

Notice d'information

Contrat Collectif Non Responsable Santé

BPCE

Contrat N° 122 12N / 501

La présente notice est destinée à l'ensemble des salariés des Sociétés du groupe Caisse d'Epargne et affiliés au contrat souscrit par BPCE auprès de BPCE Mutuelle.

Les modalités de mise en œuvre des garanties et le détail des prestations auxquelles vous avez droit au 1^{er} janvier 2025 sont définis ci-après.
(Références des Dispositions Générales n° 10 008 294)

Sommaire

I. VOS GARANTIES ET PRESTATIONS	3
1) Dans quelles conditions intervenons-nous ?	3
2) Quel est le montant des prestations ?	4
a. Choix d'options	4
b. Montant des prestations	4
II. LES FORMALITES A EFFECTUER EN CAS DE SINISTRE	12
1) Faut-il faire une déclaration ?	12
2) Quelles sont les pièces à fournir ?	12
3) Et si un tiers est responsable ?	13
III. GENERALITES	13
1) Territorialité	13
2) Quelles sont les formalités d'affiliation ?	13
3) Quand débutent vos garanties ?	14
4) Renonciation	14
5) Quels sont les bénéficiaires de la garantie ?	14
6) Quand cessent vos garanties ?	15
7) Dans quelles conditions pouvez-vous bénéficier du maintien de garanties (portabilité) ?	16
8) Une couverture sante peut-elle être maintenue en cas de cessation de garantie ?	17
9) Les cotisations	18
10) Quel est le délai de prescription ?	19
11) Autorité de contrôle	20
12) Contrôle médical	21
13) La protection de vos données personnelles	21
IV. ET EN CAS DE DESACCORD ?	24
V. ANNEXES	25
Annexe I - actes de prévention (article 1er de l'arrêté du 8 juin 2006)	25
Annexe II - lexique pratique	26

I. VOS GARANTIES ET PRESTATIONS

1) Dans quelles conditions intervenons-nous ?

Nos prestations sont complémentaires :

- d'une part, aux prestations en nature des assurances Maladie et Maternité de la Sécurité sociale (régime général, régime local ou régime social des Indépendants) et leur attribution est subordonnée à la prise en charge et à la déclaration à ces organismes des frais engagés par le bénéficiaire, sauf indication contraire figurant à la présente notice,
- d'autre part, aux prestations réglées par le contrat collectif souscrit par BPCE auprès de BPCE Mutuelle.

Toute modification du contrat collectif souscrit par BPCE Mutuelle précité, de nature à influencer sur l'étendue des garanties et/ou le montant des prestations, ne pourra être prise en compte qu'après notre accord aux conditions que nous aurons fixées.

Au titre de l'hospitalisation, nous prenons en charge les frais exposés en établissement public ou privé, sous la double condition que ces frais :

- soient liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale, y compris hospitalisation à domicile et maternité
- aient donné lieu à une intervention de la Sécurité sociale.

Toutefois, le remboursement des frais est limité lorsque ceux-ci sont exposés :

- dans un établissement de cure thermique: dans ce cas, les frais ne donnent lieu à aucun remboursement au titre de l'hospitalisation
- en établissement de lutte contre les maladies mentales : dans ce cas, la garantie Hospitalisation figurant aux dispositions particulières est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Au-delà, nous ne garantissons que le ticket modérateur, et s'il y a lieu, le forfait hospitalier.
- Dans les établissements de soins de longue durée et dans ceux ne relevant pas de la Loi hospitalière, comme les EHPAD ou les résidences autonomie: dans ce cas, nous ne garantissons que le ticket modérateur, et s'il y a lieu, le forfait hospitalier.

Par dérogation, les limitations de garanties mentionnées dans le paragraphe ci-dessus ne s'appliquent pas si la souscription à votre contrat résulte d'une obligation prévue par une convention de branche, un accord professionnel ou interprofessionnel qui ne contient pas les limitations de garanties mentionnées dans le paragraphe ci-dessus.

En ce qui concerne les frais exposés à l'étranger, nous les prenons en charge comme s'ils avaient été dispensés en France métropolitaine. Leur prise en charge se fait, dans la limite des garanties correspondantes mentionnées dans le tableau des garanties, de la façon suivante :

- Pour les soins habituellement remboursés par la Sécurité sociale (y compris le régime obligatoire étranger dans le cadre des accords établis entre les pays membres de l'Espace économique européen* (EEE)), si et seulement si la Sécurité sociale continue de les prendre en charge pendant votre séjour.
- Les soins courants non pris en charge habituellement par votre régime obligatoire français (ex : Implants, médecines douces...) sont systématiquement pris en charge selon les garanties de votre contrat et sur présentation des justificatifs qui seront demandés.

2) Quel est le montant des prestations ?

a. Choix d'options

Vous avez le choix de vous affilier à l'un des 5 régimes optionnels définis ci-après :

Formule 1 / Formule 2 / Formule 3 / Formule 4 / Formule 5

L'affiliation au présent contrat est indivisible tant pour vous-même que pour vos ayants-droits.

Vous pouvez modifier votre choix (affiliation, changement de régime ou résiliation), pour vous-même et les membres de votre famille dans les conditions suivantes :

- à la date d'effet du contrat ou la date de votre embauche;
- à la date de changement de situation de famille (mariage, naissance, divorce...);

La modification suite à naissance prend effet à la date de naissance du bénéficiaire et, pour les autres cas, le premier jour du mois qui suit la demande de modification.

- au 1er janvier de chaque année, après au moins douze mois d'affiliation sans suspension des garanties, sous réserve que votre demande nous parvienne avant le 30 novembre. La modification prend effet au premier janvier qui suit la demande de changement si la durée d'affiliation antérieure a bien été respectée.

De plus, si les membres de votre famille bénéficient du contrat, alors, le changement d'option non responsable est identique pour vous et les membres de votre famille.

b. Montant des prestations

Le montant des prestations est déterminé pour chacun des postes de frais selon les modalités prévues ci-dessous, compte tenu des versements de la Sécurité sociale et de tout autre organisme.

Toutefois, lorsque les frais sont exposés hors de France, nous prenons en compte si nécessaire, pour leur calcul, le taux de change moyen dans le trimestre civil qui précède la date des soins.

Nos garanties Frais de Santé ne répondent pas au dispositif du contrat responsable prévu par les articles L.871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Délai de carence

Chaque Assuré se verra appliquer un délai de carence pendant lequel les cotisations seront dues sans contrepartie de prestations sur les postes énumérés ci-dessous :

Ce délai de carence est fixé à :

- Pour le poste «Optique» : délai de 6 mois entre la date d'affiliation et la date de la facture,
- Pour le poste «Dentaire» : délai de 6 mois entre la date d'affiliation et la date des soins ou de l'intervention,
- Pour le poste «Actes non pris en charge par la Sécurité sociale d'étiopathes, diététiciens, ostéopathes, acupuncteurs, chiropracteurs, psychomotriciens et pédicures, reconnus professionnellement et habilités à effectuer de tels actes» : délai de 6 mois entre la date d'affiliation et la date des soins. Cette date étant indiquée sur la facture ou note d'honoraire du praticien.

Ce délai de carence est appliqué aux ayants droits de l'adhérent principal à compter de la date à laquelle ils sont ajoutés au contrat de l'adhérent principal.

Aucun délai de carence n'est appliqué sur les nouvelles garanties en cas de changement de formule à l'exception des garanties concernant l'implantologie dentaire (un seul implant garanti la première année suivant le changement de formule)

- Tableau de garanties (cf. lexique en annexe) :

Formule 2

Les montants figurant dans le tableau ci-dessous s'entendent :

- hors remboursement de la Sécurité sociale, sauf s'il est précisé « sous déduction des prestations de la sécurité sociale »
- hors remboursements BPCE, sauf s'il est précisé « sous déduction des prestations de BPCE »

Les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et plafonnées aux honoraires limites de facturation.

Nature des garanties	Limite de remboursements
Soins courants	
Matériel médical	
Prothèses médicales appareillage (hors optique et auditif) pris en charge par la Sécurité sociale.-	50% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Aides auditives :	
Equipements hors 100% Santé	
Equipement de classe II	400 euros /oreille/4 ans
Optique	
La garantie optique s'applique, à partir de la dernière facturation d'un équipement composé de deux verres et d'une monture : - par période de deux ans, pour les assurés âgés de 16 ans et plus, - par période d'un an pour les assurés de moins de 16 ans, - par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. La période de 2 ans applicable aux assurés de 16ans et plus est réduite en cas d'évolution de la vue à un an pour la prise en charge d'un équipement complet. La période d'un an n'est pas opposable aux enfants de moins de 16 ans pour les verres en cas d'évolution objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique. Dans tous les cas aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement. Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, deux équipements correspondant à chacun des deux déficits mentionnés peuvent être garantis.	
Equipements hors 100% santé	
Equipements de classes B	
Pour un équipement : 2 verres simples + monture	12% PMSS
Pour un équipement : 1 verre simple + 1 verre complexe + monture	12% PMSS
Pour un équipement : 2 verres complexes+ monture	12% PMSS

Pour un équipement : 1 verre simple + 1 verre très complexe + monture	12% PMSS	
Pour un équipement : 1 verre complexe + 1 verre très complexe + monture	12% PMSS	
Pour un équipement : 2 verres très complexes+ monture	12% PMSS	
Equipements mixtes classes A et B (garanties exprimées sous déduction de la Sécurité sociale et de BPCE)		
	Prise en charge des verres	Prise en charge de la monture
2 Verres de classe A + monture de classe B	100 % des frais réels dans la limite des Prix Limite de vente	Différence entre le forfait prévu au barème (somme entre BPCE et Santé Plus) de l'équipement classe B et le montant remboursé au titre des verres.
2 Verres de classe B + monture de classe A	Différence entre le forfait prévu au barème (somme entre BPCE et Santé Plus) de l'équipement classe B et le montant remboursé au titre de la monture.	100 % des frais réels dans la limite des Prix Limite de vente
Autres		
Lentilles prises en charge ou non par la Sécurité sociale (y compris jetables), par période de 2 ans	4 % du P.M.S.S	
Chirurgie réfractive - Myopie -, par œil et par an	70 euros (sans remboursement d'optique pendant 2 ans)	
Dentaire		
Prothèses dentaires		
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale : Inlay core, Bridge 3 éléments, Inter de bridge, autres prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale	50% de la base de remboursement de la Sécurité sociale	
Traitements d'orthodontie		
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	50% de la base de remboursement de la Sécurité sociale	
Traitements dentaires non remboursés par la Sécurité sociale		
Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale, par an	53,75 euros	
Actes non pris en charge par la Sécurité sociale		
Acupuncteurs, chiropracteurs, ostéopathes, diététiciens, diététiciens, psychomotriciens et pédicures reconnus professionnellement et habilités à effectuer de tels actes	50 euros par séance maxi 3 séances par an.	
Actes de prévention		

Les actes de prévention (en application de l'article R871-2 II du Code de la Sécurité sociale) et listés à l'arrêté du 8 juin 2006.	Prise en charge au titre des postes dont ils relèvent et au minimum à 100 % du ticket modérateur.
---	---

(*) tels que définis réglementairement dans la limite: des honoraires limites de facturation (HLF) en dentaire et des prix limites de vente (PLV) en optique et pour les aides auditives. A compter du 1^{er} janvier 2020 en optique et dentaire (sauf prothèses amovibles) et du 1^{er} janvier 2021 en auditif et dentaire (prothèses amovibles). Les remboursements s'entendent déduction faite du remboursement du Régime Obligatoire.

Formule 4

Les montants figurant dans le tableau ci-dessous s'entendent :

- hors remboursement de la Sécurité sociale, sauf s'il est précisé « sous déduction des prestations de la sécurité sociale »
- hors remboursements BPCE, sauf s'il est précisé « sous déduction des prestations de BPCE »

Les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et plafonnées aux honoraires limites de facturation.

