

NOTICE D'INFORMATION

Article 1

Quel est l'objet de FONGECFA SANTÉ ?

FONGECFA SANTÉ est une assurance complémentaire santé qui propose, aux assurés et à leurs ayants droit, plusieurs options de remboursement des frais de santé occasionnés par une maladie ou un accident.

Article 2

Quelle est la forme juridique de FONGECFA SANTÉ ?

FONGECFA SANTÉ est un contrat collectif à adhésion facultative régi par le Code de la Mutualité.

Ce contrat est conclu entre :

- d'une part, le souscripteur : le Fonds de Gestion du Congé de Fin d'Activité (FONGECFA-Transport), 4 rue Georges Picquart, 75017 Paris, ci-après dénommée « le Souscripteur »,
- d'autre part, l'assureur Mutuelle Carcept Prev, immatriculée sous le numéro SIREN 431 875 210, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, située 4 rue Georges Picquart, 75017 PARIS, ci-après dénommée « La Mutuelle » ou « Votre Mutuelle ».

Les assurés à FONGECFA SANTÉ adhèrent individuellement au FONGECFA-Transport et sont regroupés au sein de la Mutuelle, dans la section des membres participants par adhésion à un contrat collectif facultatif souscrit par le FONGECFA-Transport auprès de la Mutuelle Carcept Prev.

Les formalités pratiques d'adhésion sont précisées à l'article 10.

Article 3

Comment s'articule FONGECFA SANTÉ ?

Le contrat FONGECFA SANTÉ est constitué de cinq formules. Vous optez pour l'une de ces formules. **La formule choisie figure sur votre certificat d'adhésion.**

Article 4

À qui s'adresse FONGECFA SANTÉ ?

Vous pouvez adhérer à FONGECFA SANTÉ dès lors que vous êtes bénéficiaire d'une allocation au titre du Congé de Fin d'Activité (CFA). Vous pouvez également en faire bénéficier vos ayants droit, tels que définis ci-dessous :

- votre conjoint, concubin ou titulaire d'un PACS,
- vos enfants, ceux de votre conjoint, concubin ou partenaire de PACS, âgés de :
 - moins de 18 ans,
 - moins de 28 ans s'ils poursuivent leurs études ou s'ils sont atteints d'un handicap les empêchant de se livrer à une quelconque activité rémunérée.

Pour bénéficier de FONGECFA SANTÉ, vous devez, ainsi que les autres bénéficiaires, relever d'un régime obligatoire de la Sécurité sociale française.

Article 5

Quelles sont les bases de remboursement des dépenses de santé ?

Vous optez pour l'une des formules de FONGECFA SANTÉ présentées en annexe 1.

Les prestations énoncées dans la formule choisie sont garanties pour tous les assurés relevant de votre adhésion étant entendu que :

- la garantie s'exerce dans le monde entier sous réserve de reconnaissance et de prise en charge par la Sécurité sociale française,
- la base de remboursement ainsi que le ticket modérateur sont ceux du régime général de la Sécurité sociale française,
- les remboursements FONGECFA SANTÉ sont toujours limités aux frais réels engagés. Ils sont calculés après déduction des prestations versées par le régime obligatoire de la Sécurité sociale.

Toutefois, pendant les 6 premiers mois qui suivent votre adhésion, si vous ne produisez pas un certificat de radiation justifiant une date de résiliation à une précédente garantie santé, inférieure à 3 mois à compter de la date d'effet de la demande d'adhésion à FONGECFA SANTÉ :

- le remboursement des frais de séjour, d'hospitalisation (honoraires), de sanatorium, préventorium, aérium, de soins dentaires et prothèses (dentaires ou autres), de traitements orthodontiques, de montures et verres de lunettes, et de lentilles de contact est limité, le cas échéant, au montant du ticket modérateur,
- la chambre particulière n'est pas prise en charge.

Votre contrat est en conformité avec les exigences posées par les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables ».

Par la suite, les garanties et niveaux de remboursement seront adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les contrats responsables.

En conséquence :

- la participation forfaitaire (actes et consultations de médecins, actes de biologie médicale) et les franchises médicales (médicaments, actes d'auxiliaires médicaux, transports) laissées à la charge de chaque patient, instaurées par l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale, ne sont pas remboursées,
- hors parcours de soins coordonnés, aucune majoration de la participation de l'assuré (ticket modérateur) prévue à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale n'est prise en charge,

- **hors parcours de soins coordonnés, les dépassements d'honoraires de spécialistes sur les actes cliniques et techniques ne sont pris en charge qu'au-delà du montant du dépassement autorisé défini par la convention médicale de janvier 2005 pour les actes cliniques de spécialistes de secteur 1.**

La Mutuelle respecte les obligations de prise en charge prévues à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale (planchers et plafonds de remboursement de prestations).

■ Honoraires des médecins en ville et à l'hôpital

Les garanties sont différentes selon que le médecin que vous consultez adhère ou non aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).

Les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée sont des contrats mis en place par l'Assurance maladie et les syndicats des médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires.

