

FRAIS DE SANTÉ



NOTICE D'INFORMATION FONGECFA SANTÉ

Version en vigueur au 1^{er} novembre 2025



SOMMAIRE

DÉFINITIONS	4
TITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES	6
Article 1 – Objet et nature du contrat	6
Article 2 – Base légale	6
Article 3 – Contrat responsable	6
Article 4 – Autorité de contrôle de l'Assureur	6
Article 5 – Prescription	6
Article 6 – Fausse déclaration	7
Article 7 – Réclamation et médiation	7
Article 8 – Protection des données personnelles	8
Article 9 – Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme	10
Article 10 – Lutte contre la fraude à l'assurance	10
Article 11 – Communication par voie électronique	10
TITRE II – ADHÉSION	11
Article 12 – Conditions d'adhésion	11
Article 13 – Bénéficiaires	11
Article 14 – Modalités d'adhésion	11
Article 15 – Adhésion au contrat à distance – souscription en ligne	12
Article 16 – Renonciation	13
Article 17 – Date d'effet et durée de votre adhésion	13
Article 18 – Choix et changement de formule	13
Article 19 – Résiliation	13
TITRE III – COTISATIONS	15
Article 20 – Montant des cotisations	15
Article 21 – Paiement des cotisations	15
Article 22 – Révision des cotisations	15
TITRE IV – PRESTATIONS	16
Article 23 – Définition des prestations	16
Article 24 – Montant des prestations	18
Article 25 – Paiement des prestations	19
Article 26 – Bon de prise en charge	19
Article 27 – Tiers payant	19
Article 28 – Modification des prestations	19
Article 29 – Subrogation	19
Article 30 – Contrôle médical	20
Article 31 – Évènements exclus	20
Article 32 – Coordonnées du gestionnaire	20
ANNEXE 1 – DOCUMENTS NÉCESSAIRES AU RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	21
ANNEXE 2 – TABLEAU DES GARANTIES	22

ANNEXE 3 – GRILLE OPTIQUE	26
ANNEXE 4 – PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES	27

DÉFINITIONS

■ 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.

■ Assuré ou adhérent

Personne physique garantie par le contrat qui signe le bulletin d'adhésion et s'engage à payer les cotisations.

■ Ayant droit

Personne bénéficiant des garanties du contrat du chef de l'assuré à condition d'avoir été préalablement affiliée.

■ Base de remboursement

Tarif déterminé par l'Assurance Maladie, pour un acte ou soin, sur lequel intervient le remboursement.

Il s'agit du :

- Tarif de convention lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'Assurance Maladie. Le tarif est déterminé par l'Assurance Maladie et les représentants de la profession ;
- Tarif de responsabilité pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux ;
- Tarif d'autorité lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné.

■ Bénéficiaire

Personne physique percevant la prestation prévue par les garanties du contrat lors de la réalisation du risque.

■ Cotisations

Contribution des assurés versée à l'Assureur en contrepartie de son engagement.

■ Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) et OPTAM-ACO (option pratique tarifaire maîtrisée anesthésie, chirurgie et obstétrique).

■ Dépassement d'honoraires

Différence entre les honoraires du professionnel de santé et la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire. Cette différence n'est jamais remboursée par cette dernière.

■ Franchises médicales

Sommes déduites des remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Ces franchises ne sont pas remboursées par le contrat.

■ Forfait journalier ou hospitalier

Participation de l'assuré aux frais entraînés par l'hospitalisation (hébergement et entretien) dans un établissement de santé. Cette participation n'est pas prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

■ Forfait patient urgences

Participation du patient aux frais liés à son passage aux urgences dans un établissement de santé. Cette participation n'est pas prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

■ Frais réels

Dépense réellement engagée par l'assuré pour un acte médical donné.

■ Garantie

Engagement de l'Assureur, en contrepartie du versement de cotisations convenues d'avance, à verser une prestation à l'occasion de la réalisation d'un risque garanti par le contrat.

■ Honoraires de dispensation

Rémunération du pharmacien d'officine destinée à valoriser la dispensation d'un médicament qui comprend l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, la préparation éventuelle des doses à administrer, les conseils aux patients. Il existe 5 honoraires de dispensation. Selon les cas, la prise en charge de ces honoraires est, soit identique à celle des médicaments auxquels ils se réfèrent, soit fixée à 70 % ou 100 % par l'Assurance Maladie Obligatoire.

■ Honoraire limite de facturation

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire pour un acte donné. Des honoraires limites de facturation (HLF) sont appliqués à certaines prothèses dentaires, dont en particulier celles contenues dans le panier 100 % santé.

■ Maladie

Toute altération de santé constatée par une autorité médicale, ouvrant droit aux prestations d'un régime de Sécurité sociale française.

■ Parcours de soins coordonnés

Circuit que les patients doivent respecter s'ils veulent bénéficier du remboursement maximal de l'Assurance Maladie Obligatoire. Ce circuit doit débuter par la consultation du médecin traitant avant toute consultation de spécialiste, sauf ceux dont l'accès est direct.

■ Prestation

Exécution des garanties par l'Assureur.

■ Prix limite de vente

Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

Les aides auditives et les lunettes retenues dans les paniers 100 % santé ont des prix limite de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les assurés puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

■ Ticket modérateur

Différence entre la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et le montant du remboursement effectué par la Sécurité sociale, déduction faite des éventuelles franchises ou participations applicables. Cette part des frais médicaux est laissée à la charge des assurés ou peut être prise en charge par l'organisme complémentaire.

TITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 – Objet et nature du contrat

FONGECFA SANTÉ est un contrat collectif à adhésion facultative frais de santé souscrit par le Fonds de gestion du Congé de Fin d'Activité (FONGECFA-Transport), association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, située 4, rue Georges Picquart, 75017 Paris, ci-après dénommé « le Souscripteur », auprès de Mutuelle d'assurance CARCEPT Prev, entreprise régie par le code des assurances, société d'assurance mutuelle, immatriculée sous le n° SIREN 784 394 439, située 4, rue Georges Picquart, 75017 Paris, Numéro IDU : FR233042_01GSBS, ci-après dénommée « l'Assureur ».

FONGECFA SANTÉ a pour objet de vous garantir, ainsi qu'à vos ayants droit, le remboursement des frais de santé occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

Vous bénéficiez également d'une garantie d'assistance et de services qui font l'objet d'une documentation spécifique.

Article 2 – Base légale

Le contrat FONGECFA SANTÉ est régi par les dispositions du code des assurances et est exclusivement soumis à la loi française. Le règlement des éventuels litiges liés au présent contrat sera du ressort des tribunaux français.

