents ne peut s'occuper des autres enfants restés au Domicile, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge leur garde pendant 2 jours maximum par Evènement et assure si besoin, leur accompagnement à l'école pendant ces 2 jours.

Si l'Adhérent ou son Conjoint le préfère, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge l'une des prestations suivantes :

- La venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, jusqu'à son Domicile, en mettant à sa disposition un Titre de transport par Evènement ;

OU

- Leur transfert chez un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent en mettant à leur disposition un Titre de transport par Evènement.

8) PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE MALADIE SOUDAINE OU D'ACCIDENT SURVENANT A L'ETRANGER AU COURS D'UN DEPLACEMENT PRIVE DE MOINS DE 90 JOURS CONSECUTIFS

Dans le cadre des garanties de cet article IV.8, il faut entendre par Bénéficiaire : l'Adhérent, son Conjoint, leurs enfants.

a. Remboursement complémentaire des frais médicaux à l'Etranger

Attention : pour les sinistres survenus dans un état de l'Espace Economique Européen (Union européenne et Islande, Liechtenstein, Norvège et Suisse), le bénéficiaire doit être titulaire de la Carte Européenne d'Assurance Maladie (ce document est délivré, sur demande de l'assuré social, par la Caisse primaire d'assurance maladie). Il appartient donc au Bénéficiaire de procéder, avant son départ en voyage, à l'ensemble des démarches nécessaires en vue d'obtenir cette carte.

Cette prestation concerne les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, dentaires ou d'Hospitalisation engagés par le Bénéficiaire, à la suite d'un Accident ou d'une Maladie soudaine, pendant la durée de validité de la

présente Notice et ne s'applique que pour les Bénéficiaires affiliés à la Sécurité sociale et/ou à un organisme de prévoyance ou d'assurance santé.

Si le Bénéficiaire est malade ou victime d'un Accident, **FILASSISTANCE** rembourse en complément des prestations versées par la Sécurité sociale et, le cas échéant, des versements complémentaires effectués par la mutuelle et/ou de tout autre organisme de prévoyance ou d'assurance santé, le coût des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, dentaires ou d'Hospitalisation que le Bénéficiaire a effectivement engagés.

En cas de Maladie soudaine ou d'Accident à l'Etranger du Bénéficiaire et dans le cadre de déplacements privés, inférieurs à 90 jours consécutifs, **FILASSISTANCE** rembourse le Bénéficiaire, à hauteur des frais réellement engagés et dans la limite de 7.700 € par Evènement sous déduction d'une Franchise de 40 € et sous réserve de présentation de pièces justificatives (décomptes des remboursements effectués par les organismes et factures des frais médicaux engagés).

b. Remboursement complémentaire des frais d'ambulance à l'Etranger

Les frais d'ambulance doivent être ordonnés par un médecin, pour effectuer un trajet local, autre que celui des premiers secours.

FILASSISTANCE réalise le paiement complémentaire de ces frais au Bénéficiaire, dès son retour en France, sur présentation de toutes pièces justificatives et après recours auprès de la Sécurité sociale ou tout autre régime de prévoyance complémentaire. Le Bénéficiaire s'engage à effectuer toutes les démarches nécessaires auprès de ces organismes et à reverser à **FILASSISTANCE** les prestations de son centre de Sécurité sociale et de sa garantie complémentaire relative à ses frais.

9) PRESTATIONS D'ASSISTANCE « AIDE AUX AIDANTS »

Dans le cadre des garanties de cet article IV.9, il faut entendre par Bénéficiaire : l'Assuré aidant.

a. Les services à la carte (accès aux services à la personne et aux services divers)

FILASSISTANCE recherche et met en relation le Bénéficiaire avec l'un des prestataires suivants, sous réserve des disponibilités locales :

- Livraison de repas, de courses, de médicaments.
- Télé sécurité, garde du Domicile (vigile).
- Garde des petits-enfants, des Animaux de compagnie.
- Aide-ménagère, accompagnateur dans les déplacements.
- Auxiliaire de vie, professionnels paramédicaux.
- Coiffeur, pédicure, esthéticienne, dame de compagnie, service «blanchisserie».
- Et tout autre service de proximité répondant à un besoin lié à l'organisation de la vie quotidienne (taxis, gares, aéroports, loueurs de véhicules, gendarmeries, entreprises de dépannage situées dans un rayon de 30 km du Domicile ...).