■ Optique

La prise en charge de vos lunettes est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de 2 ans pour les adultes et par période d'un an pour les mineurs.

En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de votre vue, la période de 2 ans est réduite à un an. L'évolution de la vue doit être justifiée, soit par une prescription médicale précisant le changement de correction, soit par le devis ou la facture de l'opticien précisant la nouvelle correction en cas de renouvellement des lunettes par ce dernier.

Les périodes de 2 ans pour les adultes et d'un an pour les mineurs sont fixes. Elles commencent à compter de la date d'achat de l'équipement optique et s'achèvent deux ans après (adultes) ou un an après (mineurs).

Lorsque vous effectuez des demandes de remboursement de votre équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé est identique : elle débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après (adultes) ou un an après (mineurs).

Si vous présentez un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvez ou ne souhaitez pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties des contrats peuvent couvrir une prise en charge de deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus.

■ Plafond dentaire

Votre contrat prévoit un plafond dentaire de 2500 euros maximum par année civile et par bénéficiaire. Ce plafond correspond au montant maximum qui sera remboursé chaque année civile pour les dépenses de prothèses dentaires et d'implants de chaque bénéficiaire.

Une fois le plafond dentaire atteint, le contrat rembourse uniquement le ticket modérateur.

■ Parodontologie

Le forfait éventuellement prévu dans votre contrat couvre les dépenses de parodontologie remboursée ou non remboursée par la Sécurité sociale.

■ Pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale

Le forfait éventuellement prévu dans votre contrat couvre uniquement des produits prescrits par un médecin.

Concernant le sevrage tabagique, les frais en rapport avec les cigarettes électroniques ne sont pas remboursés.

Article 6

Comment obtenir vos remboursements ?

Dans la mesure où vous relevez du régime obligatoire de la Sécurité sociale, vous bénéficiez, si vous le souhaitez, des technologies de télétransmission NOEMIE en vigueur entre les centres de Sécurité sociale et les organismes complémentaires.

La Sécurité sociale vous adresse le décompte (que vous conservez) correspondant aux opérations réalisées et transmet directement à votre Mutuelle les données équivalentes.

Votre Mutuelle procède alors au virement des sommes qui lui incombent sur le compte bancaire (en France) que vous avez désigné et vous adresse un récapitulatif périodique des remboursements. Sauf décision contraire de votre part, notifiée par lettre, cette procédure s'applique automatiquement.

■ Si vous ne souhaitez pas bénéficier de la télétransmission NOEMIE

Vous devez notifier votre refus par lettre. Vous devez alors adresser vous-même les décomptes de remboursement originaux, reçus de la Sécurité sociale, à votre Mutuelle.

Dans tous les cas, vous devez justifier des dépenses réelles engagées pour les frais dentaires, optiques, orthopédiques, acoustiques et cures thermales par une facture détaillée acquittée et, le cas échéant, les notifications de refus de prise en charge de la Sécurité sociale.

Attention : le versement de prestations effectué par votre Mutuelle, même à plusieurs reprises, ne peut en aucun cas constituer une renonciation aux restrictions ou exclusions des garanties prévues.

Article 7

Quels sont les soins non couverts ?

FONGECFA SANTE ne rembourse pas :

- **les dépenses de santé non remboursées par la Sécurité sociale (sauf exceptions précisées, en annexe 1, dans le tableau des garanties),**
- **les interventions et soins esthétiques, sauf s'ils sont la conséquence d'un événement garanti et sont pris en charge par la Sécurité sociale,**
- **la chambre particulière en psychiatrie.**

Article 8

Avec FONGECFA SANTÉ bénéficie-t-on du tiers-payant ?

En application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, vous et vos ayants droit pouvez bénéficier du tiers-payant pour l'ensemble des soins remboursés par la Sécurité sociale, au moins à hauteur du ticket modérateur, si le professionnel de santé le propose.

En outre, vous et vos ayants droit pouvez bénéficier, en fonction des garanties souscrites, d'un tiers payant à hauteur de la totalité de la garantie auprès de certains professionnels de santé ayant signé la convention nationale SP santé.

Article 9

Avec FONGECFA SANTÉ bénéficie-t-on de la prise en charge hospitalière ?

Vous pouvez bénéficier d'une prise en charge pour les hospitalisations médicales et chirurgicales en faisant une demande préalable à votre Mutuelle en indiquant :

- la personne concernée,
- les nom et adresse de l'établissement et le service d'hospitalisation,
- la date d'entrée.

Article 10

Comment adhérer à FONGECFA SANTÉ ?

Vous devez être bénéficiaire d'une allocation versée par le Souscripteur au titre du Congé de Fin d'Activité.

Vous souscrivez à FONGECFA SANTÉ sans aucune formalité médicale.