Nature des garanties	Limite de remboursements
Hospitalisation (y compris maternité)	
Honoraires	
Praticiens adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Praticiens n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Frais divers	
Frais de séjour	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Chambre particulière, par jour	1 % du P.M.S.S
Transport accepté par la SS	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Soins courants	
Honoraires médicaux	
Généralistes : consultations, visites médecins adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Généralistes : consultations, visites médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Spécialistes : consultations, visites médecins adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Spécialistes : consultations, visites médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Actes de spécialités Médecins adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Actes de spécialités Médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Radiologie : Médecins adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Radiologie : Médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Honoraires paramédicaux	
Auxiliaires médicaux	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale

Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de laboratoire pris en charge par la Sécurité sociale	100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Matériel médical	
Prothèses médicales appareillage (hors optique et auditif) pris en charge par la Sécurité sociale.-	150% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Divers	
Cure thermale prise en charge par la Sécurité sociale	5 % du P.M.S.S. par an
Aides auditives :	
Equipements hors 100% Santé	
Equipement de classe II	800 euros /oreille/4 ans
Optique	
La garantie optique s'applique, à partir de la dernière facturation d'un équipement composé de deux verres et d'une monture : - par période de deux ans, pour les assurés âgés de 16 ans et plus, - par période d'un an pour les assurés de moins de 16 ans, - par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. La période de 2 ans applicable aux assurés de 16ans et plus est réduite en cas d'évolution de la vue à un an pour la prise en charge d'un équipement complet. La période d'un an n'est pas opposable aux enfants de moins de 16 ans pour les verres en cas d'évolution objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique. Dans tous les cas aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement. Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, deux équipements correspondant à chacun des deux déficits mentionnés peuvent être garantis.	
Equipements hors 100% santé	
Equipements de classes B	
Pour un équipement : 2 verres simples + monture	12% PMSS
Pour un équipement : 1 verre simple + 1 verre complexe + monture	12% PMSS
Pour un équipement : 2 verres complexes+ monture	12% PMSS
Pour un équipement : 1 verre simple + 1 verre très complexe + monture	12% PMSS
Pour un équipement : 1 verre complexe + 1 verre très complexe + monture	12% PMSS
Pour un équipement : 2 verres très complexes+ monture	12% PMSS

Equipements mixtes classes A et B (garanties exprimées sous déduction de la Sécurité sociale et de BPCE)		
	Prise en charge des verres	Prise en charge de la monture
2 Verres de classe A + monture de classe B	100 % des frais réels dans la limite des Prix Limite de vente	Différence entre le forfait prévu au barème (somme entre BPCE et Santé Plus) de l'équipement classe B et le montant remboursé au titre des verres.
2 Verres de classe B + monture de classe A	Différence entre le forfait prévu au barème (somme entre BPCE et Santé Plus) de l'équipement classe B et le montant remboursé au titre de la monture.	100 % des frais réels dans la limite des Prix Limite de vente
Autres		
Lentilles prises en charge ou non par la Sécurité sociale (y compris jetables), par période de 2 ans	4 % du P.M.S.S	
Chirurgie réfractive - Myopie -, par œil et par an	70 euros (sans remboursement d'optique pendant 2 ans)	
Dentaire		
Soins		
Soins dentaires, y compris Inlay onlay	50% de la base de remboursement de la Sécurité sociale	
Prothèses dentaires		
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale : Inlay core, Bridge 3 éléments, Inter de bridge, autres prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale	
Traitements d'orthodontie		
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	50% de la base de remboursement de la Sécurité sociale	
Traitements dentaires non remboursés par la Sécurité sociale		
Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale, par an	107,50 euros	
Orthodontie refusée par la Sécurité sociale, par an	150 euros	
Parodontologie, par an	150 euros	
Implantologie, par an (implant racine +pilier implantaire)	250 euros par implant 1 ^{ère} année : dans la limite d'un implant par an A partir de la 2 ^{ème} année : dans la limite de 2 implants par an	
Actes non pris en charge par la Sécurité sociale		
Acupuncteurs, chiropracteurs, ostéopathes, diététiciens, diététiciens, psychomotriciens, et pédicures reconnus professionnellement et habilités à effectuer de tels actes	50 euros par séance maxi 3 séances par an.	
Actes de prévention		

Les actes de prévention (en application de l'article R871-2 II du Code de la Sécurité sociale) et listés à l'arrêté du 8 juin 2006.	Prise en charge au titre des postes dont ils relèvent et au minimum à 100 % du ticket modérateur.
---	---

(*) tels que définis réglementairement dans la limite: des honoraires limites de facturation (HLF) en dentaire et des prix limites de vente (PLV) en optique et pour les aides auditives. A compter du 1^{er} janvier 2020 en optique et dentaire (sauf prothèses amovibles) et du 1^{er} janvier 2021 en auditif et dentaire (prothèses amovibles). Les remboursements s'entendent déduction faite du remboursement du Régime Obligatoire.

Limitation aux frais réels

Conformément à l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et au décret n° 90-769 du 30 août 1990, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à votre charge ou à celle du bénéficiaire après les remboursements de toutes natures auxquels vous avez droit.

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

Pour l'application des dispositions ci-dessus, nous déterminons la limitation, pour chacun des actes ou postes de frais, au montant des frais restant à votre charge.

Le tiers payant

- Le mécanisme du tiers payant

Le contrat vous permet de bénéficier du mécanisme de tiers payant selon les modalités et en fonction des prestations précisées sur votre attestation annuelle de tiers payant.

Le remboursement de ses frais de soins dépend du professionnel de santé.

Ce dernier a le choix de :

- vous faire bénéficier du tiers payant,
- ne pas appliquer le tiers payant pour la part complémentaire.

- Prestations sans tiers payant

Si le professionnel de santé ne pratique par le tiers payant sur la part complémentaire, vous devez alors payer le reste à charge.

La télétransmission automatique de vos décomptes vous permet d'en obtenir le remboursement. Il vous suffit simplement de présenter votre carte vitale à votre praticien, en s'assurant qu'elle est à jour. L'Assureur reçoit de son côté les informations de votre caisse d'assurance maladie nécessaires afin de procéder au remboursement.

II. LES FORMALITES A EFFECTUER EN CAS DE SINISTRE

1) Faut-il faire une déclaration ?

Le bénéficiaire devra envoyer à l'Assureur les originaux des décomptes de la Sécurité sociale dans deux cas :

- si la télétransmission ne fonctionne pas, ou
- si le tiers payant n'a pas été accordé sur l'intégralité de la part complémentaire.

En l'absence de justification des frais réels exposés et servant de base au calcul de notre remboursement, ceux-ci seront limités à la base de remboursement retenue par la Sécurité sociale en secteur conventionné.

2) Quelles sont les pièces à fournir ?

En cas d'hospitalisation :

Les justificatifs de l'hospitalisation (factures, notes d'honoraires),

En cas de maladie,

- les décomptes (ou volets) originaux de la Sécurité sociale sauf dans le cas de la télétransmission,
- les factures détaillées et éventuels autres justificatifs des professionnels de santé pour les actes et soins non pris en charge par la Sécurité sociale,
- les factures détaillées pour les frais d'optique et dentaire:
 - Optique (verres plus monture) : ordonnance de l'ophtalmologiste et facture de l'opticien.
 - Prothèse dentaire : facture détaillée indiquant la nature exacte des travaux prothétiques réalisés, des numéros de dents soignées.
 - Soins dentaires : facture détaillée en cas de dépassement d'honoraires.

3) Et si un tiers est responsable ?

Conformément au Code des assurances, vous nous donnez subrogation en vue d'engager toute action récursoire à l'encontre de tout tiers responsable.

Toutefois, nous renonçons à toute action récursoire contre votre entreprise.

III. GENERALITES**1) Territorialité**

Nos garanties vous sont acquises :

- Si vous relevez du régime général de la Sécurité sociale exerçant leur activité en France ou dans l'un des pays de l'Espace Économique Européen,
- Si vous êtes détachés pour mission hors des États composant l'Espace Économique Européen.

2) Quelles sont les formalités d'affiliation ?

Vous devez remplir et signer une Demande Individuelle d'Affiliation et joindre une copie de votre attestation Vitale et un Relevé d'Identité Bancaire à votre nom.

La Demande Individuelle d'Affiliation permet d'enregistrer votre affiliation au contrat et vous permet de faire bénéficier les membres de votre famille définis à au paragraphe 5) « Quels sont les bénéficiaires de la garantie », de du contrat de base.

Si vous choisissez de vous affilier à une option non responsable, nous vous délivrons un certificat d'affiliation.

Si les membres de votre famille bénéficient de la base, alors, les garanties sont identiques pour vous et les membres de votre famille.

Sauf en cas de réticence, omission ou déclaration fausse ou inexacte faite de mauvaise foi, une fois admis, vous ne pouvez pas être exclu de l'Assurance contre votre gré tant que vous faites partie de la catégorie de personnel à assurer sous réserve des dispositions de l'article L141-3 du Code des assurances.

3) Quand débutent vos garanties ?

Les garanties liées à l'option non responsable choisie prennent effet à la date indiquée sur le certificat d'affiliation pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours. Elles se renouvellent ensuite par tacite reconduction chaque 1er janvier pour une durée d'un an, sauf en cas de cessation des garanties comme indiqué au paragraphe 6) « Quand cessent vos garanties ? »

4) Renonciation

Vous pouvez renoncer à votre affiliation à l'option non responsable choisie.

En application de l'article L112-9 du Code des assurances, toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance (ou demande de souscription) ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour où l'option non responsable est choisie, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Modèle de lettre type de renonciation :

« Je soussigné M demeurant, renonce à mon affiliation à l'Option non responsable n° du contrat n° souscrit par mon Entreprise auprès d'Allianz Vie conformément à l'article L112-9 du Code des assurances.

J'atteste n'avoir connaissance à la date d'envoi de cette lettre, d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie de l'option non responsable depuis la date de conclusion du contrat.

Date Signature »

La lettre doit être envoyée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception à l'Assureur à l'adresse suivante :

**Allianz Vie
Direction Opérations Collectives
TSA 41008
67018 Strasbourg Cedex**

5) Quels sont les bénéficiaires de la garantie ?

Vous-même et les membres de votre famille désignés ci-après bénéficiant d'un régime de la Sécurité sociale :

• **votre conjoint**

On entend par conjoint, votre conjoint marié ou à défaut votre partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité - PACS - ou à défaut votre concubin.

Nous considérons comme concubin, la personne vivant maritalement avec vous et sous réserve que les deux conditions cumulatives soient remplies :

- . que vous soyez tous les deux libres de tout lien matrimonial,
- . que vous ayez déclaré le concubinage lors de votre affiliation, ou dans les six mois suivant l'organisation de votre vie commune si celle-ci est postérieure à votre date d'affiliation, avec production d'un certificat de vie commune délivré par la Mairie ou de tout autre justificatif de domicile commun de nature contractuelle ou émanant d'un organisme administratif,

- **les enfants** ayant droit aux prestations d'un régime de la Sécurité sociale du fait de votre immatriculation ou de votre conjoint, visés à l'article L 160-2 du Code de la Sécurité sociale, ou lorsqu'ils n'ont plus ce droit du fait de leur âge :
 - jusqu'à la fin du trimestre civil de leur 28ème anniversaire :
 - s'ils sont affiliés à la Sécurité sociale des Étudiants, s'ils suivent une formation sous contrat en alternance,
 - s'ils sont inscrits à Pôle emploi et à la recherche d'un premier emploi depuis moins d'un an, étant précisé que le contrat en alternance n'est pas considéré comme un premier emploi,
 - s'ils sont à votre charge fiscale ou celle de votre conjoint,
 - sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L 241-3 du Code de l'action sociale et des familles attribuée alors que l'enfant était encore à votre charge ou de votre conjoint, au sens fiscal,
- **les ascendants** que vous ou votre conjoint avez à charge au sens fiscal.