FILASSISTANCE indique au Bénéficiaire quels sont les services à la carte qui peuvent être financés par les Chèques Emploi Service Universel (ou CESU). Dans ce dernier cas, ils peuvent ouvrir droit à des réductions d'impôt dès lors qu'ils sont délivrés par des prestataires agréés (et dans les conditions de la réglementation en vigueur).

b. Bilan 360°

Sur simple appel du Bénéficiaire, **FILASSISTANCE** lui délivre un bilan «360° de l'aidant ». Ce bilan permet d'analyser la situation de « couple » aidant / dépendant ou handicapé et de proposer les solutions adéquates. **FILASSISTANCE** s'engage à effectuer téléphoniquement un bilan global de la situation pour le Bénéficiaire et son Proche parent aidé en tenant compte du contexte et des conditions de vie, de l'entourage, des ressources financières, etc.

En fonction de la situation rencontrée et des besoins, **FILASSISTANCE**, informe et oriente ses réponses selon les thématiques suivantes :

- Écoute.
- Habitat.
- Informations / formations.
- Prévention santé.
- Organisation vie au domicile / coordination.
- Répit.
- Juridique.
- Financier.

c. Aide à la constitution de dossier

FILASSISTANCE aide le Bénéficiaire dans la constitution du dossier lié à la Dépendance d'un Proche parent aidé devenu dépendant ou handicapé (par exemple pièces, bilans nécessaires pour obtenir une prise en charge publique ou privée).

■ V. EXCLUSIONS

1) Exclusions communes à toutes les garanties et prestations

FILASSISTANCE ne peut se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais consécutifs à leur intervention.

Exclusions générales

Sont exclues et n'entraînent aucune prestation, ni délivrance de garantie de la part de **FILASSISTANCE** les conséquences :

- Des frais engagés sans l'accord préalable de **FILASSISTANCE** ;
- Des frais téléphoniques engagés par le Bénéficiaire ;
- Du fait intentionnel d'un Bénéficiaire ;
- De l'insuffisance ou de l'indisponibilité temporaire de prestataires localement ;
- Des états résultant de l'usage abusif d'alcool (alcoolémie constatée supérieure au taux fixé par l'article R234-1, I-1° du Code de la route), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement ;
- De la participation d'un Bénéficiaire, en tant que concurrent, à toute épreuve sportive de compétition ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien (à moteur ou non) ainsi que la pratique des sports de neige ou de glace à titre non amateur ;
- Du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- Des conséquences d'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs ;
- De guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies, de terrorisme, d'attentats, d'enlèvements, de séquestrations, de prises d'otages ou contraintes par la force publique, tels que visés à l'article L121-8 alinéa 2 du Code des assurances ;
- De toute restriction à la libre circulation des personnes ;
- Des cataclysmes naturels ;
- Des épidémies, de tout risque infectieux ou chimique ;
- Des dommages causés par des explosifs que le Bénéficiaire peut détenir ;
- De la participation volontaire d'un Bénéficiaire, à un acte de terrorisme, de sabotage, un crime ou un délit, une rixe, un pari ou un défi ;
- La tentative de suicide ou le suicide d'un Bénéficiaire survenu au cours de la 1^{ère} année suivant l'adhésion ;
- D'événements climatiques tels que tempêtes ou ouragans ;
- Toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou interétatique pour toute autorité ou organisme gouvernemental ou non.