Il vous suffit :

- de compléter une demande d'adhésion en précisant les personnes à assurer ainsi que la garantie choisie qui s'applique à toutes les personnes désignées,
- de joindre à votre demande :
 - les pièces nécessaires au paiement de vos cotisations et au paiement de vos prestations (Relevé d'Identité Bancaire, mandat de prélèvement SEPA...),
 - le certificat de radiation à la garantie frais de santé précédemment souscrite pour ne pas se voir appliquer le délai de carence défini à l'article 5,
 - la photocopie de vos droits à la Sécurité sociale, ainsi que celle de votre conjoint et de vos enfants s'ils adhèrent,
 - un justificatif du versement de l'allocation du Congé de Fin d'Activité.

■ Justificatifs à fournir

Dans tous les cas, une copie de votre attestation Vitale et de chaque personne garantie.

Pour la couverture du conjoint lié par un PACS, un extrait d'acte de naissance et un justificatif de domicile commun.

Pour la couverture du concubin, le décompte de Sécurité sociale ou tout autre justificatif de domicile commun (titre de propriété, avis d'imposition, quittance de loyer, assurance du logement, factures de gaz, électricité, téléphone, etc.).

Pour la couverture des enfants, selon le cas :

- un certificat de scolarité délivré par l'établissement d'enseignement indiquant les dates de début et de fin d'études,
- une copie de la carte d'invalidé civil.

Article 11

Combien coûte FONGECFA SANTÉ ? Comment effectuer le paiement des cotisations

Votre cotisation est fixée chaque année, en fonction des comptes techniques et de leur évolution prévisible, par accord entre le Souscripteur et la Mutuelle constaté par avenants au contrat collectif. Les avenants s'appliquent à toutes les cotisations dues à partir de leurs dates d'effet.

Les cotisations sont fixées pour chaque exercice civil en fonction de votre âge atteint calculé par différence de millésimes, selon le barème en vigueur.

Toute modification de prise en charge par la Sécurité sociale, toute nouvelle disposition réglementaire ou législative ayant pour conséquence une majoration des remboursements à la charge de votre Mutuelle peut entraîner une révision des tarifs à effet immédiat.

Vous serez informé de toute augmentation de cotisation ainsi décidée par l'envoi d'un échéancier établi à cet effet. Vous pourrez dénoncer votre adhésion en raison de cette modification (à effet de la date d'augmentation) dans le délai d'un mois à compter de la remise de l'échéancier.

■ Aide au financement de votre couverture

En fonction de votre situation, une participation financière pourra vous être attribuée. Cette éventuelle participation sera réexaminée chaque année et viendra en déduction de votre cotisation. Cette participation cesse à la fin du Congé de Fin d'Activité.

■ Paiement des cotisations

Vos cotisations sont payables d'avance le 10 du mois d'échéance de la cotisation, soit par prélèvement automatique mensuel ou trimestriel, soit par chèque.

Les cotisations sont dues à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Article 12

Quelle est la date d'effet de l'adhésion ?

La date d'effet de l'adhésion est fixée :

- au premier jour du mois en cours si votre demande d'adhésion est reçue entre le 1^{er} et le 15 du mois,
- au premier jour du mois suivant si votre demande d'adhésion est reçue entre le 16 et le 31 du mois.

Vous pouvez demander le remboursement de vos frais de santé engagés à partir de cette date d'effet.

Vous êtes garanti aussi longtemps que vous payez vos cotisations et vous seul pouvez résilier votre adhésion, sauf résiliation collective du contrat selon les dispositions des articles 15 et 18.

La date d'effet figure sur votre certificat d'adhésion.

Article 13

Quelle est la durée d'adhésion ?

Votre adhésion ainsi que l'affiliation de vos ayants droit cessent en cas de résiliation dans les conditions de l'article 17, et en tout état de cause, au jour de votre décès.

Article 14

Peut-on changer de formule ?

Vous pouvez changer de formule au 1^{er} janvier de chaque année, avec un préavis de deux mois à condition d'avoir gardé au moins un an la garantie souscrite au jour de l'adhésion.

Votre demande de changement de formule est subordonnée à l'acceptation de votre Mutuelle. Le changement de formule est valable au minimum pour une période d'un an.

Article 15

Quelles sont les obligations de l'assuré ?

■ Changement dans la situation des bénéficiaires

Vous devez informer la Mutuelle de tout changement vous concernant ou concernant les autres bénéficiaires dans le mois suivant ce changement.

Il en est ainsi notamment en cas de changement :

- de nom,
- de situation matrimoniale,
- de situation familiale,
- de régime d'assurance maladie obligatoire,
- d'adresse (par défaut les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets).

Ces modifications sont prises en compte au jour de la réception de la demande ou à une date ultérieure choisie par l'adhérent dès lors que celle-ci est compatible avec les dispositions du contrat et sous réserve de l'acceptation expresse de la Mutuelle.

■ Ajout d'un ayant droit

Vous avez la possibilité d'ajouter un bénéficiaire si ce dernier répond à la définition de l'ayant droit figurant à l'article 4.

La modification est prise en compte le premier jour du mois suivant la réception de la demande ou à la date que vous aurez choisie sous réserve de l'acceptation expresse de la Mutuelle. Néanmoins, si cet ajout fait suite à un mariage, à la naissance ou à l'adoption d'un enfant, la modification prendra effet au jour de l'événement sous réserve que la demande soit faite moins de deux mois après cette date ; passé ce délai, elle prendra effet le jour de réception de la demande par la Mutuelle.

