

VILOGIA PREMIUM

Contrat Maladie – Chirurgie – Maternité

Socle N° 21021735/ENS01_1



NOTICE D'INFORMATION

destinée à la catégorie de personnel assuré :

ensemble du personnel

Sommaire

La vie du contrat	2
Comment adhérer et quelles sont vos garanties ?	2
Qui sont Les Bénéficiaires du régime ?	2
Quand débute la garantie ?	2
Quelles sont les formalités d'affiliation ?	2
Quels sont les remboursements prévus ?	2
Tableau de garanties	3
Le TIERS PAYANT : qu'est-ce que c'est ?	9
Comment se faire rembourser ?	10
Quelles sont les conditions de maintien ou de cessation de vos garanties ?	11
Le maintien de vos garanties	11
Quand cessent vos garanties ?	11
Quelles règles encadrent votre contrat ?	13
Le cadre de vos garanties	13
Le Contrat Responsable	13
Territorialité	13
Sanctions Internationales	13
Réclamation	13
Médiation	13
Les clauses juridiques	14
Prescription	14
La protection de vos données personnelles	14
Lexique	18

La vie du contrat

Comment adhérer et quelles sont vos garanties ?

Qui sont Les Bénéficiaires du régime ?

Sont **obligatoirement** bénéficiaires :

➤ **Vous, L'Assuré**

Salarié de l'entreprise ayant souscrit le contrat, dès lors qu'il appartient à la « catégorie de personnel assuré », ou

Ancien salarié de l'entreprise ayant souscrit le contrat, dès lors qu'il appartient à la « catégorie de personnel assuré » et qu'il bénéficie du maintien de la garantie en vertu de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale à la souscription du contrat.

➤ **Votre conjoint**

Votre époux ou votre partenaire lié par un PACS, bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale ou d'un autre régime.

A défaut, votre **concubin est assimilé à votre conjoint**. Votre concubin est la personne vivant avec vous, bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale ou d'un autre régime, à conditions que vous soyez être tous les deux libres de tout lien matrimonial ou PACS et que vous nous transmettiez une attestation sur l'honneur de vie maritale.

➤ **Votre enfant**

Votre enfant à charge fiscale, ou remplissant l'une des conditions suivantes :

- être âgé de moins de 20 ans ;
- être âgé de moins de 28 ans ;
 - poursuivant des études secondaires ou supérieures,
 - sous contrat d'apprentissage ou contrat d'alternance,
 - à la recherche d'un premier emploi et inscrit à Pôle Emploi (les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeur d'emploi),
- bénéficier des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi n°2005-12 du 11 février 2005, quel que soit l'âge de l'enfant.

Sous réserve des conditions exposées ci-dessus et qu'il ait droit aux prestations en nature du régime général de la Sécurité sociale ou d'un autre régime, est considéré comme bénéficiaire :

- l'enfant pour lequel vous êtes tenus de verser une pension alimentaire fixée par décision de justice ou par convention, telle que prévue par les articles L229-1 et suivants du Code civil relatifs au divorce par consentement mutuel,
- l'enfant de votre Conjoint à sa charge fiscale et s'il exerce l'autorité parentale sur l'enfant.

Quand débute la garantie ?

Seuls les soins engagés après l'admission du bénéficiaire peuvent faire l'objet d'un remboursement.

Vous bénéficiez, **obligatoirement**, de la garantie dès la prise d'effet du contrat ou dès que vous appartenez à la « catégorie de personnel assuré ».

Votre conjoint et votre enfant bénéficient de la garantie dès votre affiliation ou à la date de l'événement correspondant au changement de situation de famille (mariage, PACS, adoption ou naissance d'un enfant).

Quelles sont les formalités d'affiliation ?

Vous complétez le Bulletin Individuel d'Affiliation que vous retournez à l'adresse indiquée, dûment signé et accompagné des documents demandés.

Si votre situation de famille évolue (mariage, PACS, naissance ou adoption d'un enfant), il convient de nous retourner votre Bulletin Individuel d'Affiliation dûment complété, signé et accompagné des documents correspondants aux nouveaux bénéficiaires.

Quels sont les remboursements prévus ?

Le régime prévoit des remboursements complémentaires aux prestations en nature payées en application de l'article L321-1 à 3 du Code de la Sécurité sociale, à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une maternité atteignant un bénéficiaire.

Sauf mention contraire, les actes figurant dans le tableau ci-dessous ne sont remboursés que s'ils sont pris en charge par un régime d'Assurance Maladie Obligatoire français (AMO).

Nos remboursements ne peuvent excéder la différence entre le coût réel des frais engagés et le montant pris en charge par la Sécurité sociale et/ou tout autre organisme de prévoyance ou d'assurance.

Les limites de remboursement s'entendent **en complément** des remboursements de la Sécurité sociale, sauf indication contraire dans le tableau de garanties.

La base de remboursement retenue est celle appliquée par la Sécurité sociale. Toutefois, il est précisé que la base de remboursement retenue en secteur non conventionné sera celle appliquée par la Sécurité sociale en secteur conventionné.

Lorsque la garantie est fixée à 100% des frais réels moins le remboursement de la Sécurité sociale, nos remboursements sont limités à 90% des frais réels lorsqu'ils sont engagés en secteur non conventionné.

En secteur non conventionné, pour les actes de chirurgie, de radiologie et techniques médicaux, les consultations et visites des médecins, nos remboursements sont limités à ceux des médecins conventionnés non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

Pour les assurés ne bénéficiant pas des taux de remboursement relevant du cas général de la Sécurité sociale (plus précisément, l'assurée enceinte et/ou l'assuré(e) relevant du régime Alsace/Moselle et/ou atteint(e) d'une affection de longue durée et/ou bénéficiaire du FSV ou de l'ASPA), il est précisé que le niveau de remboursement des Médecins non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée est limité, en tout état de cause, à 100% du Ticket Modérateur + 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Tableau de garanties

Lors de votre affiliation, vous pouvez si vous le souhaitez opter, moyennant le paiement d'une cotisation supplémentaire, pour le régime « OPTION ». Dans ce cas, les garanties du régime « OPTION » retenu se substituent aux garanties du régime « BASE ». Le régime retenu s'applique dans tous les cas, obligatoirement, à tous les bénéficiaires couverts au titre du présent contrat.