Les membres de votre famille tels que définis ci-dessus ne peuvent être affiliés au contrat que s'ils sont affiliés au régime de base.

De plus, si vous n'êtes affilié qu'au régime de base, alors, ils ne peuvent pas être affiliés à une option et, si vous êtes affilié à une option ils doivent être affiliés à la même option que vous.

Les membres de votre famille peuvent être affiliés au contrat ou sortir de cette affiliation :

- à chaque 1er janvier sous réserve d'en faire la demande avant le 30 novembre,
- à tout moment, en cas de changement de situation de famille, sous réserve d'en faire la demande dans le mois qui suit l'événement et du paiement de la cotisation correspondante. L'affiliation ou la sortie d'affiliation prend alors effet le 1er jour du mois suivant l'événement.

Les membres de votre famille peuvent être affiliés au contrat ou sortir de cette affiliation mais toute sortie d'affiliation au présent contrat est alors irréversible quelles que soient les circonstances.

Les prestations sont dues au titre des actes, soins et séjours en hospitalisation intervenus au cours de la période durant laquelle le bénéficiaire appartient à la catégorie définie ci-dessus.

Si vous décédez, les garanties sont maintenues gratuitement aux membres de votre famille bénéficiaires pendant la durée d'un mois.

Les intéressés pourront cependant demander, dans les six mois, au plus tard, suivant la date de votre décès, le maintien d'une couverture Santé aux conditions précisées au paragraphe 8 « Une couverture santé peut-elle être maintenue en cas de cessation de garantie ? ».

6) Quand cessent vos garanties ?

Une fois admis à l'Assurance et sous réserve des sanctions prévues par le Code des assurances en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, vous ne pouvez en être exclu tant que vous remplissez les conditions requises pour en bénéficier.

Les garanties prennent fin en tout état de cause :

- dès que vous cessez d'appartenir à la catégorie de personnel à laquelle le contrat d'assurance s'applique, sous réserve des dispositions prévues au paragraphe 7 ci-après « Dans quelles conditions pouvez-vous bénéficier du maintien de garanties (portabilité) »,
- à la date d'attribution de votre pension vieillesse ou de celle pour inaptitude au travail de la Sécurité sociale. Toutefois les garanties vous sont maintenues si - bien qu'ayant fait valoir votre droit à la retraite et bénéficiant à ce titre d'une pension vieillesse - vous reprenez une activité professionnelle rémunérée en tant que salarié de l'entreprise adhérente
- et pour les membres de votre famille bénéficiaires tels que définis ci-avant, à partir du moment où ils ne remplissent plus les conditions prévues ci-dessus et en tout état de cause à la même date que vous,
- en cas de résiliation de votre contrat d'assurance.
- dès que vous cessez de bénéficier des garanties du contrat de base qu'elle qu'en soit la cause,
- en cas de non-paiement des cotisations de l'option non responsable dans les conditions prévues au chapitre « Non-paiement des Cotisations »,
- un mois après accusé réception de votre demande de résiliation à condition que le contrat soit souscrit depuis plus d'un an.

En cas de suspension de votre contrat de travail pour toute autre cause que les congés payés annuels, une maladie, un accident, un congé de maternité ou paternité, nous suspendons les garanties pendant la même période et avec les mêmes effets que la cessation.

La cessation des garanties (ou la suspension) entraîne simultanément, tant pour vous que pour les membres de votre famille s'ils étaient garantis, la suppression du droit aux prestations pour tous les actes et soins intervenus à compter de la date de cessation même s'ils ont débuté ou ont été prescrits avant cette date.

7) Dans quelles conditions pouvez-vous bénéficier du maintien de garanties (portabilité) ?

Objet

Les garanties prévues à votre contrat sont maintenues au profit :

- des membres du personnel qui, en bénéficiaient jusqu'à la date de cessation de leur contrat de travail et qui se trouvent, postérieurement à la dite date, en situation de bénéficier des dispositions de l'article L 911-8 du Code de la sécurité sociale,
- des bénéficiaires tels que définis dans la présente notice, et qui bénéficiaient de ce contrat à la date de cessation du contrat de travail.

Les conditions requises afin de bénéficier du maintien des garanties, issu de l'article précité, sont les suivantes :

- La cessation du contrat de travail ne doit pas être consécutive à une faute lourde,
- L'ancien salarié doit remplir les conditions lui permettant de bénéficier de l'assurance chômage.

Point de départ et durée du maintien des garanties

Sous réserve que vous remplissiez les conditions énumérées ci-dessus, le maintien des garanties débute à la date de cessation de votre contrat de travail, et se poursuit pendant une durée égale (en mois entiers le cas échéant arrondi au nombre supérieur) à celle de votre dernier contrat de travail, ou de vos derniers contrats de travail successifs au sein de votre entreprise, sans que cette durée ne puisse être supérieure à 12 mois.

Formalités à accomplir

Votre employeur vous remet le document de maintien des garanties que vous complétez et lui retournez signé, avant la date de cessation de votre contrat de travail.

Ce document permet à votre employeur de nous informer d'une cessation de contrat de travail ouvrant droit au maintien des garanties, et de nous indiquer sa durée maximale.

Ce document de maintien des garanties comporte la notice d'information complémentaire à la notice d'information du contrat des salariés.

A l'ouverture et en cours de période de maintien des garanties, vous devrez justifier sur demande auprès de l'Assureur que vous remplissez les conditions prévues par l'article L 911-8 du Code de la sécurité sociale.

Garanties maintenues

Les garanties maintenues sont celles du niveau auquel vous étiez affilié à la date de cessation de votre contrat de travail et prévues au Contrat des salariés, au sein de votre entreprise.

Cessation des garanties

Les garanties cessent obligatoirement :

- lorsque vous cessez de percevoir vos allocations du régime d'assurance chômage et, au plus tard, au terme de la période de maintien des garanties prévue à l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale,
- en cas et à la date de résiliation du contrat des salariés (ou de suppression de l'une des garanties).

Toutefois les assurés qui cessent de bénéficier des garanties du contrat, au terme de la période de maintien, peuvent s'ils sont toujours privés d'emploi et titulaire d'un revenu de remplacement, conserver une couverture santé en adhérant au contrat que nous avons mis en œuvre à cet effet, à la condition d'en faire la demande dans les six mois qui suivent cet événement.

8) Une couverture sante peut-elle être maintenue en cas de cessation de garantie ?

Conformément à l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, toute personne qui cesse de bénéficier pour l'une des raisons indiquées ci-après des garanties peut conserver une couverture Santé en adhérant au contrat que nous avons mis en oeuvre à cet effet, à la condition d'en faire la demande dans les six mois qui suivent :

- la rupture de son contrat de travail pour l'ancien salarié tel que défini ci-après,
- la date du décès du salarié en ce qui concerne les membres de sa famille,
- la fin de la période de maintien des garanties tel que prévu au paragraphe 7) « Dans quelles conditions pouvez-vous bénéficier du maintien de garanties (portabilité) »,

Peuvent demander leur adhésion au contrat, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

- l'ancien salarié qui, en raison de la cessation de son contrat de travail (ou à l'issue de la période de maintien dans le présent contrat) a cessé de bénéficier de la garantie Frais de Santé du présent contrat et qui perçoit :
 - soit une rente d'incapacité ou d'invalidité,
 - soit une pension de retraite ou d'inaptitude au travail,
 - soit un revenu de remplacement s'il est privé d'emploi,
- les membres bénéficiaires de la famille de l'ancien salarié qui cessent également de bénéficier des garanties en raison du décès du salarié.

Une lettre d'information relative à la possibilité de demander le maintien de couverture sera adressée par l'Assureur :

- à l'ancien salarié percevant une rente d'incapacité ou d'invalidité, une pension de retraite ou d'incapacité au travail, un revenu de remplacement s'il est privé d'emploi, dans un délai de deux mois à compter de la date de cessation du contrat de travail ou de la fin de période de maintien des garanties visé au paragraphe 7) « Dans quelles conditions pouvez-vous bénéficier du maintien de garanties (portabilité) »,
- aux personnes garanties du chef de l'Assuré décédé, dans un délai de deux mois à compter du décès du salarié.

9) Les cotisations

a) Taux et base de calcul

Le ou les taux de cotisation et leur base de calcul sont mentionnés sur les Dispositions particulières remises à votre employeur ainsi que sur votre Certificat d'Affiliation.

Il est précisé que si vous exercez votre activité à temps partiel, la cotisation est due dans son intégralité.

• **Indexation**

Les cotisations sont indexées automatiquement à effet de chaque 1er janvier, en fonction de l'évolution annuelle de la consommation de soins et biens médicaux à la charge des ménages et des organismes d'assurances complémentaires.

Cet accroissement des taux de cotisations, calculé chaque année à cet effet, tient compte de l'augmentation induite par la variation de la valeur du plafond de la Sécurité sociale lorsque votre cotisation est exprimée en pourcentage de ce plafond.

• **Révision en cas de modification des dispositions législatives et réglementaires de la Sécurité sociale**

Les conditions du contrat tiennent compte des dispositions législatives et réglementaires, notamment du Code de la Sécurité sociale et du Code général des impôts en vigueur à la date d'effet de celui-ci.

Si celles-ci venaient à être modifiées en cours de contrat, nous nous réservons la possibilité de procéder à une révision de ce contrat, au plus tôt à compter de la date d'effet des nouvelles dispositions.

Votre entreprise conserve néanmoins la possibilité de demander dans les trente jours suivant notre notification la résiliation de ce contrat sans délai de préavis.

La résiliation prendra alors effet le premier jour du mois civil suivant votre demande ou à compter de la date de modification proposée si elle est postérieure.

Dans ce dernier cas, les conditions de garanties et de cotisations sont maintenues jusqu'à la date de résiliation sur les bases en vigueur avant les dites modifications.

• **Révision en fonction des résultats techniques**

Les taux du contrat pourront être revus lors de chaque renouvellement annuel en fonction des résultats techniques des contrats de même nature.

Nous en aviserons votre entreprise au plus tard le 31 octobre précédent.

En cas de désaccord, votre entreprise pourra demander la résiliation de ce contrat par lettre recommandée à compter de notre notification de la révision. La résiliation prendra alors effet au 31 décembre suivant la date à laquelle nous aurons reçu sa lettre recommandée.

Dans le cas contraire, le montant des cotisations sera calculé automatiquement selon les nouvelles bases que nous lui aurons notifiées.

b) Paiement des cotisations

Vous avez pour obligation de régler à l'assureur les cotisations à votre charge mentionnées sur la Demande individuelle d'Affiliation.

Les cotisations sont payables mensuellement et d'avance.

Vous êtes le seul responsable de leur versement.

c) Non-paiement des cotisations

A défaut du paiement intégral des cotisations dans le mois de l'échéance, une lettre recommandée constituant la mise en demeure prévue à l'article L113-3 du Code des assurances vous est envoyée. Les garanties sont suspendues trente jours après cet envoi.

Si, passé ce délai, vous n'avez pas procédé au paiement demandé, les garanties pourront être résiliées, sans autre formalité, dans les dix jours suivants.

Les cotisations dues, restées impayées, seront recouvrées par l'assureur par tout moyen y compris judiciaire.

En cas de sortie d'affiliation à l'option non responsable pour non-paiement des cotisations, toute nouvelle demande d'affiliation se fera dans les conditions prévues au paragraphe 2 « Quelles sont les formalités d'affiliation » du chapitre III « Généralités ».

10) Quel est le délai de prescription ?

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L 114-1 à L 114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L 114-1 du Code des assurances :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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

Article L 114-2 du Code des assurances :

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 avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L 114-3 du Code des assurances :

BPCE - Régime facultatif Santé Ensemble du Personnel Actif des Sociétés du groupe Caisse d'Epargne et affiliés au contrat souscrit par BPCE auprès de BPCE Mutuelle en vigueur au 1^{er} janvier 2025

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.

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L 114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après.

Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site Officiel « www.legifrance.gouv.fr »

Article 2240 du Code civil :

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

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 périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

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.