■ Radiation d'un ayant droit

La modification est prise en compte le jour de la réception de la demande ou à la date que vous aurez choisie, sous réserve de l'acceptation expresse de la Mutuelle et de la restitution de l'attestation de tiers-payant en cours de validité.

Article 16

Quelles sont les conditions de renonciation ?

Vous pouvez renoncer à votre adhésion dans les 30 jours qui suivent la date figurant sur le courrier accompagnant le certificat d'adhésion, par lettre recommandée avec avis de réception (rédigée sur la base du modèle ci-après) adressée à Mutuelle Carcept Prev.

Modèle de courrier :

« Monsieur le Directeur,

Par la présente lettre recommandée avec avis de réception, j'exerce la faculté de renonciation et je demande le remboursement intégral des sommes versées.

Date, signature et référence du contrat. »

En cas de renonciation, votre versement vous sera intégralement remboursé dans les 30 jours suivant la réception de votre courrier. En cas de règlement de prestations entre la date d'effet et la date de renonciation, la Mutuelle est en droit d'exiger le remboursement des sommes réglées.

Vous pourrez également exercer ce droit à chaque modification de vos droits et obligations dans le délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice.

Article 17

Quelles sont les conditions de résiliation de l'adhésion ?

■ Résiliation volontaire de l'assuré

Vous pouvez résilier votre adhésion au 31 décembre de chaque année par lettre recommandée avec un préavis de deux mois.

Néanmoins, votre résiliation volontaire peut être acceptée à tout moment si vous produisez une attestation de votre employeur précisant votre obligation d'adhérer au régime collectif obligatoire de votre entreprise. La Mutuelle se réserve le droit de vous demander un justificatif.

La résiliation prend effet à la date de votre adhésion au régime collectif de l'entreprise sous réserve que vous ayez informé la Mutuelle dans les 30 jours qui suivent le changement de régime. À défaut la résiliation prendra effet au 1^{er} jour du mois de réception de la notification.

Par ailleurs, vous pouvez résilier votre adhésion dans le délai d'un mois suivant la remise de la nouvelle notice en cas de modification de vos droits et obligations.

■ Résiliation pour non-paiement de la cotisation

Vous devez vous acquitter de votre cotisation dans les 10 jours de son échéance, sous peine d'exclusion de la Mutuelle. L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de 40 jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, vous êtes informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de votre cotisation entraînera la résiliation de votre adhésion.

Cette résiliation ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations que vous aurez versées antérieurement.

■ Réticence et fausse déclaration

Conformément aux dispositions des articles L.221-14 et L.221-15 du Code de la mutualité, la garantie qui vous est accordée par votre Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de votre part, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion par la Mutuelle, même si le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts. Une omission ou fausse déclaration de votre part, dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue à la demande d'adhésion et au contrat.

Si la réticence ou fausse déclaration intentionnelle est constatée avant toute déclaration de dépense de santé, votre Mutuelle a le droit de maintenir le contrat moyennant une augmentation de cotisation soumise à votre accord.

À défaut d'accord, la résiliation du contrat prend effet dix jours après vous avoir été notifiée par lettre recommandée. Dans ce cas, la Mutuelle restitue la part de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après déclaration de dépense de santé, la prestation est réduite en proportion des cotisations payées par rapport aux cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 18

Contrôle médical

Pour toute demande de prestation, la Mutuelle se réserve le droit de demander tous renseignements médicaux complémentaires et de faire procéder à des examens par son médecin-conseil, les honoraires étant à la charge de la Mutuelle.

Le bénéficiaire concerné s'engage à se soumettre à cet examen. Il peut, s'il le souhaite, se faire assister à ses frais par le médecin de son choix et doit (sauf impossibilité justifiée), fournir au médecin conseil de la Mutuelle les renseignements demandés et lui indiquer la nature de la maladie traitée.

Article 19

Quelles sont les conditions de résiliation du contrat collectif ?

Le présent contrat conclu entre le Souscripteur et la Mutuelle se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année.

Il est résiliable au 31 décembre de chaque année à la demande du Souscripteur, par lettre recommandée avec avis de réception, avec un préavis de 2 mois. Le Souscripteur procédera à toute démarche auprès des assurés concernés pour leur proposer individuellement d'adhérer à un nouveau contrat sans formalité médicale, de manière à assurer une continuité dans la couverture des risques.

Article 20

Protection des données personnelles - Réclamation

■ Protection des données personnelles

Dans le cadre de la relation contractuelle qui nous lie, des données personnelles vous concernant sont collectées par Mutuelle Carcept Prev, entité du Groupe KLESIA, située 4 rue Georges Picquart 75017 PARIS en tant que responsable de traitement.

Toutes les données sont obligatoires sauf celles identifiées comme facultatives. En effet, les données obligatoires sont nécessaires à la conclusion de votre contrat ou au respect de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. A défaut de fourniture des données obligatoires,

Mutuelle Carcept Prev sera dans l'impossibilité de traiter vos demandes.