Exclusions territoriales

Toute délivrance de prestation ou de garantie prévue au Contrat devant être effectuée :

- dans un pays répertorié sur l'une des listes officielles mises à disposition par la Direction Générale du Trésor et librement consultables sur le site internet officiel de cette dernière accessible notamment, à titre informatif, à l'adresse suivante : <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/sanctions-financieres-internationales>,
 - dans un pays répertorié sur l'une des listes officielles mises à disposition par le Groupe d'Action Financière (GAFI) et librement consultables sur le site internet officiel de ce dernier et accessible notamment, à titre informatif, à l'adresse suivante : <https://www.fatf-gafi.org/fr/pays/>, et plus généralement,
 - dans un pays faisant l'objet d'une sanction internationale ou dans lequel la délivrance en tout ou partie de la garantie par l'assureur contreviendrait à la réglementation Européenne et Internationale applicables,
- sera réalisée dans le cadre des dispositions et restrictions spécifiques prévues aux termes de l'une ou l'autre des listes précitées.

L'Adhérent reconnaît que la réglementation Européenne et Internationale définissant les interdictions et/ou restrictions d'activité commerciale, financière ou bien encore assurancielle dans certains pays ou zones géographiques de la planète, dont les listes officielles telles que notamment celles mises à disposition par la DGT et le GAFI découlent directement, sont susceptibles d'évoluer à tout moment et ainsi entraîner des modifications du périmètre et/ou de la portée des mesures de restriction et/ou d'interdiction prévues aux termes de ces dernières ou, le cas échéant, de toute autre liste officielle s'y ajoutant ou s'y substituant.

A ce titre, en cas de désaccord entre les parties sur l'interdiction faite à **FILASSISTANCE** de délivrer sa garantie, celles-ci devront se référer à la ou les liste(s) officielle(s) dans leur version en vigueur au regard de la réglementation applicable à la date de survenance du sinistre litigieux.

Dans le cadre de toute opération de virement à l'international ordonnée par **FILASSISTANCE**, il est entendu entre les parties que la responsabilité de **FILASSISTANCE** ne saurait être recherchée dans l'hypothèse où l'établissement bancaire émetteur auquel **FILASSISTANCE** s'est adressé refuserait de procéder à l'opération de virement au motif que celle-ci serait contraire à la réglementation Européenne ou Internationale applicable en général ou plus particulièrement incompatible avec l'une de ses politiques internes.

Exclusions médicales

- Les Hospitalisations répétitives pour même cause ;
- Les frais médicaux engagés pour un traitement prescrit en France avant le départ ou nécessitant un contrôle médical régulier, sauf cas d'aggravation imprévisible ;
- Les frais engagés en France qu'ils soient ou non consécutifs à un Accident ou à une Maladie survenue à l'Etranger ;
- Les frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux ou d'Hospitalisation, consécutifs à des pathologies préexistantes et aux complications qui peuvent en découler ;
- Les frais consécutifs à une tentative de suicide, à l'usage de drogues, stupéfiants, produits médicamenteux ou tranquillisants non ordonnés médicalement ou obtenus frauduleusement ;
- Les frais occasionnés par les interruptions volontaires de grossesse et les complications qui peuvent y être liées ;
- Les frais résultants de la complication d'un état de grossesse et dans tous les cas les frais occasionnés par des états de grossesse au-delà du 6ème mois ;
- Les frais consécutifs à une maladie chronique à des maladies ou troubles mentaux comprenant les troubles anxieux et anxio-dépressifs, les syndromes dépressifs, les dépressions et autres névroses, les psychoses, et les troubles de la personnalité et du comportement ;
- Les transports primaires d'urgence, les frais de recherche et de secours de personne en montagne, en mer, ou dans le désert et les frais correspondants ;
- Les frais de rééducation, kinésithérapie, chiropraxie ;
- Les voyages entrepris à des fins de diagnostic et/ou de traitement ;
- Les vaccins et les frais correspondants ;
- Les visites médicales de contrôle et les frais y afférents ;
- Toute intervention volontaire pour convenance personnelle (chirurgie esthétique) ;
- Les soins dentaires non urgents, leurs conséquences et frais en découlant ;
- Les cures thermales ;
- Les appareillages médicaux et les prothèses (dentaires, auditives, médicales) ;
- Les frais d'optique .