Article 3 – Contrat responsable

Les garanties sont 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 relatives aux contrats dits « 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), instaurées par l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale, ainsi que la minoration du remboursement appliquée en cas de refus d'un transport partagé prévue par l'article L.322-5 du Code de la Sécurité sociale, laissées à la charge de chaque patient, 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 en vigueur pour les actes cliniques de spécialistes de secteur 1 ;
- l'Assureur respecte les obligations de prise en charge prévues à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale (planchers et plafonds de remboursements de prestations, prise en charge du ticket modérateur et des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés par la réglementation pour les équipements des paniers 100 % santé des équipements optiques, des aides auditives, et des soins prothétiques dentaires).

Article 4 – Autorité de contrôle de l'Assureur

L'Assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4, place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

Article 5 – Prescription

Toutes les actions dérivant du contrat sont prescrites dans un délai de 2 ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, le délai de prescription ne court :

- en cas de réticence, omission ou fausse déclaration, qu'à compter du jour où l'Assureur 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 votre action, celle du bénéficiaire ou de votre ayant droit contre l'Assureur 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 vous, le bénéficiaire ou votre ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Le délai de prescription est interrompu dans les cas suivants :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- la demande en justice, même en référé ;
- l'acte d'exécution forcée ;
- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé soit à vous-même par l'Assureur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit à l'Assureur par vous-même, le bénéficiaire ou vos ayants droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Article 6 – Fausse déclaration

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, la garantie qui vous est accordée est nulle conformément à l'article L.113-8 du code des assurances.

Les cotisations payées demeurent acquises à l'Assureur.

L'omission ou la déclaration inexacte de votre part dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, l'Assureur a le droit de maintenir la garantie moyennant une augmentation de cotisation que vous acceptez ; à défaut d'accord de votre part, l'adhésion prend fin 10 jours après notification par lettre recommandée ; l'Assureur vous restitue la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, 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 7 – Réclamation et médiation

Les demandes de service, de prestations, d'information ou d'avis ne sont pas des réclamations et doivent être transmises au gestionnaire du contrat :

**Centre de gestion
Mutuelle d'assurance CARCEPT Prev
TSA 40000
78457 VELIZY Cedex**

Si vous ou vos ayants droit souhaitez effectuer une réclamation, vous êtes invités, en priorité, à télécharger et compléter le formulaire de réclamation disponible dans votre espace client ou sur <https://www.carcept-prev.fr/reclamation/> et à le renvoyer par courrier à l'adresse indiquée sur le site internet, selon le motif de la réclamation.

A défaut, vous pouvez également transmettre votre réclamation sur papier libre aux mêmes adresses.

L'Assureur ou son délégataire s'engage à :

- accuser réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation, si une réponse ne peut pas être apportée dans ce délai ;
- répondre par écrit à la réclamation dans un délai maximal de 2 mois à compter de son envoi.

Si la réponse ne vous satisfait pas, ou en l'absence de réponse dans un délai de 2 mois, vous pouvez saisir le médiateur de la protection sociale dans le délai maximal d'un an à compter de la réclamation écrite :

- par courrier à l'adresse suivante :

**Médiateur de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09**

- sur le site internet : <http://www.mediation-assurance.org>/je saisir le médiateur

La proposition de solution du médiateur ne lie pas les parties, qui sont libres de l'accepter ou pas.

Si vous demeurez insatisfait, vous conservez la possibilité de saisir le tribunal compétent, pour contester la position de l'Assureur.

Article 8 – Protection des données personnelles

Dans le cadre de la relation contractuelle qui vous lie à l'Assureur, des données personnelles vous concernant sont collectées par Mutuelle d'assurance 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 l'adhésion au contrat ou au respect de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. À défaut de fourniture des données obligatoires, Mutuelle d'assurance CARCEPT Prev sera dans l'impossibilité de traiter vos demandes.

■ 8.1 – Les finalités de la collecte de vos données personnelles

Dans le cadre de l'exécution de votre adhésion au contrat d'assurance, les données personnelles que collecte Mutuelle d'assurance CARCEPT Prev 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 d'assurance 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 la 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.

■ 8.2 – Le traitement de vos données de santé

Le traitement de vos données de santé par Mutuelle d'assurance CARCEPT Prev est soumis à votre consentement. Néanmoins, votre adhésion au contrat d'assurance vaut recueil du consentement pour le traitement de vos données de santé à des fins de gestion de votre adhésion 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 d'assurance CARCEPT Prev et leurs services médicaux ainsi qu'aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement.

■ 8.3 – Les décisions automatisées et le profilage

Dans certains cas, Mutuelle d'assurance 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 d'assurance CARCEPT Prev vous informera spécifiquement et vous permettra de contester une décision automatisée prise à votre égard.

■ 8.4 – Les destinataires de vos données personnelles

Dans le cadre des traitements de Mutuelle d'assurance CARCEPT Prev, vos données peuvent être transmises à différents destinataires listés dans le tableau en annexe.

■ 8.5 – Le transfert de vos données personnelles hors de l'Union Européenne

Mutuelle d'assurance CARCEPT Prev traite les 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, Mutuelle d'assurance CARCEPT Prev vous en informerait spécifiquement en précisant les garanties mises en place permettant la protection de vos données personnelles.

■ 8.6 – 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 dans le tableau en annexe.

■ 8.7 – 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 Mutuelle d'assurance CARCEPT Prev traite 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 Mutuelle d'assurance CARCEPT Prev vous remercie 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 via le site www.bloctel.gouv.fr ou par courrier à : Société Opposetel – Service Bloctel – 6 rue Nicolas Siret – 10000 Troyes. 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 d'assurance CARCEPT Prev.

■ 8.8 – L'exercice de vos droits auprès de Mutuelle d'assurance CARCEPT Prev

Ces droits peuvent être exercés par vous-même 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 d'assurance CARCEPT Prev, vous pouvez contacter le 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.

■ 8.9 – 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 <https://cnil.fr>

Article 9 – Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux, pour tous les versements effectués, vous attestez que ces versements ne proviennent pas d'opérations constitutives d'une infraction à la loi. L'Assureur se réserve le droit de vous demander tout justificatif sur l'origine des versements conformément aux articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

Article 10 – Lutte contre la fraude à l'assurance

L'Assureur peut utiliser vos données personnelles à des fins de lutte contre la fraude à l'assurance. Ce traitement peut entraîner une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Article 11 – Communication par voie électronique

Conformément aux dispositions des articles 1366 et 1367 du Code civil, les courriels et les documents électroniques échangés entre vous et l'Assureur et/ou le déléataire de gestion sont considérés comme étant équivalents à des documents écrits.