En cas de changement de situation de famille, vous avez la possibilité de changer de régime dans les 2 mois qui suivent ce changement ; la nouvelle garantie prend effet

- au 1^{er} jour de l'évènement, s'il s'agit de la naissance ou l'adoption d'un enfant
- au 1^{er} jour du mois suivant la réception de votre demande (cachet de la poste faisant foi), s'il s'agit d'un mariage ou PACS, d'un concubinage, d'une séparation, d'un divorce, d'un veuvage ou d'une perte d'emploi du conjoint.

La situation de famille prise en compte est celle au moment de la demande.

A effet du 1^{er} janvier, sous réserve que votre demande nous parvienne avant le 31 octobre de l'année précédente (cachet de la poste faisant foi) :

- vous avez la possibilité d'opter pour le régime « OPTION » pour une durée minimum de 2 ans (sauf en cas de changement de situation de famille).
- si vous aviez opté pour le régime « OPTION », vous avez la possibilité de modifier votre choix après une durée d'inscription de 2 ans à ce dernier (sauf en cas de changement de situation de famille).

Pour tout changement de régime, il convient de nous adresser votre demande par l'intermédiaire de votre entreprise.

Pour une lecture simplifiée de vos garanties, nous avons utilisé les abréviations suivantes :

- TM : Ticket Modérateur
- BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale
- MR : Montant Remboursé par la Sécurité sociale
- FR : Frais Réels
- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
- PLV : Prix Limite de Vente
- HLF : Honoraires Limites de Facturation

NATURE DES SOINS	LIMITES DE REMBOURSEMENTS	
	BASE	OPTION
HOSPITALISATION ⁽¹⁾		
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	100% FR	100% FR
FRAIS DE SEJOUR POUR HOSPITALISATION CHIRURGICALE	500% BR	500% BR
FRAIS DE SEJOUR POUR HOSPITALISATION MEDICALE	500% BR	500% BR
HONORAIRES ⁽²⁾		
Honoraires médicaux (hors chirurgien-dentiste)		
- Honoraires médicaux d'un médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	400% BR	500% BR
- Honoraires médicaux d'un médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾	100% TM + 100% BR	100% TM + 100% BR
Honoraires paramédicaux	Voir la garantie « SOINS COURANTS »	
Forfait sur actes dits « lourds »	100% FR	100% FR
CHAMBRE PARTICULIERE y compris maternité (par jour)	100% FR limités à 2,5% du PMSS	100% FR limités à 4% du PMSS
LIT D'ACCOMPAGNANT (enfant de moins de 16 ans) (par jour ou par nuit)	100% FR limités à 1% du PMSS	100% FR limités à 1% du PMSS
TRANSPORT MEDICAL	100% TM	100% TM
SOINS COURANTS		
HONORAIRES MEDICAUX		
Consultations et visites médicales par un médecin généraliste		
- Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	80% BR	80% BR
- Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾	100% TM + 30% BR	100% TM + 30% BR
Consultations et visites médicales par un médecin spécialiste		

NATURE DES SOINS	LIMITES DE REMBOURSEMENTS	
- Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée - Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾ Consultations et visites médicales par un professionnel médical non médecin	150% BR 100% TM + 100% BR	330% BR 100% TM + 100% BR
- Chirurgien-dentiste Actes de spécialités (K), actes techniques médicaux (ATM)	Voir garanties « Soins dentaires »	
- Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée - Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾ - Chirurgien-dentiste Actes d'imagerie (ADI) – Actes d'échographie (ADE)	100% BR 100% TM + 50% BR	150% BR 100% TM + 100% BR
- Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée - Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾ - Chirurgien-dentiste	100% TM 100% TM	150% BR 100% TM + 100% BR
	Voir garanties « Soins dentaires »	
HONORAIRES PARAMEDICAUX		
Actes remboursés par la Sécurité sociale réalisés par des auxiliaires médicaux	100% TM	40% BR
ANALYSES & EXAMENS DE LABORATOIRE (y compris actes de prélèvements)	100% TM	40% BR
MEDICAMENTS		
Médicaments, vaccins, substituts nicotiniques et préparations magistrales, remboursés par la Sécurité sociale	100% TM	100% TM
Médicaments et préparations magistrales, non remboursés par la Sécurité sociale (sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée)		
- Substituts nicotiniques non remboursés par la Sécurité sociale (tous les 2 ans et par bénéficiaire)	75 Euros	75 Euros
MATERIEL MEDICAL		
Dispositifs médicaux (orthopédie, prothèse, petit appareillage) remboursés par la Sécurité sociale, hors optique et audiology	100% BR	300% BR
SOINS COURANTS NON PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE		
Fécondation In Vitro (FIV) non prise en charge par la Sécurité sociale (par an et par bénéficiaire, sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée)	100% FR limités à 6% du PMSS	100% FR limités à 6% du PMSS
AMNIOCENTHESE, non pris en charge par la Sécurité sociale (par an et par bénéficiaire, sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée)	100% FR limités à 6% du PMSS	100% FR limités à 6% du PMSS
Ostéodensitométrie remboursée par la Sécurité sociale (par an et par bénéficiaire, sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée)	100% TM	100 %TM
DENTAIRE		
SOINS		
Soins dentaires (consultations médicales, soins conservateurs, actes d'imagerie dentaire, d'endodontie, de prophylaxie, de chirurgie dentaire, actes techniques médicaux)		
➔ réalisés par un chirurgien-dentiste	100% TM	100% BR
➔ réalisés par un stomatologue	Voir les garanties de spécialistes en « SOINS COURANTS »	
• médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée • médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾	Voir les garanties de spécialistes en « SOINS COURANTS »	