■ VI. CLAUSES REGLEMENTAIRES

1) Subrogation

Conformément à l'article L121-12 du Code des assurances, **FILASSISTANCE** est subrogée dans les droits et actions de l'Adhérent contre tout responsable du dommage, à concurrence du montant de la prestation servie.

L'Adhérent doit informer **FILASSISTANCE** de l'exercice d'un recours, d'une procédure pénale ou civile, dont il a connaissance, contre l'auteur présumé du dommage dont il a été victime.

2) Informatique et libertés

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte des données à caractère personnel de l'Adhérent est nécessaire pour la gestion de son contrat d'assistance par **FILASSISTANCE** et ses prestataires.

Les informations recueillies auprès de l'Adhérent, lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement ayant pour finalités : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assistance ; l'élaboration de statistiques notamment commerciales, d'activité et actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients ; l'amélioration du service au client ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de **FILASSISTANCE**, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Dans le cadre de la gestion du contrat d'assistance, **FILASSISTANCE**, ses prestataires et sous-traitants peuvent être amenés à collecter auprès de l'Adhérent des données de santé. Ces données de santé sont collectées aux fins de mise en œuvre des garanties demandées. Elles pourront être communiquées exclusivement pour cette finalité aux prestataires ou sous-traitants qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises compte tenu de leur sensibilité.

Les données de l'Adhérent seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'au 31 Décembre de l'année civile suivant l'expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

L'Adhérent dispose notamment d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de ses données personnelles.

L'Adhérent dispose également du droit de prévoir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

Sous certaines conditions réglementaires, l'Adhérent peut faire

l'exercice du droit d'opposition ou de limitation du traitement de ses données personnelles, toutefois, toute opposition ou refus pourra empêcher l'exécution des présentes garanties.

L'Adhérent peut exercer ces différents droits en se rendant sur www.FILASSISTANCE.fr ou en contactant directement le service DPD par courrier (**FILASSISTANCE** INTERNATIONAL - Délégué à la Protection des Données, 108 Bureaux de la Colline, 92213 Saint-Cloud Cedex) ou par courriel (dpo@FILASSISTANCE.fr).

L'Adhérent peut également demander la portabilité des données qu'il a transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat.

L'Adhérent pourra adresser ses réclamations touchant à la collecte ou au traitement de ses données à caractère personnel au service du Délégué à la Protection des Données, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus. En cas de désaccord persistant, l'Adhérent a la possibilité de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, 01 53 73 22 22.

3) Responsabilité

FILASSISTANCE s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues à la présente notice. A ce titre, **FILASSISTANCE** est tenue d'une obligation de moyens dans la délivrance et la réalisation des prestations d'assistance. Il appartiendra à l'Adhérent, de prouver la défaillance de **FILASSISTANCE**.

FILASSISTANCE est seule responsable vis-à-vis de l'Adhérent, du défaut ou de la mauvaise exécution des prestations d'assistance. A ce titre, **FILASSISTANCE** sera responsable des seuls dommages directs, quelle qu'en soit la nature, à l'égard de l'Adhérent, pouvant survenir de son propre fait ou du fait de ses préposés.

Les dommages directs susvisés s'entendent de ceux qui ont un lien de causalité direct entre une faute de **FILASSISTANCE** et un préjudice de l'Adhérent.

En tout état de cause, FILASSISTANCE ne sera pas responsable d'un manquement à ses obligations qui sera la conséquence d'une cause étrangère (cas de force majeure tel que défini à l'article 1218 du Code civil et apprécié par la jurisprudence de la Cour de cassation, fait de la victime ou fait d'un tiers).