L'ensemble des parties reconnaît la valeur probante des courriels et des documents électroniques.

Cette disposition ne fait pas obstacle à la fourniture des documents originaux éventuellement nécessaires à l'Assureur pour le paiement des prestations, ainsi qu'au respect des dispositions des articles L.113-12 et L.113-15-2 du Code des assurances relatives aux modalités de résiliation de l'adhésion au contrat.

TITRE II – ADHÉSION

Article 12 – Conditions d'adhésion

L'adhésion au contrat est réservée aux personnes :

- domiciliées en France métropolitaine,
- qui relèvent d'un régime obligatoire de Sécurité sociale française,
- et qui sont bénéficiaires de l'allocation de congé de fin d'activité versée par le FONGECFA-Transport.

Article 13 – Bénéficiaires

Vous pouvez faire bénéficier vos ayants droit, tels que définis ci-dessous, du contrat :

- votre conjoint, concubin ou partenaire 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 finissent leur cycle secondaire, poursuivent leurs études supérieures ou s'ils sont atteints d'un handicap les empêchant de se livrer à une quelconque activité rémunérée.

■ *Ajout d'un ayant droit*

Au cours de l'adhésion, vous pouvez ajouter un bénéficiaire si ce dernier correspond à la définition des ayants droit ci-dessus.

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 l'Assureur.

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 2 mois après cette date ; passé ce délai, elle prendra effet le jour de réception de la demande par l'Assureur.

■ *Radiation d'un ayant droit*

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

Article 14 – Modalités d'adhésion

L'adhésion au contrat ne requiert aucune formalité médicale.

Vous complétez la demande d'adhésion au contrat, choisissez une des 5 formules proposées et précisez, le cas échéant, les personnes à assurer.

Vous joignez à votre demande :

- les pièces nécessaires au paiement de vos cotisations et au remboursement de vos prestations (RIB, mandat de prélèvement SEPA) ;
- une copie d'une pièce d'identité officielle en cours de validité comportant votre photographie ;
- une copie de votre attestation Vitale et de celle(s) de chaque personne bénéficiaire ;
- un justificatif du versement de l'allocation de Congé de Fin d'Activité ;
- un mandat de résiliation de votre contrat actuel, le cas échéant ;
- le devoir de conseil signé ;
- le cas échéant, un certificat de radiation à la garantie frais de santé précédemment souscrite pour ne pas vous voir appliquer le délai de carence.

Pour justifier de la qualité de bénéficiaire, doivent également être fournis :

- pour l'époux (se) : une copie du livret de famille ;
- pour le partenaire de PACS : un extrait d'acte de naissance mentionnant le PACS ;
- pour le concubin : un décompte de Sécurité sociale ou tout autre justificatif de domicile commun ;
- pour les enfants à charge : un certificat de scolarité ou une copie de la carte d'invalidité civil ou de la carte mobilité inclusion.

Après acceptation de l'adhésion par l'Assureur, vous recevrez un certificat d'adhésion sur lequel figurent :

- le nom de la formule choisie ;
- les personnes assurées ;
- la date d'effet de l'adhésion ;
- le montant de la cotisation ;
- le mode de paiement et la périodicité de paiement de la cotisation.

Tout changement de nom, de situation de famille, d'adresse, de compte bancaire ou de centre de Sécurité sociale doit être signalé à l'Assureur.

Article 15 – Adhésion au contrat à distance – souscription en ligne

Lorsque vous choisissez de signer la demande d'adhésion sous format électronique, vous avez au préalable :

- communiqué votre adresse de courrier électronique valide et un numéro de téléphone mobile personnel qui vous permet de manifester votre consentement à l'adhésion au contrat dans les conditions et limites définis par celui-ci,
- pris connaissance de tous les documents mis à disposition avec la demande d'adhésion (documents d'informations sur le produit d'assurance), rempli avec exactitude et sans omission la demande d'adhésion.

La signature électronique de la demande d'adhésion s'effectue sur un espace internet dédié et sécurisé afin de garantir la confidentialité des données.

L'adhésion au contrat devient effective après la saisie d'un code confidentiel transmis via le numéro de téléphone portable que vous avez communiqué.

Dès la validation de l'adhésion au contrat, un courrier électronique comportant notamment la demande d'adhésion signée et la notice d'information vous est adressé.

Vous pouvez également accéder aux documents contractuels que vous pouvez consulter, télécharger ou imprimer directement en ligne et vous disposez aussi de la faculté d'obtenir une copie papier ou numérique de votre adhésion en vous adressant à l'Assureur.

Toutes les conséquences directes ou indirectes résultant de l'envoi d'informations ou de documents à une adresse mail erronée ou modifiée sans en avoir avisé l'Assureur relève de votre seule responsabilité.

■ Convention de preuve

Vous reconnaissiez, sauf preuve contraire que vous pouvez rapporter par tous moyens, que :

- l'adresse mail que vous avez communiquée vous appartient et vous identifie personnellement,
- la validation de l'adhésion au contrat dans l'espace internet dédié, dont l'adresse a été envoyée à votre adresse mail personnelle au moyen du code confidentiel envoyé par l'Assureur sur votre téléphone portable, vaut expression de votre consentement à l'adhésion au contrat,
- le courrier électronique et ses pièces jointes, confirmant la validation par Internet de l'adhésion au contrat, adressé par l'Assureur, font foi entre les parties,
- les procédés mis en place par l'Assureur, ou ses prestataires, pour assurer l'intégrité et la conservation des documents font foi entre les parties.

Article 16 – Renonciation

Vous pouvez renoncer à votre adhésion dans un délai de 30 jours calendaires révolus, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :

- A compter du jour où vous êtes informé que l'adhésion a pris effet ou du jour où vous recevez les conditions d'adhésion et les informations conformément à l'article L.222-6 du code de la consommation si cette dernière date est postérieure à la date à laquelle vous avez été informée que l'adhésion a pris effet en cas de vente à distance ;
- A compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion en cas de démarchage à domicile.

Vous pouvez exercer ce droit par lettre ou tout autre support durable, déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Assureur ou communication à distance lorsque l'organisme le propose pour la souscription, dans les termes suivants :

« Je soussigné(e), (NOM, Prénom), déclare renoncer à mon adhésion au contrat FONGECFA SANTÉ et demande le remboursement des cotisations versées.

Le (date) (signature) »

La renonciation entraîne la restitution de l'intégralité des cotisations par l'Assureur dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée. En cas de versement de prestations entre la date d'adhésion et la renonciation, vous vous engagez à rembourser ces sommes à l'Assureur.