Actes d'inlays, onlays remboursés par la Sécurité sociale <u>PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISE » ⁽⁴⁾</u> ↳ réalisés par un chirurgien-dentiste ↳ réalisés par un stomatologue - médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée - médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾ <u>PANIER « TARIF LIBRE »</u> ↳ réalisés par un chirurgien-dentiste ↳ réalisés par un stomatologue - médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée - médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾ Actes de parodontologie remboursée par la Sécurité sociale ↳ réalisés par un chirurgien-dentiste ↳ réalisés par un stomatologue - médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée - médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾	100% BR limité aux HLF-MR	300% BR limité aux HLF-MR
	Voir les garanties de spécialistes en « SOINS COURANTS »	Voir les garanties de spécialistes en « SOINS COURANTS »
	100% BR	300% BR
	Voir les garanties de spécialistes en « SOINS COURANTS »	Voir les garanties de spécialistes en « SOINS COURANTS »
SOINS et PROTHESES 100% SANTE ⁽⁵⁾ Prothèses fixes, couronnes transitoires, inlay-core Prothèses amovibles définitives et transitoires, leurs actes de réparation et de suppléments ⁽⁶⁾	100% TM	100% BR
	Voir les garanties de spécialistes en « SOINS COURANTS »	Voir les garanties de spécialistes en « SOINS COURANTS »
	100% FR-MR limités aux HLF- MR	100% FR-MR limités aux HLF- MR
	100% FR-MR limités aux HLF- MR	100% FR-MR limités aux HLF- MR
PROTHESES Prothèse dentaire remboursée par la Sécurité sociale <u>PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISE » ⁽⁷⁾</u> <u>PANIER « TARIF LIBRE »</u> Inlay-Core remboursé par la Sécurité sociale <u>PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISE » ⁽⁷⁾</u> <u>PANIER « TARIF LIBRE »</u> Implantologie remboursée par la Sécurité sociale	200% BR, limités aux HLF-MR 200% BR	350% BR, limités aux HLF-MR 350% BR
	200% BR, limités aux HLF-MR 200% BR	350% BR, limités aux HLF-MR 350% BR
	200% BR	350% BR
	200% BR	350% BR
ORTHODONTIE PRISE EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	170% BR	270% BR
SOINS ET EQUIPEMENTS NON PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE Implantologie non prise en charge par la Sécurité sociale⁽⁸⁾ (par implant, par an et par bénéficiaire) Actes de parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale⁽⁸⁾ (par traitement et par bénéficiaire) Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale⁽⁸⁾	4% PMSS - 100% BR, reconstituée sur la base d'un TO90	6% PMSS 20% PMSS 200% BR, reconstituée sur la base d'un TO90

OPTIQUE

Dans la limite de l'acquisition par le bénéficiaire d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Par exception, les cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

Est également prévue la prise en charge à hauteur des dépenses réelles, sous déduction des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), limité au Prix Limite de Vente (PLV), sous déduction des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) de la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et du supplément applicable pour les verres avec filtre dans les conditions définies par la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale.

EQUIPEMENTS 100% SANTE ⁽⁵⁾ Monture + Verres de Classe A Frais d'adaptation + Suppléments pour monture de lunettes à coque < 6 ans	100% FR-MR, limités aux PLV-MR 100% FR-MR, limités aux PLV-MR	
EQUIPEMENTS OPTIQUE DE CLASSE B Monture + Verres de Classe B Frais d'adaptation + Supplément pour monture de lunettes à coque < 6 ans et autres suppléments	Voir grille optique ci-après 100% TM	100% TM
LENTILLES DE CONTACT y compris jetables, remboursées par la Sécurité sociale ou non prises en charge par la Sécurité sociale mais prescrites médicalement (par an et par bénéficiaire) ⁽⁹⁾	5% PMSS	10% PMSS
CHIRURGIE REFRACTIVE non prise en charge par la Sécurité sociale (pour chaque œil et par an)	5% PMSS	10% PMSS

AIDES AUDITIVES

Dans la limite de l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans, par oreille

EQUIPEMENTS 100% SANTE ⁽⁵⁾ (dits de Classe I)	100% FR-MR, limités au PLV-MR	
APPAREIL DE CLASSE II ⁽¹⁰⁾ - Bénéficiaire âgé de moins de 20 ans ou patient atteint de cécité - Bénéficiaire âgé d'au moins 20 ans	100% BR 100% BR	165% BR 165% BR
CONSOMMABLES, PILES OU ACCESSOIRES pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM	100% TM

AUTRES POSTES DE SOINS

ALLOCATION NAISSANCE / ADOPTION	5% PMSS	10% PMSS
CURE THERMALE PRISE EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE Soins et hydrothérapie Frais de transport et hébergement	100% FR-MR limités à 100% TM	100% FR-MR limités à 100% TM 25% PMSS

MEDECINES DOUCES, NATURELLES OU ALTERNATIVES

Séance d'OSTEOPATHIE ou de CHIROPRACTIE, d'ACUPUNCTURE, de MICROKINESITHERAPIE, non prise en charge par la Sécurité sociale (par séance, dans la limite de 3 séances, par an et par bénéficiaire pour l'ensemble du poste)	35 Euros	55 Euros
---	----------	----------

GARANTIES ANNEXES

TIERS PAYANT	GARANTIE ACCORDEE
ASSISTANCE SANTE ASSISTANCE TELECONSULTATION SECOND AVIS MEDICAL	GARANTIES ACCORDEES (cf. documents joints)

⁽¹⁾ Dans le cadre d'une hospitalisation, les suppléments tels que taxes, droits d'entrée, suppléments alimentaires, boissons, chauffage, éclairage, blanchissage, garde, téléphone, télévision et pourboires ne sont jamais remboursés par La Compagnie.
Les frais d'hospitalisation liés à l'accouchement sont pris en charge, y compris les frais de chambre particulière, dans les limites de remboursements définies ci-dessus.

Les séjours en sanatorium ou en préventorium ou dans des établissements tels que aérisme, maison de repos, maison d'enfants à caractère sanitaire, agréés par la Sécurité sociale sont compris dans la garantie.

La participation forfaitaire de 24 euros est prise en charge pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé, lorsqu'il est effectué un acte thérapeutique ou un acte diagnostique dont la réalisation en établissement de santé est nécessaire à la sécurité des soins, affecté à un coefficient égal ou supérieur à 60 ou supérieur à 120 euros.

- (2) Facturés en sus des frais de séjour, pour certains types d'établissements.
- (3) Pour les assurés relevant du régime Alsace/Moselle ou autres régimes spéciaux, et/ou atteints d'une affection de longue durée ainsi que pour les femmes enceintes, le niveau de remboursement est limité au Ticket Modérateur + 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.
- (4) Tels que définis réglementairement. **Ces modalités de remboursement prennent effet au 01/01/2021**, soit, au moment de l'entrée en vigueur des Honoraires Limites de Facturation (HLF) associés. Les actes réalisés avant cette date seront remboursés au titre des actes de la même catégorie appartenant au PANIER « TARIF LIBRE ».
- (5) Tels que définis réglementairement
- (6) . Tels que définis réglementairement. **Ces modalités de remboursement prennent effet au 01/01/2021**, soit, au moment de l'entrée en vigueur des Honoraires Limites de Facturation (HLF) associés. Les actes réalisés avant cette date seront remboursés au titre des actes de la même catégorie appartenant au PANIER « TARIF LIBRE ».
- (7) Tels que définis réglementairement. Les nouvelles modalités de remboursement prenant effet **entre 01/01/2020 et le 01/01/2022**, au fur et à mesure de l'entrée en vigueur des Honoraires Limites de Facturation (HLF), les actes réalisés avant l'entrée en vigueur des Honoraires Limites de Facturation (HLF) correspondants seront remboursés au titre du PANIER « TARIF LIBRE ».
- (8) Les actes dentaires correspondant à des actes hors Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou à des actes ne respectant pas les dispositions de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ne sont pas remboursés par La Compagnie.
- (9) Dans le cas où le plafond annuel serait atteint, les remboursements suivants s'effectueraient sur la base de 100% du Ticket modérateur
- (10) Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive dans la limite de 1700 Euros TTC par oreille (prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire et Ticket Modérateur inclus) et selon les conditions précisées dans la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale.