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 leurs 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 ces héritiers.

Article 2246 du Code civil :

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

11) Autorité de contrôle

L'instance chargée de veiller au respect des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'assurance est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) - 4 place de Budapest- CS 92459-75436 Paris Cedex 09

12) Contrôle médical

Nous nous réservons le droit de faire procéder au contrôle de l'état de santé des bénéficiaires et des soins effectués. Nous pouvons demander, si besoin, toute pièce, examen ou acte nécessaire à l'application de la garantie.

13) La protection de vos données personnelles

Pourquoi recueillons-nous vos données personnelles ?

Vous êtes prospect, adhérent, assuré, bénéficiaire, payeur de cotisations ? Quelle que soit votre situation, nous recueillons et traitons vos « données personnelles ». Pourquoi ? Tout simplement parce qu'elles nous sont nécessaires pour respecter nos obligations légales, gérer votre adhésion au contrat et mieux vous connaître.

Gérer votre adhésion au contrat et respecter nos obligations légales

Vos données personnelles nous sont indispensables pour vous identifier comme pour conclure et exécuter votre adhésion au contrat.

Vos données de santé font l'objet d'un traitement spécifique lié au respect du secret médical.

En outre, nous avons besoin de vos données pour respecter en tout point les dispositions légales et administratives applicables à notre profession, entre autres dans le cadre de la lutte contre le blanchiment et contre la fraude.

Mieux vous connaître... et vous servir

En nous permettant de mieux vous connaître, vos données nous aident à vous présenter et/ou vous proposer des produits et des services adaptés à vos seuls besoins (profilage). Elles peuvent être liées à vos habitudes de vie, à votre localisation... **Avec votre accord express**, vos données peuvent servir également un objectif commercial. Elles serviront pour des actions de prospection, de fidélisation, de promotion ou de recueil de votre satisfaction.

Si vous adhérez en ligne, nous utilisons un processus de décision automatisé, différent selon les types de risques à couvrir. Quelle que soit notre décision, vous pouvez demander des explications à l'adresse indiquée au paragraphe « Vos contacts ».

Qui peut consulter ou utiliser vos données personnelles ?

Prioritairement les entreprises du groupe Allianz et votre intermédiaire en assurance (agent, courtier, mandataire d'assurance), mais aussi les différents organismes et partenaires directement impliqués dans la conclusion, la gestion, l'exécution de votre adhésion au contrat ou dans un objectif commercial : sous-traitants, prestataires, réassureurs, organismes d'assurance, mandataires, organismes sociaux.

Ces destinataires se situent parfois en dehors de l'Union européenne. En ce cas, nous concevons des garanties spécifiques pour assurer la protection complète de vos données. Si vous souhaitez des informations sur ces garanties, écrivez-nous à l'adresse indiquée au paragraphe « Vos contacts ».

BPCE - Régime facultatif Santé Ensemble du Personnel Actif des Sociétés du groupe Caisse d'Epargne et affiliés au contrat souscrit par BPCE auprès de BPCE Mutuelle en vigueur au 1^{er} janvier 2025

Combien de temps sont conservées vos données personnelles ?

Vous êtes prospect ou nous n'avons pas pu conclure une adhésion au contrat ensemble

Nous conservons vos données :

- commerciales : 3 ans maximum après le dernier contact entre vous et votre intermédiaire ;
- médicales : 5 ans maximum à partir de leur collecte. Celles-ci sont traitées de manière spécifique, toujours dans le strict cadre du respect du secret médical.

Vous êtes client

Nous conservons vos données tout au long de la vie de votre adhésion au contrat. A son terme, elles sont conservées pendant le délai de prescription.

Pourquoi utilisons- nous des cookies ?

Tout simplement parce qu'ils facilitent et accélèrent votre navigation sur le web.

Les cookies sont de simples fichiers textes stockés temporairement ou définitivement sur votre ordinateur, votre smartphone, votre tablette ou votre navigateur. Grâce à eux, vos habitudes de connexion sont reconnues. Et vos pages sont plus rapidement chargées.

Données personnelles : quels sont vos droits ?

Consulter, modifier, effacer... Vous disposez de nombreux droits pour l'utilisation qui est faite de vos données :

- **le droit d'opposition, lorsque vos données personnelles ne sont pas utiles ou ne sont plus nécessaires à notre relation contractuelle ;**
- le droit d'accès et de rectification, quand vous le souhaitez ;
- le droit à l'effacement, lorsque la durée de conservation de vos données personnelles est dépassée ;
- le droit à une utilisation restreinte, lorsque les données ne sont pas nécessaires ou ne sont plus utiles à notre relation contractuelle ;
- le droit à la « portabilité », c'est-à-dire la possibilité de communiquer vos données à la personne de votre choix, sur simple demande ;
- le droit de changer d'avis, notamment pour annuler l'accord que vous aviez donné pour l'utilisation commerciale de vos données ;
- le droit de décider de l'utilisation de vos données personnelles après votre mort. Conservation, communication ou effacement... : vous désignez un proche, lui indiquez votre volonté et il la mettra en œuvre sur simple demande.

Pour exercer votre droit d'accès aux données collectées dans le cadre de la lutte anti-blanchiment et anti-terroriste, adressez-vous directement à la CNIL.

De manière générale, vous pourrez lire toutes les précisions sur les cookies ainsi que sur le recueil et l'utilisation de vos données sur le site allianz.fr ou le site de l'entité juridique mentionnée au paragraphe « Qui est responsable de vos données ? ».

Enfin, le site de la CNIL vous renseignera en détail sur vos droits et tous les aspects légaux liés à vos données personnelles : www.cnil.fr.

Qui est responsable de vos données ?

Allianz Vie, pour les risques qu'elle couvre :
Société anonyme au capital de 643.054.425 €
340 234 962 RCS Nanterre

Entreprise régie par le Code des assurances
1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex
www.allianz.fr

Comment exercer vos droits ?

Pour vous opposer à l'utilisation de vos données, demander leur effacement, pour poser une question sur l'ensemble de leurs traitements ou une réclamation, vous pouvez nous solliciter directement ou écrire au « délégué à la protection des données personnelles (DPO) » de l'assureur. Pour savoir à quelle adresse écrire, rendez-vous au paragraphe « Vos contacts ».

En cas de réclamation et si notre réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez vous adresser à la CNIL.

Vos contacts

Question, réclamation, demande de modification... Pour toutes ces situations, c'est très simple : il vous suffit d'écrire :

- par mail à informatiqueetliberte@allianz.fr,
- par courrier à l'adresse Allianz - Informatique et Libertés - Case courrier S1805 - 1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex.

Pour toutes vos demandes, n'oubliez pas de joindre un justificatif d'identité.

IV. Et en cas de désaccord ?

En cas de difficultés, consultez d'abord votre interlocuteur habituel d'Allianz France.
Si sa réponse ne vous satisfait pas, il vous suffit d'adresser un courrier à

**Allianz Relation Clients - Case Courrier S1803 -
1, Cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex**

ou un courriel à

clients@allianz.fr

Vous n'êtes toujours pas satisfait de la réponse qui vous a été apportée après épuisement des voies de traitement internes indiquées ci-dessus ? Vous pouvez faire appel au Médiateur de l'Assurance dont les coordonnées sont les suivantes : TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09. Cette action n'aura aucun préjudice sur vos éventuelles autres voies d'actions légales.

V. Annexes

Annexe I - actes de prévention (article 1^{er} de l'arrêté du 8 juin 2006)

En application de l'article R 871-2 II du Code de la Sécurité sociale, les garanties de votre contrat d'assurance doivent comprendre la prise en charge totale du ticket modérateur pour deux des prestations de prévention fixées réglementairement.

Nous prenons en charge, l'ensemble des actes de préventions ci-dessous dans les conditions fixées au tableau de garanties :

1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.
2. Un détartrage annuel complet sus - et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).
3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AM024), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
 - b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
 - c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
 - d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
 - e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L 162-1-7, la prise en charge au titre de l'arrêté précité est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.
7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 - b) Coqueluche : avant 14 ans ;
 - c) Hépatite B : avant 14 ans ;
 - d) BCG : avant 6 ans ;
 - e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
 - f) Haemophilus influenzae B ;
 - g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

Annexe II - lexique pratique

- **« 100 % santé »** : Dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

Pour ces soins identifiés (on parle de paniers « 100% santé » ou « à prise en charge renforcée ») qui sont définis réglementairement, opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100% santé ».

- **Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée :**

Désigne les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale.

Sont visés l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) et l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).

- **PLV : Prix Limite de Vente** des montures et verres de classe A sont fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'art L 165-1 du code de la Sécurité sociale

- **Honoraires limites de Facturation** : montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné.

A compter de 2019 et progressivement, des honoraires limites de facturation seront appliqués à certaines prothèses dentaires dont en particulier celles contenues dans le panier « à prise en charge renforcé ».

- **Base de remboursement de la Sécurité sociale** : Tarif de référence déterminé entre l'Etat et les fédérations de professionnels de santé sur lequel la Sécurité sociale calcule son remboursement.

- **Dépassement d'honoraires** : Somme qu'un praticien peut vous demander de payer au delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

- **Frais réels** : Dépense réellement engagée.

- **Montant de remboursement de la Sécurité sociale** : Somme que la Sécurité sociale vous rembourse.

- **Tarif forfaitaire de responsabilité** : Tarif de référence pour le remboursement de certains médicaments de marque. Il est fixé en fonction du prix du générique correspondant.

- **Tarif opposable** : est le tarif conventionnel (non libre) imposé par convention aux praticiens médicaux.

- **Ticket modérateur** : Différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le montant remboursé par cet organisme.

- **P.M.S.S. : Plafond mensuel de la Sécurité sociale.**

Dentaire

• **Inlay - Onlay** : C'est une pièce coulée en laboratoire à partir de l'empreinte de la cavité. Lorsqu'une grosse carie ne peut plus être traitée par un amalgame classique (plombage) le chirurgien-dentiste colle un Inlay/Onlay sur votre dent.

• **Couronne** :

Une couronne recouvre une dent abîmée. Elle nécessite la présence d'une racine. Elle peut être réalisée en différents matériaux. Les plus couramment utilisés sont la céramique sur métal non précieux et le métal non précieux. La couronne en céramique est plus esthétique, elle est réalisée dans une teinte proche de celle de vos dents. Elle peut toutefois être plus fragile nous ne les recommandons pas pour les dents du fond de la bouche, une couronne en métal non précieux est préférable.

Pour les autres couronnes en métal, le métal précieux ou semi précieux n'est recommandé qu'en cas d'allergie.

Selon l'état de la dent, la couronne est posée seule ou sur un **Inlay Core** (qui s'insère à l'intérieur de la racine) et sur lequel la couronne sera scellée.

• **Bridge** :

Un bridge est nécessaire quand une ou plusieurs dents sont absentes. Les dents de part et d'autres sont les piliers et doivent être couronnées. Les dents absentes sont remplacées par des inter de bridge.

• **Appareil dentaire** :

Les dents absentes peuvent être remplacées soit par une prothèse mobile en résine rose, soit par un stellite, plus léger et plus confortable.

• **Implant** :

L'implant permet de remplacer une dent manquante. C'est un support inséré dans l'os qui remplace la racine de la dent absente.

Une prothèse est ensuite fixée dans l'implant racine. Elle est composée d'un pilier implantaire et d'une couronne.

• **Orthodontie** :

Des dents mal positionnées ou mal alignées rendent parfois le nettoyage difficile favorisent l'apparition des caries, l'inflammation des gencives et peuvent gêner le fonctionnement de la mâchoire.

Le traitement orthodontique permet de ramener les dents à une meilleure position en exerçant une contrainte pendant plusieurs mois.

Il est généralement réalisé vers 10-12 ans pour une durée de 6 mois à 3 ans.

La Sécurité sociale prend en charge les semestres de traitement orthodontique jusqu'à l'âge de 16 ans à 100 % de la base de remboursement dudit organisme.