Article 17 – Date d'effet et durée de votre adhésion

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

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

Votre adhésion dure aussi longtemps que vous payez les cotisations, sous réserve des cas de résiliation prévus à l'article 19.

Article 18 – Choix et changement de formule

Lors de votre adhésion, vous pouvez choisir une formule parmi les 5 proposées : Eco, F100, F150, F200 et F250. L'adhésion à la formule choisie est valable pour une durée minimale d'un an.

A l'issue de la première année d'adhésion, vous pouvez changer de formule au 1^{er} janvier de chaque année.

Vous recevez un nouveau certificat d'adhésion.

Article 19 – Résiliation

■ À votre initiative

Vous pouvez résilier votre adhésion par l'un des moyens suivants :

- lettre ou tout autre support durable ;
- déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Assureur ;
- acte extrajudiciaire ;
- communication à distance lorsque l'organisme le propose pour la souscription.

Cette résiliation peut intervenir :

- **à l'échéance du contrat**, au moins 2 mois avant l'échéance fixée au 31 décembre ;
- **après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription**, à tout moment. L'Assureur doit accuser réception par écrit de la résiliation de l'adhésion en vous précisant sa date d'effet. Celle-ci sera effective un mois après réception par l'Assureur de votre notification ;
- **si vous refusez la modification du contrat par l'Assureur** dans un délai d'un mois suivant la proposition de modification. La résiliation prend effet à la date d'entrée en vigueur de la modification.

■ *À l'initiative de l'Assureur*

L'Assureur peut résilier votre adhésion :

- 40 jours après l'envoi d'une lettre recommandée restée sans effet, conformément aux dispositions de l'article 21, en cas de non-paiement des cotisations ;
- dans le délai de 3 mois, par lettre recommandée avec avis de réception, suivant la survenance d'un des événements ci-dessous lorsque votre adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle :
 - changement de domicile,
 - changement de situation matrimoniale,
 - changement de régime matrimonial,
 - changement de profession,
 - retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

La résiliation prendra alors effet un mois après la réception de la notification.

■ *Résiliation de plein droit*

Votre adhésion prend fin à votre décès. Vos ayants droit cessent de bénéficier des garanties à cette date. Toutefois, il pourra leur être proposé un nouveau contrat, en fonction de leurs besoins.

TITRE III – COTISATIONS

Article 20 – Montant des cotisations

Les cotisations sont fixées, pour chaque exercice civil, en fonction :

- de votre régime obligatoire de Sécurité sociale,
- de votre âge, calculé par différence de millésimes entre l'année considérée et votre année de naissance,
- de l'attribution d'une participation financière,
- de la qualité de conjoint ou d'enfant à charge pour vos ayants droit ainsi que de l'âge pour votre conjoint, calculé par différence de millésimes entre l'année considérée et son année de naissance.

En fonction de votre situation, une participation financière peut vous être attribuée. Cette participation sera réexaminée chaque année et viendra en déduction de votre cotisation. Cette participation cesse à la fin du congé de fin d'activité.

Les cotisations peuvent évoluer chaque année, en fonction des comptes techniques et de leur évolution prévisible, par accord entre le Souscripteur et l'Assureur, constaté par avenant au contrat.

Les avenants s'appliquent à toutes les cotisations dues à partir de leurs dates d'effet.

Article 21 – Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables d'avance, au plus tard le 10 du mois d'échéance de la cotisation, soit par prélèvement bancaire mensuel ou trimestriel soit par chèque.

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

Vous devez vous acquitter de votre cotisation dans les 10 jours de son échéance, sous peine d'exclusion de l'Assureur. 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 10 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 la cotisation entraîne la résiliation de votre adhésion.

Cette résiliation ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations qui ont été versées antérieurement.

Article 22 – Révision des cotisations

Les taux de cotisation sont réexaminés par l'Assureur en fin d'année et peuvent être modifiés en fonction de l'équilibre du contrat.

L'Assureur peut également réviser les taux en cours d'année en cas de modifications législatives ou réglementaires ayant une incidence sur le contrat.

L'évolution de taux doit vous être notifiée avant son entrée en vigueur. A cet effet, un échéancier vous sera adressé.

En cas de refus des taux révisés, vous pouvez résilier votre adhésion par lettre ou tout autre support durable, déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Assureur ou communication à distance lorsque l'organisme le propose pour la souscription au contrat dans le délai d'un mois à compter de la remise de l'échéancier.

Cette résiliation prendra effet à la date d'entrée en vigueur des nouveaux taux.

À défaut, vous êtes réputé avoir accepté la révision des taux.

TITRE IV – PRESTATIONS

Article 23 – Définition des prestations

L'Assureur complète les prestations en nature versées par la Sécurité sociale française en remboursement des frais de santé engagés par vous et par vos éventuels ayants droit, selon les garanties souscrites définies au certificat d'adhésion et dans la limite des frais réellement engagés.

Certains frais de santé non remboursés par la Sécurité sociale peuvent donner lieu à une prise en charge par l'Assureur, selon la formule choisie et selon les dispositions du certificat d'adhésion.

Concernant les prestations ci-dessous, il est fait application de dispositions spécifiques :

Soins courants

Le montant des prestations est minoré et plafonné lorsque le médecin consulté n'est pas adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

La garantie prévoit la prise en charge du ticket modérateur des honoraires de dispensation.

Elle couvre aussi la prise en charge du ticket modérateur des séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues partenaires dans le cadre du dispositif « Mon soutien psy » lorsqu'elles sont remboursées par la Sécurité sociale.

Hospitalisation

Les garanties s'appliquent aux hospitalisations ayant pour but un traitement médical ou chirurgical.

Le forfait hospitalier est pris en charge, à l'exception de celui facturé par les établissements sociaux et médico-sociaux, sans limitation de durée.

La participation forfaitaire sur les « actes lourds » et le forfait patient urgences sont intégralement remboursés.

Pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale

Seuls les produits prescrits par un professionnel de santé habilité à prescrire sont pris en charge au titre du forfait éventuellement prévu par votre garantie.

Optique

Il existe 2 classes de verres et de montures : classe A (équipement 100 % santé tel que défini réglementairement, avec un reste à charge nul) et classe B (équipement avec des prix libres). Avant toute délivrance, l'opticien doit établir un devis mentionnant au moins un équipement sans reste à charge (composé d'une monture classe A et de 2 verres classe A).

Équipement 100 % santé tel que défini réglementairement (classe A)

La garantie prévoit le remboursement intégral du ticket modérateur et des frais exposés au-delà du tarif de responsabilité, dans la limite des prix limites de vente. Avec le remboursement de la Sécurité sociale, elle permet la prise en charge intégrale de l'équipement, sans reste à charge pour vous.