GRILLE OPTIQUE

Les prestations sont exprimées en euros et par équipement (verres et monture), **remboursement Sécurité sociale inclus**.
La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 100 euros (incluant la part prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire et le Ticket Modérateur).

CATEGORIE	TYPE DE VERRES (cf. article R871-2 du code de la Sécurité sociale)	LIMITE DE REMBOURSEMENT PAR EQUIPEMENT	
		BASE	OPTION
a)	Par équipement à verres simples foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries Par équipement à verres simples foyer sphéro-cylindriques dont - le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries, la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries - la Somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +6,00 dioptries	• enfant de moins de 16 ans : 240 euros • enfant de 16 ans et jusqu'à 18 ans : 300 euros • adulte : 300 euros	420 euros
b)	Par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	355 euros	515 euros
c)	Par équipement à verres simples foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries Par équipement à verres simples foyer sphéro-cylindriques dont - le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries, la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries - le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptries, la sphère est inférieure à -6,00 dioptries - la Somme sphère + cylindre est supérieure à +6,00 dioptries Par équipement à verres multifocaux ou progressifs, sphéro-cylindriques dont - la sphère est comprise entre +4,00 et -4,00 dioptries - le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries, la sphère est comprise entre -8,00 à 0 dioptries - la Somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +8,00 dioptries	410 euros	610 euros
d)	Par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	410 euros	610 euros
e)	Par équipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	255 euros	705 euros
f)	Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont - le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptries, la sphère est inférieure à -8,00 dioptries - le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries, la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries - la Somme sphère + cylindre est supérieure à +8,00 dioptries	525 euros	800 euros

Le TIERS PAYANT : qu'est-ce que c'est ?

La procédure de tiers payant vous dispense de faire l'avance du ticket modérateur auprès des professionnels de santé qui le pratiquent.

Pour recevoir votre carte de tiers payant, vous devez nous avoir transmis la photocopie de l'attestation VITALE de chaque bénéficiaire. Nous adressons alors à chaque bénéficiaire majeur sa carte de tiers payant mentionnant la période de garantie des droits (les bénéficiaires mineurs étant rattachés au bénéficiaire majeur). Une nouvelle carte sera fournie chaque année avec la mention de la période de garantie ; en cas de modification de la situation de famille, une nouvelle carte sera délivrée.

En cas de radiation d'un assuré ou en cas de résiliation du contrat, l'assuré s'engage à restituer sa carte ou, le cas échéant, à ne plus la présenter aux professionnels de santé ou à la détruire.

Comment se faire rembourser ?

Votre demande de remboursement doit être accompagnée des documents ci-dessous, ainsi que, le cas échéant, des décomptes établis par d'autres organismes de prévoyance ou d'assurance, pour la même prestation.

(*) Dans tous les cas, si vous présentez votre carte de **TIERS PAYANT** aux Professionnels de Santé et/ou si votre décompte de Sécurité sociale nous est télétransmis, vous n'avez pas à nous adresser le décompte de la Sécurité sociale.

	Documents à transmettre
Hospitalisation	→ Décompte de la Sécurité sociale* (si secteur non conventionné) → Notes d'honoraires ou factures acquittées précisant la codification des actes ou la facture T2A acquittée
Frais Médicaux	→ Décompte de la Sécurité sociale*
Frais Dentaires	→ Décompte de la Sécurité sociale* → Facture détaillée des actes effectués
Prothèses Dentaires	→ Décompte de la Sécurité sociale* → Facture détaillée et acquittée précisant le numéro de(s) dent(s) concernée(s) ainsi que les actes conformes à la Nomenclature en vigueur
Frais d'optique	
Lunettes (verres + monture)	→ Décompte de la Sécurité sociale* → Ordonnance de prescription médicale → Facture détaillée et acquittée
Lentilles remboursées ou non prises en charge par la Sécurité sociale	→ Ordonnance de prescription médicale datant de moins de 2 ans → Facture détaillée acquittée
Chirurgie réfractive	→ Facture détaillée acquittée
Pharmacie	→ Décompte de la Sécurité sociale* → Facture acquittée
Pharmacie non prise en charge par la Sécurité sociale	→ Prescription médicale → Facture acquittée
Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale	→ Prescription médicale → Facture acquittée
Sevrage tabagique	→ Prescription médicale → Facture acquittée
Orthopédie et Prothèses autres que dentaires	→ Décompte de la Sécurité sociale*
Prothèses auditives	→ Facture acquittée
Allocation naissance / adoption	→ Copie de l'acte de naissance ou copie du livret de famille comportant l'indication de la naissance ou de l'adoption de l'enfant → Justificatif de l'adoption de l'enfant
Cure Thermale	→ Décompte de la Sécurité sociale* → Facture acquittée
Transport	→ Décompte de la Sécurité sociale* ou facture du ticket modérateur
Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur et micro kinésithérapeute	→ Facture acquittée, avec cachet et signature du praticien, précisant l'acte ouvrant droit au versement de la prestation et le bénéficiaire de l'acte
Ostéodensitométrie	→ Décompte de la Sécurité sociale *
Consultation en diététique d'un enfant de moins de 12 ans	→ Facture acquittée, avec cachet et signature du praticien, précisant le bénéficiaire de l'acte
Actes de prévention	→ Décompte de la Sécurité sociale*
Allocation d'obsèques	→ Acte de décès ou livret de famille ou autre justificatif de la situation de famille → Facture acquittée ou justificatif notarié précisant la personne ayant supporté les frais

Attention :

- Ne sont jamais prises en considération les factures et bordereaux d'honoraires d'un montant différent de celui déclaré à la Sécurité sociale.
- Nous nous réservons le droit de vous demander toute autre pièce que nous estimerions nécessaire à l'application de la garantie, à tout moment et quel que soit le montant de la prestation.