Optique

- **Verres simples :**
 - verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries,
 - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
 - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

- **Verres de correction complexe :-**
 - verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries,
 - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
 - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
 - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries,
 - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries,
 - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
 - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

- **Verres de correction très complexe :**
 - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries;
 - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries
 - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie
 - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

*

* *

Allianz Vie
 Entreprise régie par le Code des assurances
 Société anonyme au capital de 643.054.425 €
 1 cours Michelet
 CS 30051 92076 Paris La Défense Cedex
 340 234 962 RCS Nanterre

*

* *

Notice d'information

Contrat Collectif Responsable Santé

BPCE

Contrat N° 122 12N / 500

La présente notice est destinée à l'ensemble des salariés des Sociétés du groupe Caisse d'Epargne et affiliés au contrat souscrit par BPCE auprès de BPCE Mutuelle.

Les modalités de mise en œuvre des garanties et le détail des prestations auxquelles vous avez droit au 1^{ER} janvier 2025 sont définis ci-après.
(Références des Dispositions Générales n° 10 008 293)

Sommaire

I. VOS GARANTIES ET PRESTATIONS	3
1) Dans quelles conditions intervenons-nous ?	3
2) Quel est le montant des prestations ?	4
a. Choix d'options	4
b. Montant des prestations	4
II. LES FORMALITES A EFFECTUER EN CAS DE SINISTRE	14
1) Faut-il faire une déclaration ?	14
2) Quelles sont les pièces à fournir ?	15
3) Et si un tiers est responsable ?	15
III. GENERALITES	15
1) Territorialité	15
2) Quelles sont les formalités d'affiliation ?	15
3) Quand débutent vos garanties ?	16
4) Quels sont les bénéficiaires de la garantie ?	16
5) Quand cessent vos garanties ?	17
6) Dans quelles conditions pouvez-vous bénéficier du maintien de garanties (portabilité) ?	18
7) Une couverture sante peut-elle être maintenue en cas de cessation de garantie ?	19
8) Quel est le délai de prescription ?	19
9) Autorité de contrôle	21
10) Contrôle médical	21
11) La protection de vos données personnelles	21
IV. ET EN CAS DE DESACCORD ?	24
V. ANNEXES	25
Annexe I - actes de prévention (article 1 ^{er} de l'arrêté du 8 juin 2006)	25
Annexe II - lexique pratique	26

I. VOS GARANTIES ET PRESTATIONS

1) Dans quelles conditions intervenons-nous ?

Nos prestations sont complémentaires :

- d'une part, aux prestations en nature des assurances Maladie et Maternité de la Sécurité sociale (régime général, régime local ou régime social des Indépendants) et leur attribution est subordonnée à la prise en charge et à la déclaration à ces organismes des frais engagés par le bénéficiaire, sauf indication contraire figurant à la présente notice,
- d'autre part, aux prestations réglées par le contrat collectif souscrit par BPCE auprès de BPCE Mutuelle.

Toute modification du contrat collectif souscrit par BPCE Mutuelle précité, de nature à influencer sur l'étendue des garanties et/ou le montant des prestations, ne pourra être prise en compte qu'après notre accord aux conditions que nous aurons fixées.

Au titre de l'hospitalisation, nous prenons en charge les frais exposés en établissement public ou privé, sous la double condition que ces frais :

- soient liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale, y compris hospitalisation à domicile et maternité
- aient donné lieu à une intervention de la Sécurité sociale.

Toutefois, le remboursement des frais est limité lorsque ceux-ci sont exposés :

- dans un établissement de cure thermique: dans ce cas, les frais ne donnent lieu à aucun remboursement au titre de l'hospitalisation
- en établissement de lutte contre les maladies mentales : dans ce cas, la garantie Hospitalisation figurant aux dispositions particulières est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Au-delà, nous ne garantissons que le ticket modérateur, et s'il y a lieu, le forfait hospitalier.
- Dans les établissements de soins de longue durée et dans ceux ne relevant pas de la Loi hospitalière, comme les EHPAD ou les résidences autonomie: dans ce cas, nous ne garantissons que le ticket modérateur, et s'il y a lieu, le forfait hospitalier.

Par dérogation, les limitations de garanties mentionnées dans le paragraphe ci-dessus ne s'appliquent pas si la souscription à votre contrat résulte d'une obligation prévue par une convention de branche, un accord professionnel ou interprofessionnel qui ne contient pas les limitations de garanties mentionnées dans le paragraphe ci-dessus.

En ce qui concerne les frais exposés à l'étranger, nous les prenons en charge comme s'ils avaient été dispensés en France métropolitaine. Leur prise en charge se fait, dans la limite des garanties correspondantes mentionnées dans le tableau des garanties, de la façon suivante :

- Pour les soins habituellement remboursés par la Sécurité sociale (y compris le régime obligatoire étranger dans le cadre des accords établis entre les pays membres de l'Espace économique européen* (EEE)), si et seulement si la Sécurité sociale continue de les prendre en charge pendant votre séjour.
- Les soins courants non pris en charge habituellement par votre régime obligatoire français (ex : Implants, médecines douces...) sont systématiquement pris en charge selon les garanties de votre contrat et sur présentation des justificatifs qui seront demandés.

2) Quel est le montant des prestations ?

a. **Choix d'options**

Vous avez le choix de vous affilier à l'un des 5 régimes optionnels définis ci-après :

Formule 1 / Formule 2 / Formule 3 / Formule 4 / Formule 5

L'affiliation au présent contrat est indivisible tant pour vous-même que pour vos ayants-droit.

Vous pouvez modifier votre choix (affiliation, changement de régime ,ou résiliation), pour vous-même et les membres de votre famille dans les conditions suivantes :

- à la date d'effet du contrat ou la date de votre embauche;
- à la date de changement de situation de famille (mariage, naissance, divorce...);

La modification suite à naissance prend effet à la date de naissance du bénéficiaire et, pour les autres cas, le premier jour du mois qui suit la demande de modification.

- au 1er janvier de chaque année, après au moins douze mois d'affiliation sans suspension des garanties, sous réserve que votre demande nous parvienne avant le 30 novembre. La modification prend effet au premier janvier qui suit la demande de changement si la durée d'affiliation antérieure a bien été respectée.

De plus, si les membres de votre famille bénéficient du contrat, alors, le changement d'option non responsable est identique pour vous et les membres de votre famille.

b. **Montant des prestations**

Le montant des prestations est déterminé pour chacun des postes de frais selon les modalités prévues ci-dessous, compte tenu des versements de la Sécurité sociale et de tout autre organisme.

Toutefois, lorsque les frais sont exposés hors de France, nous prenons en compte si nécessaire, pour leur calcul, le taux de change moyen dans le trimestre civil qui précède la date des soins.

Nos garanties Frais de Santé répondent au dispositif du contrat responsable prévu par les articles L.871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale (dans sa rédaction issue de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale) et son décret d'application afin que votre contrat puisse bénéficier des avantages fiscaux et sociaux. Ainsi,

- **sont respectés les seuils et limites de prise en charge fixés par les textes précités ;**
- **ne sont pas pris en charge les dépassements d'honoraires autorisés et la majoration de participation du patient en cas de non-respect du parcours de soins,**
- **ne sont pas pris en charge la participation forfaitaire et les franchises respectivement prévues aux paragraphes II et III de l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale, dont les montants sont fixés par décret.**
- **nous faisons bénéficier chaque bénéficiaire du mécanisme de tiers payant selon les modalités précisées sur son attestation de tiers payant. Le tiers payant est un système de paiement qui évite au bénéficiaire de faire l'avance des frais de santé auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoire et/ou complémentaire pour les soins ou produits qu'ils lui sont délivrés selon les modalités définies sur l'attestation de tiers payant.**

Délai de carence

Chaque Assuré se verra appliquer un délai de carence pendant lequel les cotisations seront dues sans contrepartie de prestations sur les postes énumérés ci-dessous :

Ce délai de carence est fixé à :

- Pour le poste «Optique» : délai de 6 mois entre la date d'affiliation et la date de la facture,
- Pour le poste «Dentaire» : délai de 6 mois entre la date d'affiliation et la date des soins ou del'intervention,
- Pour le poste «Actes non pris en charge par la Sécurité sociale d'étiopathes, diététiciens, ostéopathes, acupuncteurs, chiropracteurs, psychomotriciens et pédicures, reconnus professionnellement et habilités à effectuer de tels actes» : délai de 6 mois entre la date d'affiliation et la date des soins. Cette date étant indiquée sur la facture ou note d'honoraire du praticien.

Ce délai de carence est appliqué aux ayants droits de l'adhérent principal à compter de la date à laquelle ils sont ajoutés au contrat de l'adhérent principal.

Aucun délai de carence n'est appliqué sur les nouvelles garanties en cas de changement de formule à l'exception des garanties concernant l'Implantologie dentaire (un seul implant garanti la première année suivant le changement de formule)

Tableau de garanties (cf. lexique en annexe)

Formule 1

Les montants figurant dans le tableau ci-dessous s'entendent :

- hors remboursement de la Sécurité sociale, sauf s'il est précisé « sous déduction des prestations de la sécurité sociale »
- hors remboursements BPCE, sauf s'il est précisé « sous déduction des prestations de BPCE »

Les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et plafonnées aux honoraires limites de facturation.

Nature des garanties	Limite de remboursements
Hospitalisation (y compris maternité)	
Honoraires	
Praticiens adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Frais divers	
Frais de séjour	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Chambre particulière, par jour	1 % du P.M.S.S
Transport accepté par la SS	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Soins courants	
Honoraires médicaux	
Généralistes : consultations, visites médecins adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Spécialistes : consultations, visites médecins adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale

Actes de spécialités Médecins adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Radiologie : Médecins adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Honoraires paramédicaux	
Auxiliaires médicaux	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de laboratoire pris en charge par la Sécurité sociale	100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Matériel médical	
Prothèses médicales appareillage (hors optique et auditif) pris en charge par la Sécurité sociale.-	50% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Divers	
Cure thermale prise en charge par la Sécurité sociale	5 % du P.M.S.S. par an
Aides auditives :	
Prise en charge d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans	
Equipements hors 100% Santé	
Equipement de classe II	400 euros / oreille / 4 ans Les remboursements cumulés de la Sécurité sociale, de BPCE Mutuelle et de Santé Plus ne peuvent excéder 1700 € par équipement
Optique	
La garantie optique s'applique, à partir de la dernière facturation d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans.	
La période de 2 ans applicable est réduite en cas d'évolution de la vue à un an pour la prise en charge d'un équipement complet. Dans tous les cas aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement.	
Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, deux équipements correspondant à chacun des deux déficits mentionnés peuvent être garantis.	
Equipements hors 100% santé	
Equipements de classes B, pour les adultes et enfants de plus de 16 ans	
Pour un équipement : 2 verres simples + monture	50 euros
Pour un équipement : 1 verre simple + 1 verre complexe + monture	50 euros
Pour un équipement : 2 verres complexes+ monture	50 euros
Pour un équipement : 1 verre simple + 1 verre très complexe + monture	50 euros
Pour un équipement : 1 verre complexe + 1 verre très complexe + monture	50 euros
Pour un équipement : 2 verres très complexes+ monture	—
Les remboursements cumulés de la Sécurité sociale, de BPCE Mutuelle et de Santé Plus ne peuvent excéder 100 euros pour la monture	

Equipements mixtes classes A et B (garanties exprimées sous déduction de la Sécurité sociale et de BPCE)		
	Prise en charge des verres	Prise en charge de la monture
2 Verres de classe A + monture de classe B	100 % des frais réels dans la limite des Prix Limite de vente	Différence entre le forfait prévu au barème (somme entre BPCE et Santé Plus) de l'équipement classe B et le montant remboursé au titre des verres, et dans la limite de 100 €.
2 Verres de classe B + monture de classe A	Différence entre le forfait prévu au barème (somme entre BPCE et Santé Plus) de l'équipement classe B et le montant remboursé au titre de la monture.	100 % des frais réels dans la limite des Prix Limite de vente
Autres		
Lentilles prises en charge ou non par la Sécurité sociale (y compris jetables), par période de 2 ans	2 % du P.M.S.S	
Dentaire		
Prothèses dentaires		
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale : Inlay core, Bridge 3 éléments, Inter de bridge, autres prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale	50% de la base de remboursement de la Sécurité sociale	
Traitements d'orthodontie		
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	50% de la base de remboursement de la Sécurité sociale	
Traitements dentaires non remboursés par la Sécurité sociale		
Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale, par an	53,75 euros	
Actes non pris en charge par la Sécurité sociale		
Acupuncteurs, chiropracteurs, ostéopathes, diététiciens, diététiciens, psychomotriciens et pédicures, reconnus professionnellement et habilités à effectuer de tels actes	50 euros par séance maxi 3 séances par an.	
Actes de prévention		
Les actes de prévention (en application de l'article R871-2 II du Code de la Sécurité sociale) et listés à l'arrêté du 8 juin 2006.	Prise en charge au titre des postes dont ils relèvent et au minimum à 100 % du ticket modérateur.	