4) Autorité de contrôle

FILASSISTANCE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR), située au 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

5) Réclamations

Sans préjudice du droit d'engager une action en justice pour l'Adhérent ou le Bénéficiaire, toute réclamation portant sur le traitement d'une demande d'assistance (délai, qualité, contenu prestation fournie, etc.) pourra être formulée dans un premier temps :

- Auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro non surtaxé indiqué au début de la notice,
- Par courrier à l'adresse suivante : **FILASSISTANCE** - Service Réclamations, 108, Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD CEDEX,
- Par mail à qualite@filassistance.fr,
- Sur le site internet www.filassistance.fr via le formulaire de contact accessible dans la rubrique « Contactez-nous ».

FILASSISTANCE adressera un accusé de réception dans un délai de dix (10) jours ouvrables maximum à compter de la réception de la réclamation, sauf si une réponse peut être communiquée à l'Adhérent dans ce délai.

A défaut, une réponse sera apportée dans un délai de deux (2) mois maximum à compter de la date de réception de la réclamation sauf en cas de survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont l'Adhérent sera informé.

Si le désaccord persiste, l'Adhérent ou le Bénéficiaire pourra soit saisir les tribunaux compétents, soit saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance en adressant sa demande :

- Par courrier à l'adresse suivante : **Médiation de l'Assurance** TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09,
- Sur le site internet www.mediation-assurance.org

Le Médiateur formulera un avis dans le délai prévu dans la charte de la médiation de l'assurance, à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas aux Parties et laisse la liberté pour l'Adhérent ou le Bénéficiaire, de saisir les tribunaux compétents.

6) Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent Contrat sont prescrites dans les délais et termes du Code des assurances :

- Délai de prescription

Article L.114-1 :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement 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.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et dans les contrats d'assurances contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance vie, nonobstant les dispositions du 2° alinéa ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

- Causes d'interruption de la prescription

Article L.114-2

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés 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.

- Caractère d'ordre public de la prescription

Article L.114-3

Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les Parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

- Causes ordinaires d'interruption de la prescription

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L.114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil :

- Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait

Article 2240 du Code civil

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

- Demande en justice

Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

- Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 du Code civil

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

- Etendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 du Code civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre les héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible.

Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous les héritiers.

Article 2246 du Code civil

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

- Causes de report et de suspension de la prescription

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1^{er} janvier 2018 :

Article 2233 du Code civil

La prescription ne court pas :

1. à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ;
2. à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ;
3. à l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé.

Article 2234 du Code civil

La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

Article 2235 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts.

Article 2236 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

Article 2237 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession.

Article 2238 du Code civil

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

Article 2239 du Code civil

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat. Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

- Saisine du médiateur

Il est également prévu que la prescription de deux (2) ans sera suspendue en cas de médiation ou de conciliation entre les Parties (article 2238 du Code civil).

7) Loi applicable et juridiction compétente

La présente notice est régie par le droit français.

En cas de litige portant sur la présente notice et à défaut d'accord amiable, il sera fait expressément attribution de juridiction près les tribunaux dans le ressort desquels se situe le domicile de l'Adhérent.

ANNEXE

« VIVONS BIEN VIVONS MIEUX »

DISPOSITIONS GÉNÉRALES DE L'OFFRE DE SERVICES

IRCEM MUTUELLE met à la disposition de la personne assurée au titre du contrat « GARANTIE SANTE » un accès à une offre de services dénommée « VIVONS BIEN VIVONS MIEUX » proposant une gamme de services Santé et Bien-être, fournie par la société QUATERSPERANTO, SASU au capital de 1.600.000 €, immatriculée au RCS de Lille Métropole, sous le numéro 788 991 081, dont le siège social se situe 261, avenue des Nations Unies – 59100 Roubaix, conformément au contrat de services n°2015.01.422 souscrit entre IRCEM MUTUELLE et la société QUATERSPERANTO.