Le maintien de vos garanties

>> Votre contrat de travail est suspendu

En cas de suspension de votre contrat de travail, les garanties du contrat sont maintenues aux bénéficiaires, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante par l'intermédiaire de votre entreprise.

>> Votre contrat de travail est rompu et vous avez droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage

En vertu de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale, vous bénéficiez du maintien de vos garanties dès lors que votre contrat de travail est rompu (sauf en cas de faute lourde) et que vous avez droit à la prise en charge par le Pôle Emploi.

Vous devez expressément nous formuler votre demande de maintien en nous retournant le « Formulaire pour le maintien des garanties Santé » dûment complété et signé, dans un délai de 10 jours à compter de la rupture de votre contrat de travail.

Le maintien de garanties cesse de plein droit :

- lorsque vous reprenez une activité professionnelle,
- lorsque vos droits aux allocations chômage cessent,
- au plus tard au terme défini par votre entreprise, dans la limite de 12 mois, selon la législation en vigueur ou dans la limite prévue par la Convention Collective dont relève votre entreprise si elle est plus favorable,
- en tout état de cause, en cas de résiliation du présent contrat.

En cas de cessation du présent maintien ou de résiliation du contrat, vous pouvez demander à bénéficier de « **Notre proposition de maintien de la couverture MALADIE – CHIRURGIE – MATERNITE** ».

>> Notre proposition de maintien de votre couverture « Maladie – Chirurgie – Maternité »

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi EVIN, vous pouvez bénéficier du maintien de vos garanties, sans condition de durée, en adhérant au contrat d'accueil que nous avons mis en place à cet effet, si vous êtes dans l'une des deux situations suivantes :

- vous êtes un ancien salarié bénéficiaire d'une rente d'incapacité, d'une rente d'invalidité ou d'une pension de retraite ;
- vous êtes privés d'emploi et/ou d'un revenu de remplacement.

Pour cela, vous devez en faire la demande dans les six mois qui suivent votre sortie des effectifs de la « catégorie de personnel assuré ».

Votre adhésion est effective, au plus tard le lendemain du jour de la réception de votre demande. Les tarifs applicables sont alors plafonnés par rapport aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs dans les conditions fixées par le décret n°2017-372 du 21 mars 2017.

De plus, si vous venez à décéder, votre bénéficiaire, en tant qu'ayant-droit d'un salarié décédé, peut bénéficier du maintien du contrat d'accueil que nous avons mis en place à cet effet, pendant une durée minimale de douze mois à compter de votre décès.

Pour ce faire, l'ayant-droit doit en faire la demande dans les six mois suivant votre décès.

L'adhésion est effective, au plus tard le lendemain du jour de la réception de la demande.

>> Votre contrat de travail est rompu et vous faites valoir vos droits à la retraite

Lorsque votre contrat de travail est rompu et que vous faites valoir vos droits à la retraite, vous pouvez, si vous le souhaitez, bénéficier du maintien des garanties du contrat.

Ce maintien est accordé à vos conjoint et enfant(s) qui bénéficient de la garantie par votre intermédiaire.

Votre demande d'affiliation doit nous être adressée au plus tard dans les six mois suivant la rupture de votre contrat de travail.

La garantie prend effet le lendemain de l'envoi de la demande (cachet de la poste faisant foi) et est maintenue pendant toute la durée de la retraite. Elle est souscrite pour la période comprise entre la date d'effet telle que déterminée ci-avant et le 31 décembre à minuit de l'exercice considéré.

Elle se renouvelle automatiquement le 1er janvier de chaque année pour une durée d'un an, sauf dénonciation de votre part, par lettre adressée au moins deux mois avant cette date.

Ce maintien de garanties cesse :

- en cas de non-paiement de la cotisation,
- en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat.

Il est précisé que toute demande de radiation sera définitive.

>> Le maintien pour vos bénéficiaires si vous décédez

Si vous venez à décéder, vos conjoint et enfant(s), en tant qu'ayants-droit bénéficiaires, peuvent demander le maintien des garanties du présent contrat.

Ce maintien leur est accordé pour une période de douze (12) mois, à compter de la date de votre décès.

Leur demande d'affiliation doit nous être adressée au plus tard dans les six (6) mois suivant le décès.

La garantie prend effet le lendemain de l'envoi de la demande (cachet de la poste faisant foi) et cesse :

- en cas de non-paiement des cotisations,
- au plus tard, douze (12) mois après la date du décès,
- en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat.

Il est précisé que toute demande de radiation sera définitive.

Quand cessent vos garanties ?

Si vous ne bénéficiez pas d'un maintien précité, vos garanties cessent :

- ▶ au terme du maintien des garanties en application de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale,
- ▶ le jour où votre contrat de travail est rompu, si vous avez expressément refusé le maintien des garanties au titre de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale,

- ▶ le jour de la liquidation de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale, quelle qu'en soit la cause, (sauf en cas de cumul emploi-retraite).

En tout état de cause, tous Les Bénéficiaires sont radiés de plein droit :

- **dès que vous cessez d'appartenir à la « catégorie de personnel assuré »** même si, par erreur, la cotisation n'a pas cessé d'être versée,
- **à la date de résiliation du contrat** (la résiliation du contrat entraîne de plein droit la radiation de tous Les Bénéficiaires présents à la date de résiliation).

Quelles règles encadrent votre contrat ?

Le cadre de vos garanties

Le Contrat Responsable

Le contrat s'inscrit dans le cadre législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « Contrats Responsables ».

Il répond à l'ensemble des règles définies aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale. Ainsi, notamment, le présent contrat ne prend pas en charge les conséquences financières de la baisse du taux de remboursement liées au non-respect du parcours de soins ainsi que les franchises médicales laissées à la charge de l'assuré pour les frais relatifs à certaines prestations et produits de santé pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).

En cas d'évolutions législatives ou réglementaires régissant les « Contrats Responsables », les garanties du contrat feront l'objet de modifications de plein droit pour rester en conformité avec ce cadre juridique.

Territorialité

Les soins effectués à l'étranger ne sont pas remboursés dès lors qu'il n'y a pas de prise en charge par un régime d'Assurance Maladie Obligatoire français (AMO).