(*) tels que définis réglementairement dans la limite: des honoraires limites de facturation (HLF) en dentaire et des prix limites de vente (PLV) en optique et pour les aides auditives. A compter du 1^{er} janvier 2020 en optique et dentaire (sauf prothèses amovibles) et du 1^{er} janvier 2021 en auditif et dentaire (prothèses amovibles). Les remboursements s'entendent déduction faite du remboursement du Régime Obligatoire.

Formule 3

Les montants figurant dans le tableau ci-dessous s'entendent :

- hors remboursement de la Sécurité sociale, sauf s'il est précisé « sous déduction des prestations de la sécurité sociale »
- hors remboursements BPCE, sauf s'il est précisé « sous déduction des prestations de BPCE »

Les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et plafonnées aux honoraires limites de facturation.

Nature des garanties	Limite de remboursements
Hospitalisation (y compris maternité)	
Frais divers	
Transport accepté par la SS	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Soins courants	
Honoraires médicaux	
Généralistes : consultations, visites médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Spécialistes : consultations, visites médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Actes de spécialités Médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Radiologie : Médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Honoraires paramédicaux	
Auxiliaires médicaux	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de laboratoire pris en charge par la Sécurité sociale	100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Matériel médical	
Prothèses médicales appareillage (hors optique et auditif) pris en charge par la Sécurité sociale.-	150% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Aides auditives :	
Prise en charge d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans	
Equipements hors 100% Santé	
Equipement de classe II	800 euros / oreille / 4 ans Les remboursements cumulés de la Sécurité sociale, de BPCE Mutuelle et de Santé Plus ne peuvent excéder 1700 € par équipement
Dentaire	
Soins	
Soins dentaires, y compris Inlay onlay	50% de la base de remboursement de la Sécurité sociale

Prothèses dentaires	
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale : Inlay core, Bridge 3 éléments, Inter de bridge, autres prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale	120% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Traitements d'orthodontie	
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	50% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Traitements dentaires non remboursés par la Sécurité sociale	
Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale, par an	129 euros
Actes non pris en charge par la Sécurité sociale	
Acupuncteurs, chiropracteurs, ostéopathes, diététiciens, diététiciens, psychomotriciens et pédicures habilités à effectuer de tels actes	50 euros par séance maxi 3 séances par an.
Actes de prévention	
Les actes de prévention (en application de l'article R871-2 II du Code de la Sécurité sociale) et listés à l'arrêté du 8 juin 2006.	Prise en charge au titre des postes dont ils relèvent et au minimum à 100 % du ticket modérateur.

(*) tels que définis réglementairement dans la limite: des honoraires limites de facturation (HLF) en dentaire et des prix limites de vente (PLV) en optique et pour les aides auditives. A compter du 1^{er} janvier 2020 en optique et dentaire (sauf prothèses amovibles) et du 1^{er} janvier 2021 en auditif et dentaire (prothèses amovibles). Les remboursements s'entendent déduction faite du remboursement du Régime Obligatoire.

Formule 5

Les montants figurant dans le tableau ci-dessous s'entendent :

- hors remboursement de la Sécurité sociale, sauf s'il est précisé « sous déduction des prestations de la sécurité sociale »
- hors remboursements BPCE, sauf s'il est précisé « sous déduction des prestations de BPCE »

Les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et plafonnées aux honoraires limites de facturation.

Nature des garanties	Limite de remboursements
Hospitalisation (y compris maternité)	
Honoraires	
Praticiens adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Frais divers	
Frais de séjour	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Chambre particulière, par jour	1 % du P.M.S.S
Transport accepté par la SS	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Soins courants	
Honoraires médicaux	
Généralistes : consultations, visites médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Spécialistes : consultations, visites médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Actes de spécialités Médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Radiologie : Médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Honoraires paramédicaux	
Auxiliaires médicaux	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de laboratoire pris en charge par la Sécurité sociale	100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Matériel médical	
Prothèses médicales appareillage (hors optique et auditif) pris en charge par la Sécurité sociale.-	150% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Divers	
Cure thermale prise en charge par la Sécurité sociale	5 % du P.M.S.S. par an

Aides auditives :	
Prise en charge d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans	
Equipements hors 100% Santé	
Equipement de classe II	800 euros / oreille / 4 ans Les remboursements cumulés de la Sécurité sociale, de BPCE Mutuelle et de Santé Plus ne peuvent excéder 1700 € par équipement
Optique	
La garantie optique s'applique, à partir de la dernière facturation d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans. La période de 2 ans applicable est réduite en cas d'évolution de la vue à un an pour la prise en charge d'un équipement complet. Dans tous les cas aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement. Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, deux équipements correspondant à chacun des deux déficits mentionnés peuvent être garantis.	
Equipements hors 100% santé	
Equipements de classes B, pour les adultes et enfants de plus de 16 ans	
Pour un équipement : 2 verres simples + monture	140 euros
Pour un équipement : 1 verre simple + 1 verre complexe + monture	110 euros
Pour un équipement : 2 verres complexes+ monture	100 euros
Pour un équipement : 1 verre simple + 1 verre très complexe + monture	70 euros
Pour un équipement : 1 verre complexe + 1 verre très complexe + monture	50 euros
Pour un équipement : 2 verres très complexes+ monture	—
Les remboursements cumulés de la Sécurité sociale, de BPCE Mutuelle et de Santé Plus ne peuvent excéder 100 euros pour la monture	

Equipements mixtes classes A et B (garanties exprimées sous déduction de la Sécurité sociale et de BPCE)		
	Prise en charge des verres	Prise en charge de la monture
2 Verres de classe A + monture de classe B	100 % des frais réels dans la limite des Prix Limite de vente	Différence entre le forfait prévu au barème (somme entre BPCE et Santé Plus) de l'équipement classe B et le montant remboursé au titre des verres, avec au minimum le TM (0,02 € au 1er janvier 2020) et dans la limite de 100 €.
2 Verres de classe B + monture de classe A	Différence entre le forfait prévu au barème (somme entre BPCE et Santé Plus) de l'équipement classe B et le montant remboursé au titre de la monture.	100 % des frais réels dans la limite des Prix Limite de vente
Autres		
Lentilles prises en charge ou non par la Sécurité sociale (y compris jetables), par période de 2 ans	4 % du P.M.S.S	
Chirurgie réfractive - Myopie -, par œil et par an	70 euros (sans remboursement d'optique pendant 2 ans)	
Dentaire		
Soins		
Soins dentaires, y compris Inlay onlay	50% de la base de remboursement de la Sécurité sociale	
Prothèses dentaires		
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale : Inlay core, Bridge 3 éléments, Inter de bridge, autres prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale	
Traitements d'orthodontie		
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	50% de la base de remboursement de la Sécurité sociale	
Traitements dentaires non remboursés par la Sécurité sociale		
Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale, par an	107,50 euros	
Orthodontie refusée par la Sécurité sociale, par an	300 euros	
Parodontologie, par an	300 euros	
Implantologie, par an (implant racine +pilier implantaire)	500 euros par implant 1 ^{ère} année : dans la limite d'un implant par an A partir de la 2 ^{ème} année : dans la limite de 2 implants par an	

Actes non pris en charge par la Sécurité sociale	
Acupuncteurs, chiropracteurs, ostéopathes, diététiciens, diététiciens, psychomotriciens et pédicures, reconnus professionnellement et habilités à effectuer de tels actes	50 euros par séance maxi 3 séances par an.
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale, par an	100% des Frais réels
Médicaments prescrits, y compris le sevrage tabagique, contraception féminine, anneaux et patchs contraceptifs, non remboursés par la Sécurité sociale, par an	50 euros
Examen d'ostéodensitométrie prescrit non remboursés par la Sécurité sociale, par an	30 euros
Actes de prévention	
Les actes de prévention (en application de l'article R871-2 II du Code de la Sécurité sociale) et listés à l'arrêté du 8 juin 2006.	Prise en charge au titre des postes dont ils relèvent et au minimum à 100 % du ticket modérateur.

(*) tels que définis réglementairement dans la limite: des honoraires limites de facturation (HLF) en dentaire et des prix limites de vente (PLV) en optique et pour les aides auditives. A compter du 1^{er} janvier 2020 en optique et dentaire (sauf prothèses amovibles) et du 1^{er} janvier 2021 en auditif et dentaire (prothèses amovibles). Les remboursements s'entendent déduction faite du remboursement du Régime Obligatoire.

Limitation aux frais réels

Conformément à l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et au décret n° 90-769 du 30 août 1990, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à votre charge ou à celle du bénéficiaire après les remboursements de toutes natures auxquels vous avez droit.

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

Pour l'application des dispositions ci-dessus, nous déterminons la limitation, pour chacun des actes ou postes de frais, au montant des frais restant à votre charge.

Le tiers payant

- Le mécanisme du tiers payant

Le contrat vous permet de bénéficier du mécanisme de tiers payant selon les modalités et en fonction des prestations précisées sur votre attestation annuelle de tiers payant.

Le remboursement de ses frais de soins dépend du professionnel de santé.

Ce dernier a le choix de :

- vous faire bénéficier du tiers payant,
- ne pas appliquer le tiers payant pour la part complémentaire.

- Prestations sans tiers payant

Si le professionnel de santé ne pratique pas le tiers payant sur la part complémentaire, vous devez alors payer le reste à charge.

La télétransmission automatique de vos décomptes vous permet d'en obtenir le remboursement. Il vous suffit simplement de présenter votre carte vitale à votre praticien, en s'assurant qu'elle est à jour. L'Assureur reçoit de son côté les informations de votre caisse d'assurance maladie nécessaires afin de procéder au remboursement.

II. LES FORMALITES A EFFECTUER EN CAS DE SINISTRE

1) Faut-il faire une déclaration ?

Le bénéficiaire devra envoyer à l'Assureur les originaux des décomptes de la Sécurité sociale dans deux cas :

- si la télétransmission ne fonctionne pas, ou
- si le tiers payant n'a pas été accordé sur l'intégralité de la part complémentaire.

En l'absence de justification des frais réels exposés et servant de base au calcul de notre remboursement, ceux-ci seront limités à la base de remboursement retenue par la Sécurité sociale en secteur conventionné.

2) Quelles sont les pièces à fournir ?

En cas d'hospitalisation :

Les justificatifs de l'hospitalisation (factures, notes d'honoraires),

En cas de maladie,

- les décomptes (ou volets) originaux de la Sécurité sociale sauf dans le cas de la télétransmission,
- les factures détaillées et éventuels autres justificatifs des professionnels de santé pour les actes et soins non pris en charge par la Sécurité sociale,
- les factures détaillées pour les frais d'optique et dentaire:
 - o Optique (verres plus monture) : ordonnance de l'ophtalmologiste et facture de l'opticien.
 - o Prothèse dentaire : facture détaillée indiquant la nature exacte des travaux prothétiques réalisés, des numéros de dents soignées.
 - o Soins dentaires : facture détaillée en cas de dépassement d'honoraires.