■ DÉFINITIONS

QUATERSPERANTO : SASU au capital de 1.600.000 €, immatriculée au RCS Lille Métropole, sous le numéro 788 991 081, dont le siège social se situe 261, avenue des Nations Unies – 59100 Roubaix.

SOUSCRIPTEUR DES SERVICES : Toute Personne physique pour laquelle une cotisation est réglée au titre du contrat « GARANTIE SANTE », et sur laquelle repose les garanties du contrat « GARANTIE SANTE » souscrit auprès de IRCEM MUTUELLE.

OFFRE DE SERVICES : Ensemble de services composant l'offre de services « VIVONS BIEN VIVONS MIEUX ».

■ OBJET

Les présentes Dispositions Générales de l'offre de services « VIVONS BIEN VIVONS MIEUX » ont pour objet de définir les conditions dans lesquelles IRCEM MUTUELLE met à la disposition du Souscripteur l'offre de services « VIVONS BIEN VIVONS MIEUX » de la société QUATERSPERANTO.

L'accès à l'offre de services prend effet à la date de conclusion du contrat « GARANTIE SANTE » et cessent pour le Souscripteur :
- à la date de résiliation du contrat de services n°2015.01.422 souscrit entre IRCEM MUTUELLE et la société QUATERSPERANTO.

Dans cette hypothèse IRCEM MUTUELLE s'engage à proposer au Souscripteur une offre de services équivalente ;
- à la date où, l'Assuré (le Souscripteur des services) cesse de bénéficier des garanties au titre du contrat « GARANTIE SANTE ».

■ TERRITORIALITÉ

Les services de l'offre « VIVONS BIEN VIVONS MIEUX » sont applicables en France métropolitaine.

CONTENU DE L'OFFRE DE SERVICES

L'offre de services « VIVONS BIEN VIVONS MIEUX » à laquelle le Souscripteur a accès est composée de la manière suivante :

- **Accès au service Medialane** : Le service Medialane est un programme d'accompagnement et de prévention santé et de bien-être. Cette solution, sécurisée, permet au souscripteur d'auto-évaluer son état de santé, d'identifier ses fragilités et les risques liés, d'adapter son mode de vie et ses comportements notamment grâce à l'accompagnement d'une équipe d'infirmiers-conseils par téléphone. Le service

est accessible 24heures/24 et 7 jours/7 (questionnaire d'auto-évaluation en ligne dans la rubrique « Bien-être » du site www.vivonsbienvivonsmieux.fr) ou sur rendez-vous du lundi au vendredi de 8h à 17h (entretien avec un infirmier par téléphone).

- **Accès au service MédecinDirect** : Le service MédecinDirect est constitué d'une plateforme médicale sécurisée permettant d'accéder à des informations générales de santé et à une mise en relation avec des médecins généralistes ou spécialistes inscrits au Conseil National de l'Ordre des Médecins grâce à un outil web sécurisé (site internet) ou à son service téléphonique accessibles 7 jours/7, 24h/24. Le service MédecinDirect donne accès aux souscripteurs à des médecins, généralistes et spécialistes, qui répondent immédiatement 7 jours/7, 24h/24 à leurs questions santé et qui peuvent si le cas le nécessite aller jusqu'à la délivrance d'une ordonnance. **CE SERVICE N'EST EN AUCUN CAS UN SERVICE D'URGENCE.**

- **Autres Services** : Plus généralement le souscripteur dispose d'un accès aux différents contenus Bien-être, Sécurité et Loisirs proposés sur le site "Vivonsbienvivonsmieux.fr", tels que les informations prévention, les conseils diététiques recettes, les bons plans...

Le contenu de l'offre de services peut être amené à évoluer notamment par le remplacement d'un service par un autre service équivalent. Le Souscripteur est informé par IRCEM MUTUELLE des évolutions apportées au contenu de son offre de service, le cas échéant, un avenant est émis.