En tout état de causes, le présent contrat ne garantit pas, et ne saurait permettre quelque couverture, garantie ou indemnisation en relation avec toute perte, tout dommage ou toute responsabilité

- découlant d'une activité sur le « TERRITOIRE » ou dans ses eaux territoriales, sa zone frontalière ou sa zone économique exclusive (ci-après "sa zone de dépendance maritime), à moins qu'il ne s'agisse d'une simple traversée de ladite zone sans arrêt prévu du « TERRITOIRE » ni dans sa zone de dépendance maritime, et que cette traversée ne relève pas d'une ligne de fret international; ou
- subis par le gouvernement du «TERRITOIRE », toute personne ou entité résidant, établie, ou située sur le « TERRITOIRE » ou dans ses Eaux territoriales, ou
- résultant d'activités qui, directement ou indirectement, impliquent ou bénéficient au gouvernement du « TERRITOIRE », ou à des personnes ou entités résidant ou établies sur le « TERRITOIRE ».

Néanmoins, la présente exclusion ne s'applique pas :

- aux activités réalisées ou aux services rendus en cas d'urgence dans un objectif de sécurité et/ou d'assistance,
- ou lorsque, après que ces risques ont été notifiés à La Compagnie, celui-ci a consenti, expressément et par écrit, à les couvrir.

Pour l'application de cette clause, il faut entendre par « TERRITOIRE », le(s) pays sous embargo ou sous sanctions totales selon les listes disponibles et accessibles sur les sites

<https://www.un.org/securitycouncil/sanctions/information>
<https://www.treasury.gov/resource-center/sanctions/SDN-List/Pages/default.aspx>
<https://www.tresor.economie.gouv.fr/services-aux-entreprises/sanctions-economiques>

Sanctions Internationales

La Compagnie ne sera tenue à aucune garantie, ne fournira aucune prestation et ne sera obligé de verser aucune somme au titre du présent contrat dès lors que la mise en œuvre d'une telle garantie, la fourniture d'une telle prestation ou un tel paiement l'exposerait à une sanction, prohibition ou restriction résultant d'une résolution de l'Organisation des Nations unies, et/ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois et/ou règlements édictés par l'Union Européenne, la France, les Etats-Unis d'Amérique ou par tout autre droit national applicable au présent contrat prévoyant de telles mesures.

Réclamation

Pour toute réclamation relative à la gestion de la présente notice, des cotisations ou encore des sinistres, **L'Assuré et/ou Le Bénéficiaire doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel** qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications.

Si L'Assuré et/ou Le Bénéficiaire ne reçoit pas une réponse satisfaisante, L'Assuré et/ou Le Bénéficiaire peut adresser sa **réclamation écrite par courrier postal** (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à :

Generali - Réclamations
TSA 70100
75309 PARIS CEDEX 09.

Nous accuserons réception de la demande et y répondrons dans les meilleurs délais.

Si votre entreprise a souscrit ce contrat par le biais d'un intermédiaire et que votre demande relève de l'activité d'intermédiation telle que définie par le Code des assurances, du devoir d'information et de conseil de cet intermédiaire, ou concerne les conditions de commercialisation du contrat, la réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par vous, nous ou un de vos bénéficiaires.

Médiation

En qualité de membre de la Fédération Française de l'Assurance, Generali applique la charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

Si un litige persiste entre nous après examen de votre demande par notre Service Réclamations, vous pouvez, saisir le Médiateur de la FFA, en écrivant à :

M. Le Médiateur de l'Assurance
TSA 50110
75441 PARIS CEDEX 09.

ou sur le site internet :

<http://www.mediation-assurance.org/Saisir+le+mediateur>.

Le Médiateur ne peut être saisi qu'une fois la réponse apportée par le Service Réclamation à votre demande. **La saisine du Médiateur n'est possible que dans la mesure où votre demande n'a pas été soumise à une juridiction.**

Prescription

Conformément au Code des assurances :

Article L. 114-1

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

Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
2. En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte du Souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

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

Article L. 114-2

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

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L. 114-3

Les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

En outre, conformément aux dispositions des articles 2240 et suivants du Code civil, la prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription notamment en cas de :

- reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- demande en justice, même en référé ou portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.
L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée,
- mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée,
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompue le délai de prescription contre la caution.

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

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

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

La protection de vos données personnelles

Identification du responsable de traitement

Les paragraphes suivants ont pour objectif de vous informer de manière plus détaillée des traitements de données à caractère personnel vous concernant mis en œuvre par Generali Vie en tant que responsable de traitement.

Les finalités du traitement et les bases juridiques du traitement

Les données ont pour finalité de satisfaire à votre demande et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat y compris de profilage et de mesures de prévention en lien avec ce contrat. À ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque, et de respect des obligations légales, réglementaires et administratives. Ces informations pourront également être utilisées comme explicité ci-dessous pour des besoins de prospection commerciale y compris de profilage sous réserve de votre consentement ou de votre droit d'opposition, ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

Vous trouverez ci-après les bases juridiques correspondant aux finalités de traitement.

Les bases juridiques	Finalités de traitement
Exécution du contrat ou de mesures précontractuelles	- Réalisation de mesures précontractuelles telles que délivrance de conseil, devis ... - Réalisation d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat - Recouvrement - Exercice des recours et application des conventions entre assureurs - Gestion des réclamations et contentieux - Lutte contre la fraude - Prise de décision automatisée y compris le profilage lié à la souscription ou l'exécution du contrat - Certaines données peuvent entraîner des décisions sur la souscription et l'exécution du contrat notamment la tarification, l'ajustement des garanties - Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque - Etudes statistiques et actuarielles - Amélioration continue des offres et process
Consentement pour les données de santé (hors service des prestations de remboursement de frais de soins, de prévoyance complémentaire et de retraite supplémentaire).	
Obligations légales	- Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme - Respect des obligations légales, réglementaires et administratives
Intérêt public	- Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme
Intérêt légitime	- Lutte contre la fraude afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non fraudeuses au contrat - Prospection commerciale et profilage lié à la prospection commerciale pour vous permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à vos besoins de protection.
Traitement des données de santé à des fins de protection sociale	Versement des prestations pour les contrats suivants : - Remboursement de frais de soins - Prévoyance complémentaire - Retraite supplémentaire

Informations complémentaires dans le cadre des données personnelles vous concernant et non collectées auprès de vous :

• **Catégories de données susceptibles de nous être transmises :**

- Etat civil, identité, données d'identification
- Informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.)
- Numéro d'identification national unique
- Données de santé issues du codage CCAM uniquement pour les contrats de complémentaire santé.

• **La source d'où proviennent les données à caractère personnel :**

Ces données peuvent émaner de votre employeur, d'organismes sociaux de base ou complémentaire, d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance, de toute autorité administrative habilitée.