3) Et si un tiers est responsable ?

Conformément au Code des assurances, vous nous donnez subrogation en vue d'engager toute action récursoire à l'encontre de tout tiers responsable.

Toutefois, nous renonçons à toute action récursoire contre votre entreprise.

III. GENERALITES

1) Territorialité

Nos garanties vous sont acquises :

- Si vous relevez du régime général de la Sécurité sociale exerçant leur activité en France ou dans l'un des pays de l'Espace Économique Européen,
- Si vous êtes détachés pour mission hors des États composant l'Espace Économique Européen.

2) Quelles sont les formalités d'affiliation ?

Vous devez remplir et signer une Demande Individuelle d'Affiliation et joindre une copie de votre attestation Vitale et un Relevé d'Identité Bancaire à votre nom.

La Demande Individuelle d'Affiliation permet d'enregistrer votre affiliation au contrat et vous permet de faire bénéficier les membres de votre famille définis à au paragraphe 5) « Quels sont les bénéficiaires de la garantie ».

Sauf en cas de réticence, omission ou déclaration fausse ou inexacte faite de mauvaise foi, une fois admis, vous ne pouvez pas être exclu de l'Assurance contre votre gré tant que vous faites partie de la catégorie de personnel à assurer sous réserve des dispositions de l'article L141-3 du Code des assurances.

3) Quand débutent vos garanties ?

Vous prenez la qualité d'Assuré aux dates suivantes :

- si vous êtes affilié lors de la prise d'effet du contrat : dès cette dernière date,
- si vous êtes affilié postérieurement à la date d'effet du contrat : à votre date d'entrée dans la catégorie de personnel à assurer.

4) Quels sont les bénéficiaires de la garantie ?

Vous-même et les membres de votre famille désignés ci-après bénéficiant d'un régime de la Sécurité sociale :

- **votre conjoint**

On entend par conjoint, votre conjoint marié ou à défaut votre partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité - PACS - ou à défaut votre concubin.

Nous considérons comme concubin, la personne vivant maritalement avec vous et sous réserve que les deux conditions cumulatives soient remplies :

- . que vous soyez tous les deux libres de tout lien matrimonial,
- . que vous ayez déclaré le concubinage lors de votre affiliation, ou dans les six mois suivant l'organisation de votre vie commune si celle-ci est postérieure à votre date d'affiliation, avec production d'un certificat de vie commune délivré par la Mairie ou de tout autre justificatif de domicile commun de nature contractuelle ou émanant d'un organisme administratif,

- **les enfants** ayant droit aux prestations d'un régime de la Sécurité sociale du fait de votre immatriculation ou de votre conjoint, visés à l'article L 160-2 du Code de la Sécurité sociale, ou lorsqu'ils n'ont plus ce droit du fait de leur âge :

- a) jusqu'à la fin du trimestre civil de leur 28ème anniversaire :
 - . s'ils sont affiliés à la Sécurité sociale des Étudiants, s'ils suivent une formation sous contrat en alternance,
 - . s'ils sont inscrits à Pôle emploi et à la recherche d'un premier emploi depuis moins d'un an, étant précisé que le contrat en alternance n'est pas considéré comme un premier emploi,
 - . s'ils sont à votre charge fiscale ou celle de votre conjoint,
- b) sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L 241-3 du Code de l'action sociale et des familles attribuée alors que l'enfant était encore à votre charge ou de votre conjoint, au sens fiscal,

- **les ascendants** que vous ou votre conjoint avez à charge au sens fiscal.

Si le régime mis en place par votre entreprise ou dont votre entreprise relève impose la couverture des membres de votre famille, il est précisé que ne sont pas bénéficiaires des garanties au sens du présent paragraphe, les membres de votre famille pour lesquels vous n'avez pas souhaité l'affiliation au contrat conformément à l'article D911-3 du code de la sécurité sociale.

Si le régime mis en place par votre entreprise ou dont votre entreprise relève n'impose pas la couverture des membres de votre famille, alors, votre entreprise peut vous laisser la possibilité d'affilier les membres de votre famille tels que définis à ci-dessus afin que ceux-ci bénéficient des mêmes garanties que vous (Base ou Base et Option).

Les membres de votre famille peuvent être affiliés au contrat ou sortir de cette affiliation :

- à chaque 1er janvier sous réserve d'en faire la demande avant le 30 novembre,
- à tout moment, en cas de changement de situation de famille, sous réserve d'en faire la demande dans le mois qui suit l'événement et du paiement de la cotisation correspondante. L'affiliation ou la sortie d'affiliation prend alors effet le 1er jour du mois suivant l'événement.

Les membres de votre famille peuvent être affiliés au contrat ou sortir de cette affiliation mais toute sortie d'affiliation au présent contrat est alors irréversible quelles que soient les circonstances.

Les prestations sont dues au titre des actes, soins et séjours en hospitalisation intervenus au cours de la période durant laquelle le bénéficiaire appartient à la catégorie définie ci-dessus.

Si vous décédez, les garanties sont maintenues gratuitement aux membres de votre famille bénéficiaires pendant la durée d'un mois.

Les intéressés pourront cependant demander, dans les six mois, au plus tard, suivant la date de votre décès, le maintien d'une couverture Santé aux conditions précisées au paragraphe 8 « Une couverture sante peut-elle être maintenue en cas de cessation de garantie ? ».

5) Quand cessent vos garanties ?

Une fois admis à l'Assurance et sous réserve des sanctions prévues par le Code des assurances en cas de réticence, omission ou déclaration fausse ou inexacte faite de mauvaise foi, vous ne pouvez en être exclu tant que vous remplissez les conditions requises pour en bénéficier.

Les garanties prennent fin en tout état de cause :

- dès que vous cessez d'appartenir à la catégorie de personnel à laquelle le contrat d'assurance s'applique, sous réserve des dispositions prévues au paragraphe 7 ci-après « Dans quelles conditions pouvez-vous bénéficier du maintien de garanties (portabilité) »,
- à la date d'attribution de votre pension vieillesse ou de celle pour inaptitude au travail de la Sécurité sociale. Toutefois les garanties vous sont maintenues si - bien qu'ayant fait valoir votre droit à la retraite et bénéficiant à ce titre d'une pension vieillesse - vous reprenez une activité professionnelle rémunérée en tant que salarié de l'entreprise adhérente
- et pour les membres de votre famille bénéficiaires tels que définis ci-avant, à partir du moment où ils ne remplissent plus les conditions prévues ci-dessus et en tout état de cause à la même date que vous,
- un mois après accusé réception de votre demande de résiliation à condition que le contrat soit souscrit depuis plus d'un an.

En cas de suspension de votre contrat de travail pour toute autre cause que les congés payés annuels, une maladie, un accident, un congé de maternité ou paternité, nous suspendons les garanties pendant la même période et avec les mêmes effets que la cessation.

La cessation des garanties (ou la suspension) entraîne simultanément, tant pour vous que pour les membres de votre famille s'ils étaient garantis, la suppression (ou la suspension) du droit aux prestations pour tous les actes et soins intervenus à compter de la date de cessation même s'ils ont débuté ou ont été prescrits avant cette date.

6) Dans quelles conditions pouvez-vous bénéficier du maintien de garanties (portabilité) ?

Objet

Les garanties prévues à votre contrat sont maintenues au profit :

- des membres du personnel qui, en bénéficiaient jusqu'à la date de cessation de leur contrat de travail et qui se trouvent, postérieurement à la dite date, en situation de bénéficier des dispositions de l'article L 911-8 du Code de la sécurité sociale,
- des bénéficiaires tels que définis dans la présente notice, et qui bénéficiaient de ce contrat à la date de cessation du contrat de travail.

Les conditions requises afin de bénéficier du maintien des garanties, issu de l'article précité, sont les suivantes :

- La cessation du contrat de travail ne doit pas être consécutive à une faute lourde,
- L'ancien salarié doit remplir les conditions lui permettant de bénéficier de l'assurance chômage.

Point de départ et durée du maintien des garanties

Sous réserve que vous remplissiez les conditions énumérées ci-dessus, le maintien des garanties débute à la date de cessation de votre contrat de travail, et se poursuit pendant une durée égale (en mois entiers le cas échéant arrondi au nombre supérieur) à celle de votre dernier contrat de travail, ou de vos derniers contrats de travail successifs au sein de votre entreprise, sans que cette durée ne puisse être supérieure à 12 mois.

Formalités à accomplir

Votre employeur vous remet le document de maintien des garanties que vous complétez et lui retournez signé, avant la date de cessation de votre contrat de travail.

Ce document permet à votre employeur de nous informer d'une cessation de contrat de travail ouvrant droit au maintien des garanties, et de nous indiquer sa durée maximale.

Ce document de maintien des garanties comporte la notice d'information complémentaire à la notice d'information du contrat des salariés.

A l'ouverture et en cours de période de maintien des garanties, vous devrez justifier sur demande auprès de l'Assureur que vous remplissez les conditions prévues par l'article L 911-8 du Code de la sécurité sociale.

Garanties maintenues

Les garanties maintenues sont celles du niveau (Base ou Option) auquel vous étiez affilié à la date de cessation de votre contrat de travail et prévues au Contrat des salariés, au sein de votre entreprise.

Cessation des garanties

Les garanties cessent obligatoirement :

- lorsque vous cessez de percevoir vos allocations du régime d'assurance chômage et, au plus tard, au terme de la période de maintien des garanties prévue à l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale,
- en cas et à la date de résiliation du contrat des salariés (ou de suppression de l'une des garanties).

Toutefois les assurés qui cessent de bénéficier des garanties du contrat, au terme de la période de maintien, peuvent s'ils sont toujours privés d'emploi et titulaire d'un revenu de remplacement, conserver une couverture santé en adhérant au contrat que nous avons mis en œuvre à cet effet, à la condition d'en faire la demande dans les six mois qui suivent cet événement.

7) Une couverture sante peut-elle être maintenue en cas de cessation de garantie ?

Conformément à l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, toute personne qui cesse de bénéficier pour l'une des raisons indiquées ci-après des garanties peut conserver une couverture Santé en adhérant au contrat que nous avons mis en œuvre à cet effet, à la condition d'en faire la demande dans les six mois qui suivent :

- la rupture de son contrat de travail pour l'ancien salarié tel que défini ci-après,
- la date du décès du salarié en ce qui concerne les membres de sa famille,
- la fin de la période de maintien des garanties tel que prévu au paragraphe 5),

Peuvent demander leur adhésion au contrat, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

- l'ancien salarié qui, en raison de la cessation de son contrat de travail (ou à l'issue de la période de maintien dans le présent contrat) a cessé de bénéficier de la garantie Frais de Santé du présent contrat et qui perçoit :

- soit une rente d'incapacité ou d'invalidité,
- soit une pension de retraite ou d'inaptitude au travail,
- soit un revenu de remplacement s'il est privé d'emploi,

- les membres bénéficiaires de la famille de l'ancien salarié qui cessent également de bénéficier des garanties en raison du décès du salarié.

Une lettre d'information relative à la possibilité de demander le maintien de couverture sera adressée par l'Assureur :

- . à l'ancien salarié percevant une rente d'incapacité ou d'invalidité, une pension de retraite ou d'inaptitude au travail, un revenu de remplacement s'il est privé d'emploi, dans un délai de deux mois à compter de la date de cessation du contrat de travail ou de la fin de période de maintien des garanties visé au paragraphe 7),
- . aux personnes garanties du chef de l'Assuré décédé, dans un délai de deux mois à compter du décès du salarié.

8) Quel est le délai de prescription ?

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L 114-1 à L 114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L 114-1 du Code des assurances :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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

Article L 114-2 du Code des assurances :

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 avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L 114-3 du Code des assurances :

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.

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L 114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après.

Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site Officiel « www.legifrance.gouv.fr »

Article 2240 du Code civil :

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

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 périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

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.

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 leurs 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 ces héritiers.

Article 2246 du Code civil :

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

9) Autorité de contrôle

L'instance chargée de veiller au respect des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'assurance est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) - 4 place de Budapest- CS 92459-75436 Paris Cedex 09

10) Contrôle médical

Nous nous réservons le droit de faire procéder au contrôle de l'état de santé des bénéficiaires et des soins effectués. Nous pouvons demander, si besoin, toute pièce, examen ou acte nécessaire à l'application de la garantie.

11) La protection de vos données personnelles

Pourquoi recueillons-nous vos données personnelles ?

Vous êtes adhérent, assuré, bénéficiaire, payeur de cotisations ? Quelle que soit votre situation, nous recueillons et traitons vos « données personnelles ». Pourquoi ? Tout simplement parce qu'elles nous sont nécessaires pour respecter nos obligations légales, gérer votre adhésion au contrat et mieux vous connaître.

Gérer votre adhésion au contrat et respecter nos obligations légales

Vos données personnelles nous sont indispensables pour vous identifier comme pour conclure et exécuter votre adhésion au contrat.

Vos données de santé font l'objet d'un traitement spécifique lié au respect du secret médical.

En outre, nous avons besoin de vos données pour respecter en tout point les dispositions légales et administratives applicables à notre profession, entre autres dans le cadre de la lutte contre le blanchiment et contre la fraude.

Mieux vous connaître... et vous servir

En nous permettant de mieux vous connaître, vos données nous aident à vous présenter et/ou vous proposer des produits et des services adaptés à vos seuls besoins (profilage). Elles peuvent être liées à vos habitudes de vie, à votre localisation... **Avec votre accord express**, vos données peuvent servir également un objectif commercial. Elles serviront pour des actions de prospection, de fidélisation, de promotion ou de recueil de votre satisfaction.

Qui peut consulter ou utiliser vos données personnelles ?

Prioritairement les entreprises du groupe Allianz et votre intermédiaire en assurance (agent, courtier, mandataire d'assurance), mais aussi les différents organismes et partenaires directement impliqués dans la conclusion, la gestion, l'exécution de votre adhésion au contrat ou dans un objectif commercial : sous-traitants, prestataires, réassureurs, organismes d'assurance, mandataires, organismes sociaux.

BPCE - Régime facultatif Santé Ensemble du Personnel Actif des Sociétés du groupe Caisse d'Epargne et affiliés au contrat souscrit par BPCE auprès de BPCE Mutuelle en vigueur au 1^{er} janvier 2025

Ces destinataires se situent parfois en dehors de l'Union européenne. En ce cas, nous concevons des garanties spécifiques pour assurer la protection complète de vos données. Si vous souhaitez des informations sur ces garanties, écrivez-nous à l'adresse indiquée au paragraphe « Vos contacts ».

Combien de temps sont conservées vos données personnelles ?

Nous n'avons pas pu conclure une adhésion au contrat ensemble

Nous conservons vos données :

- commerciales : 3 ans maximum après le dernier contact entre vous et votre intermédiaire ;
- médicales : 5 ans maximum à partir de leur collecte. Celles-ci sont traitées de manière spécifique, toujours dans le strict cadre du respect du secret médical.

Vous êtes client

Nous conservons vos données tout au long de la vie de votre adhésion au contrat. A son terme, elles sont conservées pendant le délai de prescription.

Données personnelles : quels sont vos droits ?

Consulter, modifier, effacer... Vous disposez de nombreux droits pour l'utilisation qui est faite de vos données :

- **le droit d'opposition, lorsque vos données personnelles ne sont pas utiles ou ne sont plus nécessaires à notre relation contractuelle ;**
- le droit d'accès et de rectification, quand vous le souhaitez ;
- le droit à l'effacement, lorsque la durée de conservation de vos données personnelles est dépassée ;
- le droit à une utilisation restreinte, lorsque les données ne sont pas nécessaires ou ne sont plus utiles à notre relation contractuelle ;
- le droit à la « portabilité », c'est-à-dire la possibilité de communiquer vos données à la personne de votre choix, sur simple demande ;
- le droit de changer d'avis, notamment pour annuler l'accord que vous aviez donné pour l'utilisation commerciale de vos données ;
- le droit de décider de l'utilisation de vos données personnelles après votre mort. Conservation, communication ou effacement... : vous désignez un proche, lui indiquez votre volonté et il la mettra en œuvre sur simple demande.

Pour exercer votre droit d'accès aux données collectées dans le cadre de la lutte anti-blanchiment et anti-terroriste, adressez-vous directement à la CNIL.

De manière générale, vous pourrez lire toutes les précisions sur les cookies ainsi que sur le recueil et l'utilisation de vos données sur le site allianz.fr ou le site de l'entité juridique mentionnée au paragraphe « Qui est responsable de vos données ? ».

Enfin, le site de la CNIL vous renseignera en détail sur vos droits et tous les aspects légaux liés à vos données personnelles : www.cnil.fr.

Qui est responsable de vos données?

Allianz Vie, pour les risques qu'elle couvre :
Société anonyme au capital de 643.054.425 €
340 234 962 RCS Nanterre

Entreprise régie par le Code des assurances
1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex
www.allianz.fr

Comment exercer vos droits ?

Pour vous opposer à l'utilisation de vos données, demander leur effacement, pour poser une question sur l'ensemble de leurs traitements ou une réclamation, vous pouvez nous solliciter directement ou écrire au « délégué à la protection des données personnelles (DPO) » de l'assureur. Pour savoir à quelle adresse écrire, rendez-vous au paragraphe « Vos contacts ».

En cas de réclamation et si notre réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez vous adresser à la CNIL.

Vos contacts

Question, réclamation, demande de modification... Pour toutes ces situations, c'est très simple : il vous suffit d'écrire :

- par mail à informatiqueetliberte@allianz.fr,
- par courrier à l'adresse Allianz - Informatique et Libertés - Case courrier S1805 - 1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex.

Pour toutes vos demandes, n'oubliez pas de joindre un justificatif d'identité.

IV. ET EN CAS DE DESACCORD ?

En cas de difficultés, consultez d'abord votre interlocuteur habituel d'Allianz France.
Si sa réponse ne vous satisfait pas, il vous suffit d'adresser un courrier à

**Allianz Relation Clients - Case Courrier S1803 -
1, Cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex**

ou un courriel à
clients@allianz.fr

Vous n'êtes toujours pas satisfait de la réponse qui vous a été apportée après épuisement des voies de traitement internes indiquées ci-dessus ? Vous pouvez faire appel au Médiateur de l'Assurance dont les coordonnées sont les suivantes : TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09. Cette action n'aura aucun préjudice sur vos éventuelles autres voies d'actions légales.

*
* *

V. ANNEXES

Annexe I - actes de prévention (article 1^{er} de l'arrêté du 8 juin 2006)

En application de l'article R 871-2 II du Code de la Sécurité sociale, les garanties de votre contrat d'assurance doivent comprendre la prise en charge totale du ticket modérateur pour deux des prestations de prévention fixées réglementairement.

Nous prenons en charge, l'ensemble des actes de préventions ci-dessous dans les conditions fixées au tableau de garanties :

1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.
2. Un détartrage annuel complet sus - et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).
3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
 - b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
 - c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
 - d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
 - e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L 162-1-7, la prise en charge au titre de l'arrêté précité est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.
7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 - b) Coqueluche : avant 14 ans ;
 - c) Hépatite B : avant 14 ans ;
 - d) BCG : avant 6 ans ;
 - e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
 - f) Haemophilus influenzae B ;
 - g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

Annexe II - lexique pratique

- **« 100 % santé »** : Dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

Pour ces soins identifiés (on parle de paniers « 100% santé » ou « à prise en charge renforcée ») qui sont définis réglementairement, opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100% santé ».

- **Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée :**

Désigne les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale.

Sont visés—l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) et l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).

- **PLV : Prix Limite de Vente** des montures et verres de classe A sont fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'art L 165-1 du code de la Sécurité sociale

- **Honoraires limites de Facturation** : montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné.

A compter de 2019 et progressivement, des honoraires limites de facturation seront appliqués à certaines prothèses dentaires dont en particulier celles contenues dans le panier « à prise en charge renforcé ».

- **Base de remboursement de la Sécurité sociale** : Tarif de référence déterminé entre l'Etat et les fédérations de professionnels de santé sur lequel la Sécurité sociale calcule son remboursement.

- **Dépassement d'honoraires** : Somme qu'un praticien peut vous demander de payer au delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

- **Frais réels** : Dépense réellement engagée.

- **Montant de remboursement de la Sécurité sociale** : Somme que la Sécurité sociale vous rembourse.

- **Tarif forfaitaire de responsabilité** : Tarif de référence pour le remboursement de certains médicaments de marque. Il est fixé en fonction du prix du générique correspondant.

- **Tarif opposable** : est le tarif conventionnel (non libre) imposé par convention aux praticiens médicaux.

- **Ticket modérateur** : Différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le montant remboursé par cet organisme.

- **P.M.S.S. : Plafond mensuel de la Sécurité sociale.**

- **Ticket modérateur** : Différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le montant remboursé par cet organisme.

Dentaire

- **Inlay - Onlay** : C'est une pièce coulée en laboratoire à partir de l'empreinte de la cavité. Lorsqu'une grosse carie ne peut plus être traitée par un amalgame classique (plombage) le chirurgien-dentiste colle un Inlay/Onlay sur votre dent.

- **Couronne** :

Une couronne recouvre une dent abîmée. Elle nécessite la présence d'une racine. Elle peut être réalisée en différents matériaux. Les plus couramment utilisés sont la céramique sur métal non précieux et le métal non précieux. La couronne en céramique est plus esthétique, elle est réalisée dans une teinte proche de celle de vos dents. Elle peut toutefois être plus fragile nous ne les recommandons pas pour les dents du fond de la bouche, une couronne en métal non précieux est préférable.

Pour les autres couronnes en métal, le métal précieux ou semi précieux n'est recommandé qu'en cas d'allergie.

Selon l'état de la dent, la couronne est posée seule ou sur un **Inlay Core** (qui s'insère à l'intérieur de la racine) et sur lequel la couronne sera scellée.

- **Bridge** :

Un bridge est nécessaire quand une ou plusieurs dents sont absentes. Les dents de part et d'autres sont les piliers et doivent être couronnées. Les dents absentes sont remplacées par des inter de bridge.

- **Appareil dentaire** :

Les dents absentes peuvent être remplacées soit par une prothèse mobile en résine rose, soit par un stellite, plus léger et plus confortable.

- **Implant** :

L'implant permet de remplacer une dent manquante. C'est un support inséré dans l'os qui remplace la racine de la dent absente.

Une prothèse est ensuite fixée dans l'implant racine. Elle est composée d'un pilier implantaire et d'une couronne.

- **Orthodontie** :

Des dents mal positionnées ou mal alignées rendent parfois le nettoyage difficile favorisent l'apparition des caries, l'inflammation des gencives et peuvent gêner le fonctionnement de la mâchoire.

Le traitement orthodontique permet de ramener les dents à une meilleure position en exerçant une contrainte pendant plusieurs mois.

Il est généralement réalisé vers 10-12 ans pour une durée de 6 mois à 3 ans.

La Sécurité sociale prend en charge les semestres de traitement orthodontique jusqu'à l'âge de 16 ans à 100 % de la base de remboursement dudit organisme.

Optique

- **Verres simples** :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries,
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

- **Verres de correction complexe** :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries,
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,

- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
 - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries,
 - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries,
 - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
 - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.
- **Verres de correction très complexe :**
 - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries;
 - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries
 - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie
 - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

*
* *

Allianz Vie
Entreprise régie par le Code des assurances
Société anonyme au capital de 643.054.425 €
1 cours Michelet
CS 30051 92076 Paris La Défense Cedex
340 234 962 RCS Nanterre

*
* *