■ CONDITIONS D'UTILISATION

• **Pré-requis techniques pour bénéficier de l'offre de services « VIVONS BIEN VIVONS MIEUX ».**

Le Souscripteur doit avoir accès à une connexion Internet avec un débit suffisant (certains services alimentés par des flux externes nécessitent pour une utilisation optimale un débit minimal de 2 mégabits par seconde). Certaines fonctionnalités de l'offre de services peuvent également nécessiter l'utilisation d'un accès téléphonique (fixe ou mobile).

La vérification et le bon fonctionnement de ces aspects techniques relèvent de la seule responsabilité du Souscripteur.

Le coût de la fourniture Internet, des équipements permettant d'accéder aux services, de l'alimentation énergétique des équipements et le coût des communications téléphoniques sont à la charge du Souscripteur.

Le Souscripteur de l'offre de services reçoit les différentes informations utiles (codes d'accès, identifiants, liens Internet, numéros de téléphone) lors de la transmission du certificat d'adhésion. L'utilisation de l'ensemble des fonctionnalités de l'offre de services peut impliquer pour le Souscripteur une inscription à effectuer en ligne (création d'un compte sur un site Internet impliquant l'adhésion gratuite à des conditions générales d'utilisation propres et ne relevant pas de la responsabilité d'IRCEM MUTUELLE).

■ GESTION DES DONNÉES / INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les données à caractère personnel recueillies sont nécessaires à la gestion et l'exécution de votre contrat et sont destinées à la société QUATERSPERANTO. Elles pourront être transmises à ses partenaires contractuellement liés. Ces partenaires s'engagent à respecter la protection des données personnelles. Ces données sont par ailleurs nécessaires à la société QUATERSPERANTO pour vous proposer les solutions les plus adaptées à vos besoins. Ce traitement de données est fondé sur l'exécution du contrat.

Toute information vous concernant peut faire l'objet d'un traitement dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Ce traitement est fondé sur le respect d'une obligation légale à laquelle nous sommes soumis (article 9,1°, c) du RGPD).

Toute information vous concernant peut également faire l'objet d'un traitement relatif à la lutte contre la fraude. Ce traitement est effectué dans le cadre de l'intérêt légitime de la société QUATERSPERANTO qui a pour obligation de protéger les clients (article 6, 1°, f) du RGPD).

Par ailleurs, vos données à caractère personnel sont utilisées pour l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche, d'audit, de contrôle et de développement.

Ces données seront conservées pour la durée du contrat et au-delà de cette durée conformément aux délais légaux de prescription.

Conformément à la législation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, à la portabilité et d'effacement sur les données personnelles vous concernant, ainsi qu'un droit d'opposition à leurs traitements. Si vous souhaitez exercer vos droits, vous pouvez écrire, à l'attention du Délégué à la protection des données, au Groupe IRCÉM – Direction Conformité et communication institutionnelle, 261 avenue des Nations Unies, 59672 Roubaix Cedex 1, en indiquant vos nom, prénom, adresse, email et si possible votre référence client afin d'accélérer la prise en compte de votre demande.

Votre groupe de protection sociale conserve vos données après votre décès pour l'exécution du contrat et jusqu'au délai de prescription afin de prouver la bonne exécution du contrat. Pour toutes les données qui ne sont pas nécessaires à l'exécution de votre contrat, nous vous rappelons que vous disposez d'un droit de maîtrise de vos données post-mortem. Cela signifie que vous pouvez nous transmettre vos directives concernant la conservation, l'effacement et la communication de vos données après votre décès.

Pour toute question relative à la gestion de vos données personnelles, vous pouvez adresser un email à l'adresse suivante : dpo@ircem.org

Pour les traitements mis en œuvre aux seules fins de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, le droit d'accès aux données s'exerce auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, TSA 80715, 3, PL de Fontenoy, 75334 Paris.

■ PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE

"Vivons Bien Vivons Mieux", "Medialane", "MédecinDirect" sont les marques respectives de leurs déposants.

■ LOI APPLICABLE

La loi applicable aux présentes Dispositions Générales est la Loi française.