1. Les finalités de la collecte de vos données personnelles

Dans le cadre de l'exécution de votre contrat d'assurance, les données personnelles que nous collectons vont permettre :

- l'étude de vos besoins spécifiques nécessaire à la passation des contrats d'assurance afin de vous proposer des contrats adaptés ;
- la tarification, l'émission des documents pré contractuels, contractuels et comptables, l'encaissement des primes ou cotisations et leur répartition éventuelle entre les coassureurs et les réassureurs, le commissionnement, la surveillance des risques, et les autres opérations techniques nécessaires à la gestion des contrats d'assurance ;
- la gestion des prestations et la gestion des sinistres pour l'exécution des contrats d'assurance ;
- l'élaboration de statistiques et études actuarielles ;
- l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ;
- la gestion des demandes liées à l'exercice de vos droits

Vos données personnelles sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, Mutuelle Carcept Prev met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.

Différents traitements opérés par les entités du Groupe KLESIA sont basés sur l'intérêt légitime afin de vous apporter les meilleurs produits et services, de continuer à améliorer leur qualité et de mieux vous connaître pour personnaliser les contenus et les services proposés et les adapter à vos besoins. Ils correspondent à :

- la mise en place d'actions de prévention ;
- la gestion de notre relation commerciale notamment par le biais d'actions telles qu'un programme de fidélisation, des enquêtes de satisfaction, des sondages, des jeux concours ou des tests produits ou services ;
- la lutte contre la fraude à l'assurance et les impayés, le cas échéant, l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe KLESIA.
- la prospection commerciale pour les produits et services du Groupe KLESIA analogues ou complémentaires à ceux que vous avez souscrits.

2. Le traitement de vos données de santé

Le traitement des données de santé vous concernant par Mutuelle Carcept Prev est soumis à votre consentement. Néanmoins, la conclusion de votre contrat d'assurance vaut recueil du consentement pour le traitement de vos données de santé à des fins de gestion de votre contrat et de lutte contre la fraude. Pour tout autre service nécessitant le traitement de vos données de santé, un consentement spécifique est recueilli.

Dans tous les cas, vos données de santé sont traitées en toute confidentialité et sont exclusivement destinées aux médecins conseils de Mutuelle Carcept Prev et leurs services médicaux ainsi qu'aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement.

3. Les décisions automatisées et le profilage

Dans certains cas, Mutuelle Carcept Prev pourra être amenée à mettre en œuvre des décisions automatisées ou des traitements de profilage fondés sur l'analyse de vos données. Dans chaque cas, Mutuelle Carcept Prev vous informera spécifiquement et vous permettra de contester une décision automatisée prise à votre égard.

4. Les destinataires de vos données personnelles

Dans le cadre des traitements de Mutuelle Carcept Prev, vos données peuvent être transmises à différents destinataires listés en Annexe 2.

5. Le transfert de vos données personnelles hors de l'Union européenne

Mutuelle Carcept Prev traite vos données personnelles en France ou en Europe. Néanmoins, si un transfert de données, vers des pays non reconnus par la Commission Européenne comme ayant un niveau de protection adéquat devait être envisagé, nous vous en informons spécifiquement en précisant les garanties mises en place permettant la protection de vos données personnelles.

6. Les durées de conservation de vos données personnelles

Vos données personnelles sont conservées le temps de la relation commerciale ou contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire. Les durées de conservation varient en fonction des finalités et sont détaillées en Annexe 2.

7. Vos droits

Vous disposez d'un droit d'accès aux données traitées, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement, à la portabilité de vos données.

Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles que nous traitons de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le cas où les données personnelles sont fournies par vous-même et traitées sur la base de votre consentement ou de l'exécution d'un contrat.

Vous pouvez également vous opposer, à tout moment, à un traitement de vos données :

- pour des raisons tenant à votre situation particulière que nous vous remercions d'argumenter ;
- lorsque vos données sont traitées à des fins de prospection, sans avoir à vous justifier.

De plus, si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale dans le cadre de démarchage téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL. Pour plus d'informations, vous pouvez consulter le site www.bloctel.gouv.fr

Par ailleurs, vous avez la possibilité :

- de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont vous entendez que soient exercés ces droits, après votre décès ;
- de retirer votre consentement si le traitement de vos données repose uniquement sur celui-ci.

Enfin, le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la CNIL via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exerce auprès de Mutuelle Carcept Prev.

8. L'exercice de vos droits auprès de Mutuelle Carcept Prev

Ces droits peuvent être exercés en justifiant de votre identité et en précisant le droit que vous souhaitez exercer ainsi que tout élément facilitant votre identification.

Pour toute information ou exercice de vos droits relatifs aux traitements de vos données personnelles gérés par Mutuelle Carcept Prev, vous pouvez contacter son Délégué à la Protection des Données (DPO) :

- par courrier électronique : info.cnil@klesia.fr
- par courrier à l'adresse KLESIA- SERVICE INFO CNIL- CS 30027- 93108 Montreuil Cedex.