Cette prise en charge concerne :

- les verres et la monture
- la prestation d'appairage (pour les verres aux indices de réfraction différents)
- le supplément applicable pour les verres avec filtres.

Équipement optique prix libres (classe B)

La garantie prévoit le remboursement d'un équipement complet (verres et monture), sous forme d'un forfait qui respecte les planchers et plafonds de remboursement prévus par la réglementation selon le type de verres et qui inclut le remboursement de la Sécurité sociale.

Équipement mixte classes A et B

Le ticket modérateur et les frais exposés au-delà du tarif de responsabilité des éléments de l'équipement de classe A sont pris en charge intégralement dans la limite des PLV. Les éléments de l'équipement de classe B sont pris en charge selon la garantie prévue pour l'équipement de classe B, sous déduction de la prise en charge des éléments de la classe A.

Prise en charge dérogatoire de 2 équipements

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin avec une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et pour ceux ayant une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique, la garantie peut prendre en charge 2 équipements de correction différente uniquement si l'ophtalmologiste mentionne ces cas particuliers sur l'ordonnance.

Prestation d'adaptation

Cette garantie prévoit le remboursement d'une prestation qui correspond à l'adaptation de la prescription médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien d'une ordonnance pour des verres de classe A ou B.

Périodicité de prise en charge

Les garanties (classes A et B) sont applicables aux frais engendrés pour l'acquisition d'un équipement optique comportant une monture et 2 verres, par période :

- de 2 ans, pour les plus de 16 ans,
- d'un an, pour les moins de 16 ans,
- de 6 mois pour les enfants de moins de 6 ans uniquement dans le cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Cette périodicité s'apprécie à la date de facturation de l'équipement. Elle ne s'applique pas aux cas de renouvellement anticipé prévus par la réglementation.

Conditions de renouvellement anticipé

Un renouvellement anticipé de l'équipement est possible dans les cas de dégradation des performances oculaires strictement définis par la Liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie (LPP), justifiés par une nouvelle prescription médicale (ou par une adaptation de la prescription initiale par l'opticien, uniquement pour les plus de 16 ans) :

- pour les plus de 16 ans, au terme d'une période minimale d'un an ;
- pour les moins de 16 ans, sans délai, uniquement pour les verres.

Un renouvellement anticipé des verres est possible en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies à la LPP (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique ou une pathologie générale) sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique mentionnant ces cas particuliers, sans délai.

Dentaire

Les prothèses dentaires sont réparties dans 3 paniers de soins : un panier à reste à charge nul (soins et prothèses 100 % santé tels que définis réglementairement), un panier à reste à charge maîtrisé via des honoraires plafonnés et un panier à honoraires libres.

Avant tout traitement, le chirurgien-dentiste doit vous remettre un devis écrit mentionnant une description détaillée du traitement et des matériaux utilisés, le montant des honoraires relatifs au traitement proposé que le traitement soit remboursable ou non et le montant de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Soins et prothèses du panier 100 % santé tels que définis réglementairement

La garantie prévoit le remboursement intégral du ticket modérateur et des dépassements d'honoraires des actes prothétiques, dans la limite des honoraires limites de facturation. Avec le remboursement de la Sécurité sociale, elle permet la prise en charge intégrale des soins et prothèses, sans reste à charge pour vous.

Actes prothétiques du panier à honoraires maîtrisés

La garantie est exprimée dans la limite des honoraires limites de facturation prévus par la réglementation.

Actes prothétiques du panier à honoraires libres

Les prothèses qui n'entrent pas dans le panier 100 % santé ou dans le panier à honoraires maîtrisés sont remboursées à hauteur de la garantie prévue au certificat d'adhésion.

Plafond dentaire

Votre garantie prévoit un plafond dentaire de 2 500 € par an et par bénéficiaire. Ce plafond correspond au montant maximum qui sera remboursé chaque année civile pour les dépenses de prothèses dentaires et d'implant et ne concerne que les actes compris dans les paniers à honoraires maîtrisés et libres. En cas d'atteinte du plafond, la garantie prendra en charge le ticket modérateur.

Parodontologie

Le forfait éventuellement prévu couvre les actes de parodontologie remboursée ou non par la Sécurité sociale.

Orthodontie remboursée

Le remboursement est limité à 6 semestres plus 2 ans de contention.

Aides auditives

Les aides auditives sont classées en 2 groupes, classe I et classe II, selon leurs caractéristiques techniques (en fonction de la présence et du nombre d'options). Les aides auditives de la classe I correspondent à l'équipement 100 % santé et sont sans reste à charge pour vous ; celles de la classe II sont à prix libres.

Avant toute délivrance, l'audioprothésiste doit établir un devis mentionnant au moins un équipement sans reste à charge (classe I). Ce devis doit faire apparaître de façon distincte le prix de l'appareil électronique correcteur de surdité proposé ainsi que la nature et le prix des prestations d'adaptation indissociables de l'appareil, nécessaires à son adaptation initiale et à son suivi périodique.

Équipement 100 % santé tel que défini réglementairement (classe I)

La garantie prévoit le remboursement intégral du ticket modérateur et des frais exposés au-delà du tarif de responsabilité, dans la limite des prix limites de vente. Avec le remboursement de la Sécurité sociale, elle permet la prise en charge intégrale de l'équipement, sans reste à charge pour vous.

Aides auditives à prix libres (classe II)

La garantie respecte le plafond de prise en charge prévue par la réglementation (1700 euros par appareil y compris le remboursement de la Sécurité sociale).

Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles et des accessoires.

Piles et accessoires

Les piles et autres accessoires prescrits sont pris en charge à hauteur de la garantie prévue au certificat d'adhésion, sur présentation des justificatifs de dépenses.

Périodicité de prise en charge

Les garanties (classes I et II) sont applicables aux frais engendrés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans. Cette périodicité s'apprécie à la date de facturation de l'équipement.

Frais engagés à l'étranger

Les frais engagés à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge par la Sécurité sociale française, dans les limites du certificat d'adhésion.

Les actes hors nomenclature, non remboursés par la Sécurité sociale française, réalisés à l'étranger, ne sont jamais remboursés.

Assistance et services

En complément des garanties frais de santé souscrites auprès de l'Assureur, vous bénéficiez de garanties d'assistance et de services. Des documents définissant les prestations et leurs modalités de leur mise en œuvre sont mis à votre disposition.

Article 24 – Montant des prestations

Le montant des prestations pour chaque acte est défini au certificat d'adhésion.

La base de remboursement est celle du régime général de la Sécurité.