Clause spécifique relative à la fraude

Vous êtes également informé que Generali Vie met en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de votre dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par Generali Vie. Dans ce cadre, des données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services de Generali Vie.

Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

Clause spécifique relative aux obligations réglementaires et à l'intérêt public

Dans le cadre de l'application des dispositions du code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est obligatoire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

De plus, l'article 43 de la Directive (UE) 2015/849 du 20 mai 2015 modifié par la directive (UE) 2018/843 du 30 mai 2018 prévoit que la prévention du blanchiment de capitaux et du financement du terrorisme est également considéré comme une question d'intérêt public au sens du Règlement Européen 2016/679 (RGPD).

Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.

Pour les contrats de prévoyance et de retraite collectifs et individuels, et dans le cadre de l'application des dispositions de l'article 1649 ter du Code général des impôts, le recueil et la communication d'informations à caractère personnel et liées à votre contrat sont transmis par l'Assureur à la Direction Générale des Finances Publiques (DGFiP) pour alimenter le fichier des contrats d'assurance vie (FICOVIE). Ces données sont également accessibles sur demande auprès du Centre des Impôts dont dépend votre domicile. Vous disposez d'un droit de rectification de ces informations auprès de l'Assureur.

Les destinataires ou les catégories de destinataires

Les données vous concernant pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du groupe Generali, ainsi qu'à des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées, sous-traitants et prestataires, dans la limite des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires Generali Vie pourra communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

Au titre de la prévention de la lutte anti-blanchiment et du financement du terrorisme, ces données pourront également être partagées entre les entités juridiques du Groupe pouvant se situer au sein et hors de l'Union Européenne, aux fins d'enrichir leurs processus de filtrage locaux et de mettre en œuvre une approche commune sur la classification des risques clients dans l'ensemble du Groupe.

Dans le cadre des contrats de prévoyance et de retraite collectifs et individuels, certaines données sont transmises aux administrations fiscale et sociale pour l'accomplissement de leurs missions et servent notamment au recouvrement des cotisations sociales et de l'impôt ainsi qu'à l'ouverture et au calcul de droits en matière de prestations sociales. Leur utilisation s'effectue dans le respect des dispositions du règlement général sur la protection des données et de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Localisation des traitements de vos données

Le groupe Generali a adopté des normes internes en matière de protection des données et de sécurité informatique afin de garantir la protection et la sécurité de vos données.

Aujourd'hui, les data centers du Groupe Generali sont localisés en France, en Italie et en Allemagne, sur lesquels sont hébergées vos données.

S'agissant des traitements réalisés hors du Groupe Generali par des partenaires externes, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de sécurisation (opérationnel et technique) et le niveau de protection des données personnelles du pays destinataire, afin de garantir un niveau de protection optimal.

Les traitements réalisés aujourd'hui hors de l'Espace Economique Européen concernent des traitements liés à certains types d'actes de gestion, d'envoi ponctuels d'e-mails ou de SMS, la supervision d'infrastructures ou la maintenance de certaines applications. Ces traitements opérés depuis des pays tiers font l'objet d'un encadrement juridique (Clauses Contractuelles Types, Règles d'entreprise contraignantes).

Ces documents sont disponibles sur demande écrite auprès du Délégué à la Protection des Données du Groupe Generali France, à l'adresse suivante : droitdaces@generali.fr.

Les durées de conservation

Vos données personnelles sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat en référence aux délais de prescriptions légales, et sous réserve des obligations légales et réglementaires de conservation.

L'exercice des droits

Dans le cadre du traitement que nous effectuons vous disposez dans les conditions prévues par la réglementation :

- **D'un droit d'accès** : Vous disposez du droit de prendre connaissance des données personnelles vous concernant dont nous disposons et demander à ce que l'on vous en communique l'intégralité.
- **D'un droit de rectification** : Vous pouvez demander à corriger vos données personnelles notamment en cas de changement de situation.
- **D'un droit de suppression** : Vous pouvez nous demander la suppression de vos données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsque vous retirez votre consentement au traitement de certaines données sauf s'il existe un autre fondement juridique à ce traitement.
- **Du droit de définir des directives** relatives au sort de vos données personnelles en cas de décès.
- **D'un droit à la limitation du traitement** : Vous pouvez nous demander de limiter le traitement de vos données personnelles
- **D'un droit à la portabilité des données** : Vous pouvez récupérer dans un format structuré les données que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données.
Ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement de votre choix lorsque cela est techniquement possible.
- **Droit de retrait** : Vous avez le droit de retirer le consentement donné pour un traitement fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués. Il est susceptible de rendre l'exécution du contrat impossible sans être pour autant une cause de résiliation reconnue par le droit des assurances.

Cependant, le retrait de données nécessaires à l'exécution du contrat et notamment au contrôle de la pertinence des engagements réciproques, est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, dès lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation.

Dans une telle hypothèse, cette impossibilité d'exécution peut être une cause contractuellement définie de déchéance de garantie.

- **Droit d'opposition** : Vous pouvez vous opposer au traitement de vos données personnelles notamment concernant la prospection commerciale à l'adresse ci-après.

Vous pouvez exercer vos droits sur simple demande en l'accompagnant d'une copie d'un titre d'identité à l'adresse droitdaces@generali.fr ou à l'adresse postale suivante Generali – Conformité - TSA 70100 - 75309 Paris Cedex 09.

Droit d'introduire une réclamation

Par ailleurs, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Profilage et prise de décision automatisée

Dans le cadre de la souscription et l'exécution du contrat, les risques à assurer peuvent, à partir d'informations vous concernant ou concernant vos biens, être appréciés et quantifiés suivant des traitements automatisés ou faire intervenir des éléments de profilage vous concernant.

De tels traitements peuvent avoir un impact sur la tarification ou l'ajustement des garanties.

Vous disposez du droit d'obtenir une intervention humaine de la part du responsable du traitement, d'exprimer votre point de vue et de contester la décision.

Vous pouvez exercer ces droits à l'adresse mentionnée pour l'exercice de vos droits.

Prospection

Dans le cadre d'opérations de prospection et afin de vous permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à vos besoins de protection en matière d'assurance, certaines données vous concernant ou concernant les risques à assurer, peuvent ou pourront entraîner des décisions automatisées ou fondées sur le profilage, consistant notamment à vous adresser certaines offres commerciales.

Vous disposez d'un droit d'opposition à recevoir des offres commerciales ainsi que du droit de vous opposer au profilage de vos données lié à la prospection que vous pouvez exercer à l'adresse ci-dessus.