9. Réclamation auprès de la CNIL

Vous disposez également d'une possibilité d'établir une réclamation près de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou <http://cnil.fr>

■ Réclamation

Les réclamations relatives au fonctionnement du contrat devront être adressées au :

**Centre de gestion KLESIA - Mutuelle Carcept Prev
TSA 40000
78457 VELIZY CEDEX**

Si un désaccord persistait après réponse de la Mutuelle et sans préjudice de votre droit à agir en justice, vous pouvez, saisir par courrier, afin de trouver une issue amiable au différend vous opposant à la Mutuelle, dans le délai d'un an à compter de la réclamation, le **Médiateur de la Roam, Marie-Cécile LETZELTER, 26 boulevard Haussmann, 75009 Paris ;**

ou par mail : mcletzelter@mediation-assurance.org.

Les bénéficiaires ainsi que vos ayants droit disposent également de cette possibilité.

Article 21

Quel est le délai de prescription ?

Toutes actions susceptibles d'être intentées par votre employeur, vous-même, vos ayants droit ou la Mutuelle sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

Le délai de prescription est interrompu dans les cas suivants :

- reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- demande en justice, même en référé,
- acte d'exécution forcée,
- désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée soit à l'entreprise par l'Institution en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit à l'Institution par le participant, le bénéficiaire ou les ayants droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Article 22

Subrogation

La Mutuelle est subrogée dans vos droits à concurrence des droits indemnisés, et dans vos actions contre le tiers responsable.

Article 23

Quel est l'organisme de contrôle ?

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est :

**l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
4 place de Budapest
CS 92459
75436 Paris Cedex 09**

Article 24

Comment contacter le gestionnaire du contrat ?

La gestion du contrat est assurée par le Centre de gestion KLESIA - Mutuelle Carcept Prev. Vous pouvez les contacter à l'adresse suivante :

**Centre de gestion KLESIA - Mutuelle Carcept Prev
TSA 40000
78457 VÉLIZY CEDEX**

Par téléphone : **01 53 38 18 78**

Par mail : mcp@igestion-gd.fr

ANNEXE 1

GARANTIES DU CONTRAT

Les prestations versées par la Sécurité sociale ou tout autre organisme viennent en déduction de celles citées pages suivantes.

		DYNAMIQUES			
		F100	F150	F200	F250
ESSENTIELLES		ECO			
MÉDECINE DE VILLE & PHARMACIE					
Consultations et visites de généralistes et spécialistes, actes de spécialité	• Médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR
	• Médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR
Analyses médicales		100 % BR	125 % BR	175 % BR	200 % BR
Radiologie - Imagerie - Échographie		100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, ...)		100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale		100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale (honoraires, hébergement, traitement et transport) ⁽¹⁾		Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR + 250 € / an	100 % BR + 350 € / an
HOSPITALISATION					
Franchise de 18 € appliquée aux actes supérieurs à 120 €		Prise en charge	Prise en charge	Prise en charge	Prise en charge
Frais de séjour ⁽³⁾		100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR
Honoraires chirurgicaux ⁽³⁾	• Médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	150 % BR	225 % BR	300 % BR
	• Médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	130 % BR	200 % BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière (hors psychiatrie)		-	36 € / J - Illimité	53 € / J - Illimité	71 € / J - Illimité
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 12 ans / adulte de plus de 65 ans)		-	20 € / J - 15 J / an	25 € / J - 15 J / an	30 € / J - 15 J / an
Frais de transport remboursés par la Sécurité sociale		100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
OPTIQUE					
Monture ⁽²⁾		100 % BR	100 % BR + 50 €	100 % BR + 80 €	100 % BR + 100 €
Verre simple à faible correction ⁽²⁾		100 % BR	100 % BR + 25 € / verre	100 % BR + 55 € / verre	100 % BR + 85 € / verre
Forfait par verre simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries		100 % BR	100 % BR + 100 € / verre	100 % BR + 130 € / verre	100 % BR + 225 € / verre
Verre simple à forte correction ou complexe ⁽²⁾		100 % BR	100 % BR + 100 € / verre	100 % BR + 170 € / verre	100 % BR + 225 € / verre
Forfait par verre simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et par verre multifocal ou progressif		100 % BR	100 % BR + 100 € / verre	100 % BR + 170 € / verre	100 % BR + 225 € / verre
Verre ultra complexe ⁽²⁾		100 % BR	100 % BR + 100 € / verre	100 % BR + 170 € / verre	100 % BR + 225 € / verre
Forfait pour adulte par verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8,00 et + 8,00 dioptries ou par verre multifocal progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries		100 % BR	100 % BR + 100 € / verre	100 % BR + 170 € / verre	100 % BR + 225 € / verre
Lentilles remboursées on non par la Sécurité sociale (y compris jetables) ⁽¹⁾		100 % BR	100 % BR + 50 € / an	100 % BR + 115 € / an	100 % BR + 150 € / an
Chirurgie réfractive (par œil et par bénéficiaire)		-	200 € / œil	250 € / œil	300 € / œil