Les prestations versées par l'Assureur sont calculées sous déduction des prises en charge de la Sécurité sociale et, le cas échéant, de celles d'un autre organisme assureur, dans la limite des frais réels engagés.

En tout état de cause, le remboursement est toujours limité aux frais réels.

Délai de carence

Si vous ne pouvez pas fournir 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, un délai de carence sera appliqué sur certaines prestations pendant les 6 premiers mois qui suivent votre adhésion :

- le remboursement des frais de séjour, d'hospitalisation (honoraires), 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.

Cette restriction ne s'applique pas aux équipements optiques, auditifs et dentaires qui font partie des paniers 100 % santé ni à la prise en charge obligatoire du ticket modérateur.

Article 25 – Paiement des prestations

Le paiement des prestations intervient généralement dans les 8 jours ouvrés qui suivent la réception de l'ensemble des pièces requises pour l'ouverture des droits. Ce paiement est effectué par virement sur votre compte bancaire. Toutefois, ce délai peut être plus long si des renseignements complémentaires sont nécessaires au traitement du dossier.

Vous pouvez bénéficier du système de télétransmission NOEMIE (Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs) pour simplifier les démarches administratives et accélérer le remboursement. Si vous ne souhaitez pas bénéficier de ce système, vous devez le notifier par écrit à l'Assureur. Vous devrez alors transmettre les décomptes de la Sécurité sociale à l'Assureur pour obtenir le remboursement des dépenses engagées.

Article 26 – Bon de prise en charge

En cas d'hospitalisation en établissement conventionné, l'Assureur peut délivrer une prise en charge hospitalière. Dans ce cas, l'Assureur règle directement à l'établissement hospitalier le complément de frais restant à votre charge, à l'exclusion des frais accessoires, des soins externes, des cures thermales, des frais de transport et de maternité, et, le cas échéant, de tout dépassement d'honoraires. Pour cela, vous devez faire une demande auprès de l'Assureur en indiquant le bénéficiaire concerné, le nom et l'adresse de l'établissement ainsi que la date d'entrée.

Article 27 – Tiers payant

En application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, vous pouvez bénéficier du tiers payant pour l'ensemble des prestations, au moins à hauteur du ticket modérateur et à hauteur des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés par la réglementation, pour les équipements optiques, les aides auditives et les soins prothétiques dentaires compris dans les paniers 100 % santé.

A réception de la carte permettant de bénéficier du tiers payant, vous devez vérifier l'exactitude des informations. Lors de la résiliation de votre adhésion ou de la cessation de l'affiliation de l'un de vos bénéficiaires, cette carte n'est plus valable et ne doit plus être utilisée. A défaut, vous serez redevable des prestations indûment versées.

Article 28 – Modification des prestations

L'Assureur peut modifier les prestations en cas de modifications législatives ou réglementaires.

Ces modifications doivent vous être notifiées avant leur entrée en vigueur.

Vous pouvez refuser ces modifications et résilier votre adhésion au contrat dans un délai d'un mois à compter de la notification. La résiliation prendra effet à la date d'entrée en vigueur des nouvelles garanties.

Article 29 – Subrogation

L'Assureur est subrogé à vous-même ou à vos ayants droit victime d'un accident dans leur action contre le tiers responsable pour le sinistre pris en charge, dans la limite des prestations versées.

Article 30 – Contrôle médical

L'Assureur se réserve le droit de vous faire examiner par un médecin qu'elle mandate à cet effet afin de pouvoir constater la nécessité et la réalité des soins. En conséquence, l'Assureur peut procéder, indépendamment de votre prise en charge par la Sécurité sociale obligatoire ou de tout autre organisme, à la suspension voire la suppression des prestations dès l'initiation du contrôle médical.

Si vous contestez les conclusions du médecin mandaté par l'Assureur relatives à votre état de santé, vous pouvez vous faire assister de votre médecin traitant lors d'un entretien amiable avec le médecin conseil.

À défaut d'accord entre les 2 médecins sur la nécessité ou la réalité des soins, les parties désignent d'un commun accord un médecin tiers, dans un délai d'un mois.

En cas de désaccord sur la désignation de ce médecin tiers, la partie la plus diligente dépose une requête auprès du Président du tribunal judiciaire du ressort de l'Assureur. L'avis de ce médecin tiers s'impose aux parties.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin et les honoraires du médecin tiers sont répartis à parts égales entre les parties.

Article 31 – Évènements exclus

Sauf dispositions spécifiques prévues au tableau de garanties figurant en annexe, ne donnent pas lieu à garantie et n'entraînent aucun paiement par l'Assureur :

- **les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale,**
- **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 32 – Coordonnées du gestionnaire

Pour toute information, vous pouvez contacter l'Assureur à l'adresse suivante :

**Centre de gestion
Mutuelle d'assurance CARCEPT Prev
TSA 40000
78457 VELIZY Cedex
01 53 38 18 78
carceptaccident@igestion-gd.fr**

ANNEXE 1 – DOCUMENTS NÉCESSAIRES AU RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les documents justificatifs à fournir pour le paiement des prestations sont ceux prévus dans le tableau ci-dessous. Vous devez également transmettre, le cas échéant, les décomptes établis par tout autre organisme d'assurance complémentaire santé. Toutefois, l'Assureur peut vous demander d'autres pièces justificatives destinées à compléter le dossier.