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles

Pour toute demande, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données Personnelles à l'adresse Generali – Conformité - Délégué à la protection des données personnelles -TSA 70100 - 75309 PARIS CEDEX 09 ou à l'adresse électronique droitdaces@generali.fr.

Lexique

B

Base de remboursement de la Sécurité sociale

C'est le tarif fixé par la Sécurité sociale pour tout acte pratiqué par un professionnel de santé. Il sert de base au calcul du remboursement de la Sécurité sociale. Ce terme a remplacé celui de tarif de responsabilité qui était utilisé précédemment et qui se divisait en deux :

- Tarif de convention pour les médecins conventionnés ;
- Tarif d'autorité pour les médecins non conventionnés.

C

Conventionné / non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire

Situation des professionnels de santé et des structures de soins au regard de l'assurance maladie obligatoire.

Les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire varient selon que le prestataire des soins (professionnel ou établissement de santé) a passé ou non une convention avec l'assurance maladie obligatoire.

Les professionnels de santé sont dits « conventionnés » lorsqu'ils ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession.

Ils peuvent pratiquer un tarif :

- soit fixe sans dépassement d'honoraires (Secteur 1). ses honoraires correspondent aux tarifs qui servent de base au remboursement de la caisse d'assurances maladie,
- soit à honoraires libres (secteur 2). Les tarifs pratiqués par les médecins sont libres et fixés par le médecin et donc enclins aux dépassements d'honoraires.

Les professionnels de santé sont dits « hors convention » lorsqu'ils n'ont pas signé de convention avec la Sécurité sociale. Les médecins fixent librement leurs tarifs, avec des possibilités de dépassements d'honoraires.

Établissement de santé conventionné

Au sens de la notice d'information, on entend par ce terme aussi bien :

. L'Hôpital public : les frais sont payés directement par la Sécurité sociale à l'hôpital. Le ticket modérateur, le forfait journalier, la chambre particulière ou les frais annexes restent éventuellement à la charge de L'Assuré(e).

. Et l'Établissement privé : les frais sont également pris en charge par la Sécurité sociale. Les tarifs font l'objet d'une convention entre la Sécurité sociale et l'établissement hospitalier.

Établissement de santé non conventionné

Au sens de la notice d'information, on entend par ce terme aussi bien :

. L'établissement agréé par la Sécurité sociale : le tarif de remboursement est inférieur à celui appliqué en secteur conventionné.

. Et l'établissement non conventionné et non agréé : la Sécurité sociale n'accorde aucun remboursement.

Classe A (optique)

Équipement appartenant à une classe à prise en charge renforcée, c'est-à-dire sans reste à charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

Classe B (optique)

Équipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée (dite de classe A), c'est-à-dire avec un tarif libre.

Classe I (aide auditive)

Équipement appartenant à une classe à prise en charge renforcée, c'est-à-dire sans reste à charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

Classe II (aide auditive)

Équipement appartenant à une classe autre que celle à prise en charge renforcée, c'est-à-dire avec un tarif libre.

F

Frais réels (FR)

Ce sont les dépenses réellement engagées par l'assuré et les bénéficiaires du contrat.

Franchise médicale

Somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2008.

H

HLF(Honoraire Limite de Facturation)

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire pour un acte donné. A compter de 2019 et progressivement, des Honoraires Limites de Facturation (HLF) seront appliqués à certaines prothèses dentaires, dont en particulier celles contenues dans le panier « à prise en charge renforcée ».

M

Médecins signataires / non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Médecins signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Il s'agit des médecins ayant choisi d'adhérer à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée. Ces médecins sont signataires de la convention médicale et exercent en secteur 1 ou 2.

Les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée remplacent le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) et se rapportent à deux options qui sont, selon la spécialité médicale exercée par le professionnel :

- l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM),

ou

- l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique (OPTAM CO), pour les médecins exerçant en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique.

Médecins non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Il s'agit des médecins, conventionnés ou non, qui n'ont adhéré ni à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM), ni à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique (OPTAM CO).

Vous trouverez le secteur d'exercice de votre médecin et son éventuelle adhésion aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, en consultant [l'annuaire santé d'Ameli.fr](http://annuaire.santé.ameli.fr). (www.annuaire.sante.ameli.fr)

En tout état de cause, dans le « contrat responsable », le remboursement prévu pour la consultation d'un médecin signataire bénéficiera du meilleur remboursement prévu au contrat pour ce poste.

P

Panier 100% santé ou Panier à prise en charge renforcée

OPTIQUE

Équipement appartenant à une classe à prise en charge renforcée, c'est-à-dire sans reste à charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

DENTAIRE

Actes pour lesquels un Honoraire Limite de Facturation est instauré dans la convention dentaire et ferait l'objet d'une prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire. Le but étant de les rendre accessibles sans reste à charge.

AIDES AUDITIVES

Équipement appartenant à une classe à prise en charge renforcée, c'est-à-dire sans reste à charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

Panier reste à charge maîtrisé (DENTAIRE)

Actes à entente directe limitée (application des honoraires limites de facturation) avec reste à charge.

Panier Tarif Libre (DENTAIRE)

Actes appartenant à un panier autre que ceux à prise en charge renforcée ou à reste à charge maîtrisé, c'est-à-dire avec un tarif libre.

Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)

Il est revalorisé par décret chaque année. **A titre indicatif**, au **1^{er} janvier 2021**, sa valeur est de **3428 €**. Pour rappel, sa valeur au 1^{er} janvier 2020 est de 3428 € (le montant du plafond de la Sécurité sociale est indiqué sur le site : ameli.fr).

PLV (OPTIQUE & AIDES AUDITIVES)

Le Prix Limite de Vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. À défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. Les aides auditives et les lunettes retenues dans les paniers « à prise en charge renforcée » auront, à compter respectivement de 2019 et 2020, des prix limite de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les assurés puissent bénéficier du sans reste à charge sur ces équipements.

T

Tarif d'autorité

C'est un tarif forfaitaire sur lequel l'Assurance Maladie se base pour calculer le remboursement d'un acte médical dispensé par un médecin non conventionné.

Taux de remboursement de la Sécurité sociale

C'est le taux sur lequel la Sécurité sociale se base pour effectuer ses remboursements. Il s'applique sur la base de remboursement de la Sécurité sociale et varie en fonction de l'acte médical.

Ticket modérateur

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire. Il demeure à la charge de l'assuré.