DENTAIRE		100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Soins dentaires (détartrage, ...)							
Prothèses dentaires	• remboursées par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
	• non remboursées par la Sécurité sociale						
Orthodontie	• remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	200 % BR	275 % BR	275 % BR	350 % BR
	• non remboursée par la Sécurité sociale						
Implantologie (pilier et implant dentaire) ⁽¹⁾							
Parodontologie (traitement des gencives, ...) ⁽¹⁾							
Plafond dentaire (par année civile) ⁽⁴⁾		2 500 €	2 500 €	2 500 €	2 500 €	2 500 €	2 500 €
PRÉVENTION ET MÉDECINES DOUCES							
Spécialités médicales non remboursées par la Sécurité sociale (ostéopathe, chiropracteur, étioopathe, acupuncteur, pédicure-podologue)							
Pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale (dont sevrage tabagique, vaccins antigrippaux / voyages, tests de dépistage) ⁽¹⁾							
Nutritionniste (bilan)							
Ostéodensitométrie remboursée par la Sécurité sociale		100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
PROTHÈSES ET APPAREILLAGES							
Appareils auditifs remboursés par la Sécurité sociale ⁽⁵⁾		100 % BR	100 % BR + 80 € / appareil	100 % BR + 250 € / appareil	100 % BR + 350 € / appareil	100 % BR + 450 € / appareil	100 % BR + 450 € / appareil
Forfait piles pour appareils auditifs ⁽¹⁾							
Autres appareillages inscrits à la Liste des Produits et Prestations (LPP) remboursés par la Sécurité sociale ⁽¹⁾		100 % BR	100 % BR	100 % BR + 150 € / an	100 % BR + 200 € / an	100 % BR + 250 € / an	100 % BR + 250 € / an

⁽¹⁾ Forfait annuel maximum (par exercice civil) et par bénéficiaire.

⁽²⁾ Forfait maximum versé pour l'acquisition d'un équipement composé d'une monture et de deux verres, par période de deux ans (la période de 2 ans s'apprécie à compter de la date d'achat de l'équipement). Pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, le forfait s'applique par période de un an.

⁽³⁾ Base de remboursement : dans le cas du secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné.

⁽⁴⁾ Remboursement maximum par année civile et par bénéficiaire. Ce plafond est un cumul des prothèses dentaires et de l'implantologie. Il ne s'applique pas sur le ticket modérateur lorsque celui-ci est atteint.

⁽⁵⁾ Forfait maximum versé par appareil, dans la limite de deux équipements tous les quatre ans (quatre exercices civils).

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée :

- OPTAM : Option pratique tarifaire maîtrisée.
- OPTAM-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique.

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ou en euros. Elles intègrent les remboursements de la Sécurité sociale. Les remboursements sont limités aux frais réellement engagés.

Ne sont pas prises en charge la participation forfaitaire et les franchises médicales à la charge de l'assuré et les majorations (dépassement autorisé d'honoraires, majoration du ticket modérateur) prévues réglementairement hors parcours de soins coordonnés.

Base légale du traitement	Finalités	Durées de conservation
Exécution d'un contrat d'assurance	<ul style="list-style-type: none"> - l'étude de vos besoins spécifiques nécessaire à la passation des contrats d'assurance afin de vous proposer des contrats adaptés ; - la tarification, l'émission des documents pré contractuels, contractuels et comptables, l'encaissement des primes ou cotisations et leur répartition éventuelle entre les coassureurs et les réassureurs, le commissionnement, la surveillance des risques, et les autres opérations techniques nécessaires à la gestion des contrats d'assurance ; - la gestion des prestations et la gestion des sinistres pour l'exécution des contrats d'assurance ; - l'élaboration de statistiques et études actuarielles ; - l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ; - la gestion des demandes liées à l'exercice de vos droits. 	Contrats d'assurance santé et prévoyance 5 ans à compter de la fin du contrat
Obligation légale, réglementaire et administrative	Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	Sous réserve de dispositions plus contraignantes (par exemple droit de communication de l'administration fiscale) : 5 ans à compter de la clôture du compte ou de la cessation de la relation pour les données et documents relatifs à l'identité des clients.
Intérêt légitime du responsable de traitement	-la mise en place d'actions de prévention	Le temps strictement nécessaire à la réalisation des actions
	-la gestion de notre relation commerciale	Pour les clients : 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale Pour les prospects (en l'absence de relation contractuelle) : 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect
	-la lutte contre la fraude à l'assurance et, le cas échéant, l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe KLESIA	6 mois à compter de l'émission de l'alerte OU 5 ans à compter de la clôture du dossier Fraude OU 2 ans à compter du terme de la procédure judiciaire Concernant l'inscription sur liste de personnes présentant un risque fraude : 5 ans à compter de l'inscription
	-la prospection commerciale pour les produits et services du Groupe KLESIA analogues ou complémentaires à ceux que vous avez souscrits	Pour les clients : 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale Pour les prospects (en l'absence de relation contractuelle) : 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect
Consentement	-la prospection commerciale	Suppression à tout moment en cas de retrait de votre consentement En l'absence du retrait du consentement : Pour les clients : 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale Pour les prospects : 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect

DONNÉES PERSONNELLES

Destinataires	
	<ul style="list-style-type: none"> - les personnels chargés de la passation, la gestion et l'exécution des contrats, - les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les partenaires, - les prestataires, - les sous-traitants, ou les entités du Groupe KLESIA dans le cadre de l'exercice de leurs missions, - les organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, - les coassureurs et réassureurs ainsi que les organismes professionnels et les fonds de garanties, - les personnes intervenant au contrat tels que les avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs et professionnels de santé, médecins-conseils et le personnel habilité, - les organismes sociaux lorsque les régimes sociaux interviennent dans le règlement des sinistres ou lorsque les organismes d'assurances offrent des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux. - les souscripteurs, les assurés, les adhérents et les bénéficiaires des contrats et s'il y a lieu, leurs ayants droit et représentants, - s'il y a lieu les bénéficiaires d'une cession ou d'une subrogation des droits relatifs au contrat, - s'il y a lieu le responsable, les victimes et leurs mandataires ; les témoins, les tiers intéressés à l'exécution du contrat. - s'il y a lieu les juridictions concernées, les arbitres, les médiateurs, - les ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir, - les services chargés du contrôle tels que les commissaires aux comptes et les auditeurs ainsi que les services chargés du contrôle interne.
	<ul style="list-style-type: none"> - les personnes en relation avec la clientèle et les gestionnaires de contrat et de sinistre pour les clients dont ils ont la charge. - les personnes habilitées à prendre la décision de nouer ou de maintenir une relation d'affaires avec une Personne Politiquement Exposée. - les personnels habilités du (ou des) service(s) chargé(s) de la lutte contre le blanchiment - la cellule de renseignement financier Tracfin du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, la Direction générale du Trésor, - les autorités de contrôle compétentes - les autorités de contrôle compétentes d'autres états habilitées
	<ul style="list-style-type: none"> - les personnels habilités du Groupe KLESIA - les sous-traitants, ou les entités du Groupe KLESIA dans le cadre de l'exercice de leurs missions
	<ul style="list-style-type: none"> - les personnes chargées du service marketing, du service commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques - les services chargés du contrôle ; - les sous-traitants et les partenaires - les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les médiateurs.
	<ul style="list-style-type: none"> - les personnels en relation avec la clientèle et les gestionnaires de contrats et de sinistres ; - les autres entités du Groupe KLESIA dès lors qu'elles sont concernées par la fraude ou interviennent dans la gestion des dossiers ou de maîtrise du risque de fraude ; - les personnels habilités en charge de la lutte contre la fraude, de la lutte anti-blanchiment et du contrôle interne ; - les inspecteurs, enquêteurs, experts, et auditeurs ; - le personnel habilité de la direction générale, la direction juridique ou du service du contentieux pour la gestion des contentieux ; - le personnel habilité des sous-traitants. - les autres organismes d'assurance ou intermédiaires intervenant dans le cadre de dossier présentant une fraude, - les organismes sociaux lorsque les régimes sociaux interviennent dans le règlement des sinistres ou lorsque les organismes d'assurances offrent des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux ; - les organismes professionnels intervenant dans le cadre de dossiers présentant une fraude ; - les auxiliaires de justice et officiers ministériels ; - l'autorité judiciaire, médiateur, arbitre saisis d'un litige ; - les organismes tiers autorisés par une disposition légale à obtenir la communication de données à caractère personnel relatives à des précontentieux, contentieux ou condamnations ; - s'il y a lieu les victimes de fraudes ou leurs représentants. - l'autorité judiciaire, médiateur, arbitre saisis d'un litige ; - les organismes tiers autorisés par une disposition légale à obtenir la communication de données à caractère personnel relatives à des précontentieux, contentieux ou condamnations ; - s'il y a lieu les victimes de fraudes ou leurs représentants.
	<ul style="list-style-type: none"> - les personnes habilitées des services marketing et commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques - les services chargés du contrôle - les sous-traitants, les partenaires, les sociétés extérieures - les entités du Groupe KLESIA - les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les arbitres, les médiateurs
	<ul style="list-style-type: none"> - les personnes habilitées des services marketing et commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques - les services chargés du contrôle - les sous-traitants, les partenaires, les sociétés extérieures - les entités du Groupe KLESIA - les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les médiateurs

PROFESSIONNELS
DES MÉTIERS
DU TRANSPORT,
VOUS PASSEZ TOUT
VOTRE TEMPS
À PRENDRE SOIN
DES AUTRES.



ET VOUS ?
QUI PREND SOIN
DE VOUS ?

Complémentaire Santé – Prévoyance – Retraite

C'est parce que nous connaissons si bien les métiers du transport que nous sommes en mesure de vous apporter les solutions les plus adaptées à vos besoins. CARCEPT PREV du groupe KLESIA, au service des métiers du transport.