Nature des frais	Pièces justificatives
Médecine courante <ul style="list-style-type: none"> Consultation généraliste Consultation ou acte de spécialiste Analyses et examens de laboratoire Auxiliaire médical 	<ul style="list-style-type: none"> Décomptes originaux de la Sécurité sociale Les factures originales acquittées mentionnant les frais engagés au titre des dépassements d'honoraires
Hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> Originaux des factures acquittées établies par l'établissement hospitalier, mentionnant les frais engagés, la participation de la Sécurité sociale ainsi que, le cas échéant, la codification de l'acte opératoire Le reçu du ticket modérateur indiquant la nature des soins
Cures thermales	<ul style="list-style-type: none"> Décompte original de la Sécurité sociale Les factures détaillées mentionnant les frais d'hébergement, de transports, de soins et d'honoraires des médecins.
Prothèses dentaires	<ul style="list-style-type: none"> Original de la facture détaillée acquittée précisant la codification des travaux effectués Décompte original de la Sécurité sociale
Orthodontie	<ul style="list-style-type: none"> Facture détaillée précisant le semestre de traitement concerné ainsi que les dates de début et fin de semestre. Notification éventuelle de refus de prise en charge par la Sécurité sociale
Parodontologie et implants	<ul style="list-style-type: none"> Facture originale détaillée et acquittée mentionnant la nature des actes pratiqués
Optique	<ul style="list-style-type: none"> Facture détaillée de l'opticien mentionnant les frais réellement engagés pour les verres et les montures (facturés distinctement), et prescription médicale datant de moins de : <ul style="list-style-type: none"> 1 an pour les patients âgés de moins de 16 ans 5 ans pour les patients âgés de 16 à 42 ans 3 ans pour les patients âgés de plus de 42 ans. Facture détaillée de l'opticien mentionnant les frais réellement engagés pour les lentilles de contact correctrices, et prescription médicale datant de moins de : <ul style="list-style-type: none"> 1 an, pour les patients âgés de moins de 16 ans 3 ans, pour les patients âgés de 16 ans et plus. En cas de renouvellement des verres correcteurs par l'opticien et sauf opposition du médecin prescripteur : <ul style="list-style-type: none"> Prescription médicale initiale Prescription médicale initiale mentionnant la correction réalisée par l'opticien lors du renouvellement.
Chirurgie réfractive	<ul style="list-style-type: none"> Facture détaillée et acquittée mentionnant l'acte et les frais engagés
Médecine douce (seules les séances auprès de professionnels diplômés dans la spécialité peuvent être remboursées)	<ul style="list-style-type: none"> Facture détaillée et acquittée mentionnant l'acte et les frais engagés et faisant apparaître la qualification nécessaire du praticien
Pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none"> Prescription médicale Facture originale détaillée et acquittée
Actes non pris en charge par la Sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none"> Le cas échéant, photocopie des notifications de refus de prise en charge par l'Assurance Maladie Facture originale détaillée et acquittée

ANNEXE 2 – TABLEAU DES GARANTIES

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. Le remboursement est limité 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) prévus réglementairement hors parcours de soins coordonnés.

	ECO	DYNAMIQUES				
		F100	F150	F200	F250	
SOINS COURANTS						
HONORAIRES MÉDICAUX (y.c. téléconsultation remboursée par la Sécurité sociale)						
Consultations et visites						
• Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR 100 % BR	100 % BR 100 % BR	150 % BR 130 % BR	200 % BR 180 % BR	250 % BR 200 % BR	
• Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée						
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté)						
• Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR 100 % BR	100 % BR 100 % BR	150 % BR 130 % BR	200 % BR 180 % BR	250 % BR 200 % BR	
• Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée						
HONORAIRES PARAMÉDICAUX						
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, ...)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
ACTES D'IMAGERIE (radiologie, échographie...)						
• Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
• Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE						
	100 % BR	100 % BR	125 % BR	175 % BR	200 % BR	
MÉDICAMENTS						
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
MATÉRIEL MÉDICAL inscrit à la Liste des Produits et Prestations (LPP)						
Matériel médical remboursé par la Sécurité sociale (hors aide auditive et prothèse dentaire) - lits médicaux, accessoires, ... ¹	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 150 € par an et par bénéficiaire	100 % BR + 200 € par an et par bénéficiaire	100 % BR + 250 € par an et par bénéficiaire	
AUTRES SOINS COURANTS						
Séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues, remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
HOSPITALISATION						
HONORAIRES						
• Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	100 % BR	150 % BR	225 % BR	300 % BR	
• Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	100 % BR	130 % BR	200 % BR	200 % BR	

	ECO	DYNAMIQUES			
		F100	F150	F200	F250
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	Prise en charge intégrale				
FRAIS DE SÉJOUR²	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR
AUTRES PRESTATIONS					
Chambre particulière par jour (hors psychiatrie)	-	25 €	36 €	53 €	71 €
Frais d'accompagnant pour enfant (moins de 12 ans) et pour adulte (plus de 65 ans) par jour (limité à 15 jours par an)	-	16 €	20 €	25 €	30 €
FORFAIT ACTES LOURDS ET FORFAIT PATIENT URGENCES	Prise en charge intégrale				
DENTAIRE					
SOINS					
Soins dentaires (ex : suivi, traitement de carie, détartrage, ...)	100 % BR				
SOINS ET PROTHÈSES « 100 % SANTÉ » *					
Soins et prothèses « 100 % Santé » *	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation
PROTHÈSES					
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires maîtrisés	100 % BR dans la limite des honoraires limites de facturation	150 % BR dans la limite des honoraires limites de facturation	200 % BR dans la limite des honoraires limites de facturation	275 % BR dans la limite des honoraires limites de facturation	350 % BR dans la limite des honoraires limites de facturation
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires libres	100 % BR	150 % BR	200 % BR	275 % BR	350 % BR
AUTRES ACTES DENTAIRES NON REMBOURSÉS PAR LA SS					
Parodontologie - Forfait / an / bénéficiaire ¹	-	100 €	150 €	250 €	350 €
Implantologie (pilier et implant) - Forfait / an / bénéficiaire ¹	-	-	150 €	250 €	350 €
ORTHODONTIE					
Orthodontie remboursée par la SS	100 % BR	150 % BR	200 % BR	275 % BR	350 % BR
PLAFOND DENTAIRE par an par bénéficiaire : Prothèses dentaires et implantologie (hors soins et prothèses « 100 % Santé »)	Limité à 2500 € par an et par bénéficiaire. Au-delà, prise en charge au TM pour les prothèses prises en charge par la Sécurité sociale.	Limité à 2500 € par an et par bénéficiaire. Au-delà, prise en charge au TM pour les prothèses prises en charge par la Sécurité sociale.	Limité à 2500 € par an et par bénéficiaire. Au-delà, prise en charge au TM pour les prothèses prises en charge par la Sécurité sociale.	Limité à 2500 € par an et par bénéficiaire. Au-delà, prise en charge au TM pour les prothèses prises en charge par la Sécurité sociale.	Limité à 2500 € par an et par bénéficiaire. Au-delà, prise en charge au TM pour les prothèses prises en charge par la Sécurité sociale.
OPTIQUE – Limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions contractuelles.					
ÉQUIPEMENT « 100 % SANTÉ » *					
Monture + 2 verres de tous types (Classe A)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente

	ECO	DYNAMIQUES			
		F100	F150	F200	F250
ÉQUIPEMENT OPTIQUE – PRIX LIBRES (CLASSE B)					
A – Équipement composé de deux verres « simples »	100 % BR	100 €	175 €	220 €	270 €
B – Équipement mixte composé d'un verre « simple » (A) et d'un verre « complexe » (C)	100 % BR	175 €	250 €	320 €	410 €
C – Équipement composé de deux verres « complexes »	100 % BR	250 €	325 €	420 €	550 €
D – Équipement avec un verre « simple » (A) et un verre « très complexe » (F)	100 % BR	175 €	250 €	320 €	410 €
E – Équipement avec un verre « complexe » (C) et un verre « très complexe » (F)	100 % BR	250 €	325 €	420 €	550 €
F – Équipement avec deux verres « très complexes »	100 % BR	250 €	325 €	420 €	550 €
Dont Monture	100 % BR	50 €	65 €	80 €	100 €
PRESTATION D'ADAPTATION					
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe B, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
LENTILLES					
Lentilles correctrices remboursées ou non par la SS (y compris jetables) / an / bénéficiaire ¹	100 % BR	100 % BR + 50 €	100 % BR + 75 €	100 % BR + 115 €	100 % BR + 150 €
CHIRURGIE RÉFRACTIVE					
Chirurgie de la vision / œil / bénéficiaire	-	-	200 €	250 €	300 €
AIDE AUDITIVE – Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille					
ÉQUIPEMENT « 100 % SANTÉ » *					
Aide auditive remboursée par la SS (Classe I)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
AIDE AUDITIVE – PRIX LIBRES (CLASSE II) – La prise en charge est limitée à 1700 € par aide auditive, y compris remboursement SS					
Aide auditive remboursée par la SS	100 % BR + 80 € / appareil	100 % BR + 250 € / appareil	100 % BR + 350 € / appareil	100 % BR + 450 € / appareil	100 % BR + 450 € / appareil
ACCESOIRES REMBOURSÉS PAR LA SS					
Petits accessoires auditifs (piles, ...) - Par an / bénéficiaire ^{1,3}	100 % BR	100 % BR	20 €	25 €	30 €
PRÉVENTION ET MÉDECINE DOUCE					
FORFAIT MÉDECINE DOUCE (Acupuncture, Ostéopathie, Chiropractie, Podologie, Pédicurie, Etiopathie)	-	-	30 € par séance (limité à 2 séances / an / bénéficiaire)	30 € par séance (limité à 3 séances / an / bénéficiaire)	30 € par séance (limité à 3 séances / an / bénéficiaire)
DENSITOMÉTRIE OSSEUSE					
PHARMACIE NON REMBOURSÉE PAR LA SS (dont sevrages tabagiques, vaccins antigrippaux / voyages et tests de dépistage)	-	40 € / an / bénéficiaire	80 € / an / bénéficiaire	120 € / an / bénéficiaire	150 € / an / bénéficiaire

	ECO	DYNAMIQUES			
		F100	F150	F200	F250
BILAN AVEC UN NUTRITIONNISTE PAR AN ET PAR BÉNÉFICIAIRE	-	30 € / séance (limité à 1 séance)	30 € / séance (limité à 2 séances)	30 € / séance (limité à 2 séances)	30 € / séance (limité à 2 séances)
DIVERS					
CURES THERMALES REMBOURSÉES PAR LA SS					
Honoraires / Transport / Hébergement / an / bénéficiaire ¹	100 % RSS	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 250 €	100 % BR + 350 €
TRANSPORT					
Frais de transport remboursés par la SS	100 % BR INCLUSE	100 % BR INCLUSE	100 % BR INCLUSE	100 % BR INCLUSE	100 % BR INCLUSE
ASSISTANCE – IMA Assurances					

* : Tels que définis réglementairement / **Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée** : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-ACO (option pratique tarifaire maîtrisée anesthésie, chirurgie et obstétrique) / **SS** : Sécurité sociale / **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'événement / **BR** : Base de remboursement de la Sécurité sociale / **RSS** : Remboursement de la Sécurité sociale / **FR** : Frais réels / **TM** : Ticket modérateur / **Optique et paniers de soins 100 % Santé avec prise en charge intégrale** : Les remboursements incluent la prise en charge de la SS / **Périodes de renouvellement pour l'optique et pour l'aide auditive** : Ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date de facturation de l'équipement.

¹ Par année civile

² En secteur non conventionné, le remboursement se fait sur la base du secteur conventionné

³ Au-delà du forfait, prise en charge du TM pour les accessoires remboursés par la SS

ANNEXE 3 – GRILLE OPTIQUE

Verres simples	<ul style="list-style-type: none"> 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 complexes	<ul style="list-style-type: none"> 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 très complexes	<ul style="list-style-type: none"> 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.

ANNEXE 4 – PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Base légale du traitement	Finalités	Durées de conservation	Destinataires
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 5 ans à compter de la fin du contrat	<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, vous-même 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.
Obligation légale, réglementaire et administrative	<ul style="list-style-type: none"> 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.	<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 Etats habilitées

Base légale du traitement	Finalités	Durées de conservation	Destinataires
Intérêt légitime du responsable de traitement	<ul style="list-style-type: none"> la mise en place d'actions de prévention la gestion de notre relation commerciale 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 	<p>Le temps strictement nécessaire à la réalisation des actions</p> <p>Pour les clients : 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale</p> <p>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</p> <p>6 mois à compter de l'émission de l'alerte</p> <p>OU</p> <p>5 ans à compter de la clôture du dossier fraude</p> <p>OU</p> <p>2 ans à compter du terme de la procédure judiciaire</p> <p>Concernant l'inscription sur liste de personnes présentant un risque fraude : 5 ans à compter de l'inscription</p>	<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. 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. 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'assurance 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.
	<ul style="list-style-type: none"> la prospection commerciale pour les produits et services du Groupe KLESIA analogues ou complémentaires à ceux que vous avez souscrits 	<p>Pour les clients : 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale</p> <p>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</p>	<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.

Base légale du traitement	Finalités	Durées de conservation	Destinataires
Consentement	<ul style="list-style-type: none"> • la prospection commerciale 	<p>Suppression à tout moment en cas de retrait de votre consentement</p> <p>En l'absence du retrait du consentement :</p> <p>Pour les clients : 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale</p> <p>Pour les prospects : 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect</p>	<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.

Retrouvez toutes les informations
vous concernant
dans votre espace personnel.



Et rejoignez-nous sur



345.001/25

Carcept Prev accompagne la branche du Transport dans les domaines de la retraite complémentaire, de l'assurance santé et prévoyance, de l'action sociale et du bien-être. Vous et vos salariés bénéficiez ainsi d'un accompagnement complet et adapté à votre métier pour vous permettre de vous concentrer sur l'essentiel : VOTRE ACTIVITÉ.

Carcept Prev s'engage à vous assurer un avenir serein et contribue à la qualité de vie pour tous.

Mutuelle d'assurance CARCEPT Prev, entreprise régie par le code des assurances, société d'assurance mutuelle, immatriculée sous le n° SIREN 784 394 439, située 4, rue Georges Picquart 75017 Paris - Numéro IDU : FR233042_01GSBS