



NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF A ADHESION
FACULTATIVE
“FRAIS DE SANTE”

N° de contrat : A9830012967

Société : ASSOCIATION AVANTAGES IEG PREVOYANCE RETRAITES

Date d'effet : 01/01/2026

Cette Notice a pour objet d'indiquer les conditions de prise en charge des frais de santé de votre contrat, pour vous et vos éventuels ayants droit s'ils sont pris en charge par votre contrat collectif.

Ce contrat est assuré par PREDICA, entreprise régie par le Code des assurances, société anonyme au capital de 1.029.934.935 euros, dont le siège social est 16/18 Boulevard de Vaugirard – 75015 PARIS.

	VOTRE TABLEAU DE GARANTIES	4
	VOS GARANTIES	8
	LEXIQUE	Erreur ! Signet non défini.
	VOS GARANTIES	10
	Généralités sur les prestations	10
	Hospitalisation	10
	Soins courants	10
	Optique	11
	Dentaire	12
	Aides auditives	13
	Autres soins	13
	Limite des remboursements	13
	Territorialité	13
	VOS REMBOURSEMENTS	14
	Vous bénéficiez du système de télétransmission Noémie	14
	Vous ne pouvez pas bénéficier du système de télétransmission Noémie	14
	VOTRE ADHESION	14
	Quels sont les bénéficiaires du contrat ?	14
	Comment réaliser l'adhésion des bénéficiaires ?	14
	PRISE D'EFFET ET CESSATION DES GARANTIES FACULTATIVES	15
	Quand prennent effet vos garanties ?	15
	Quand cessent vos garanties ?	15
	DISPOSITIONS GENERALES	16
	Paiement des cotisations	16
	Médiation	16
	Délai de prescription	17
	Subrogation	17
	Fausse déclaration	17
	Protection des données personnelles	17
	Autorité de contrôle	17



VOTRE TABLEAU DE GARANTIES

Garanties	Assiette	Régime CAMIEG		Base ORA	Surcomplémentaire ORA
		Régime de base	Part complémentaire		
HOSPITALISATION					
Forfait hospitalier journalier	FR / Jour	-	-	100%	-
Frais de séjour et honoraires de médecins signataires de l'option tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques), frais de salle d'opération, dans la limite de 5 300 € en établissement non conventionné d'opération, dans la limite de 5 300 € en établissement non conventionné	BR / Acte	80%/100%	20% / 0% Honoraires : 220% / 200%	100%	-
Honoraires non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	80/100%	220 / 200 %	-	-
– Forfait Patient Urgence	FR / Acte	-	100%	-	-
– Chambre particulière (maternité limité à 8 jours)	PMSS / Nuit	-	-	130 €	-
– Chambre particulière en ambulatoire	PMSS / Jour	-	-	40 €	-
– Frais d'accompagnement (sans limitation de durée - enfant - 16 ans)	PMSS / Jour	-	-	50 €	+10 €

Garanties	Assiette	Régime CAMIEG		Base ORA	Surcomplémentaire ORA
		Régime de base	Part complémentaire		
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux					
Consultations, visites et soins pour les médecins généralistes					
– Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	70%	50%	100%	+40%
– Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée			50%	160%	-
Consultations, visites et soins pour les médecins spécialistes					
– Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	70%	50%	120%	+50%
– Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	70%	50%	100%	-
Radiologie					
– Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	70%	50%	100%	+50%
– Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	70%	50%	80%	-
Actes, techniques médicaux					
– Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	70%	50%	100%	+50%
– Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	70%	50%	80%	-

Garanties	Assiette	Régime CAMIEG		Base ORA	Surcomplémentaire ORA
		Régime de base	Part complémentaire		
Médicaments					
Médicaments prescrits remboursés par la sécurité sociale					
– Médicaments à service médical rendu majeur ou important	BR / Acte	65%	35%	-	-
– Médicaments à service médical rendu modéré	BR / Acte	30%	70%	-	-
– Médicaments à service médical rendu faible	BR / Acte	15%	85%	-	-
Médicaments prescrits non remboursés par la sécurité sociale					
- Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	PMSS / Acte	-	-	85 €	-
– Moyens de contraception féminine prescrits non remboursés par la Sécurité sociale : Pilules de 3 ^e et 4 ^e générations	Euros / Acte	-	-	+85 €	-
– Pansements	BR / Acte	60%	60%	190%	+50%

Matériel médical					
– Grands et petits appareillages remboursés par la Sécurité sociale (<i>Orthèses, prothèses médicales, orthopédie et locations d'appareils</i>)	BR / Acte	60% / 100%	60%/90% /150%/190%	100%	-
Véhicule pour personne handicapée accepté par la Sécurité sociale	PMSS / An	100%	150%	3 300 €	-
Honoraires paramédicaux	BR / Acte	60%	60%	80%	+40%
Analyses et examens de laboratoire	BR / Acte	60%	60%	80%	+40%
Transport	BR / Acte	55%	45%	-	-
Analyse hors nomenclature	PMSS / An	-	-	40 €	+10 €
Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la Sécurité sociale	BR / Acte	100%	-	-	-
Activités de télésurveillance médicale remboursées par la Sécurité sociale	BR / Acte	100%	-	-	-

Garanties	Assiette	Régime CAMIEG		Base ORA	Surcomplémentaire ORA
		Régime de base	Part complémentaire		

OPTIQUE
les forfaits des équipements incluent le remboursement de la Sécurité sociale

Equipements 100% santé * ⁽¹⁾					
– Monture	FR / Acte	100% FR	100% FR	-	-
– Verres	FR / Acte	100% FR	100% FR	-	-
– Prestation d'appairage	FR / Acte	100% FR	100% FR	-	-
– Prestation d'adaptation	FR / Acte	100% FR	100% FR	-	-
Equipements hors 100% santé* ⁽¹⁾ - Adulte					
– Monture	Euros / Monture	60% BR	35 € yc régime de base	65 €	-
– Verre simple ⁽²⁾	Euros / Verre	60% BR	50 € yc régime de base	100 €	+10 €
– Verre complexe ⁽²⁾	Euros / Verre	60% BR	124 € yc régime de base	176 €	-
– Verre hypercomplexe ⁽²⁾	Euros / Verre	60% BR	185 € yc régime de base	165 €	-
– Prestation d'appairage	BR / Acte	60% BR	60%	-	-

Garanties	Assiette	Régime CAMIEG		Base ORA	Surcomplémentaire ORA
		Régime de base	Part complémentaire		
Equipements hors 100% santé - Enfant					
– Monture	Euros / Monture	60% BR	77 € yc régime de base	23 €	-
– Verre simple ⁽²⁾	Euros / Verre	60% BR	43 € yc régime de base	100 €	+17 €
– Verre complexe ⁽²⁾	Euros / Verre	60% BR	103 € yc régime de base	195 €	-
– Verre hypercomplexe ⁽²⁾	Euros / Verre	60% BR	197 € yc régime de base	150 €	-
– Prestation d'appairage	BR / Acte	60% BR	60%	-	-
Autres					
– Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale ⁽³⁾	PMSS / An	60%	+645% BR	300%	+300%
– Lentilles prescrites non remboursées par la Sécurité sociale ⁽⁴⁾	PMSS / An	-	Adulte 92,30 € Enfant 151,20 €	300 €	+30 €
– Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie) y compris chirurgie intraoculaire	PMSS / œil / An	-	-	1 500 €	-

(1) Dans la limite des prix limites de vente au public

(2) Selon la définition des Conditions Générales et de la Notice d'Information

(3) Prise en charge à hauteur du TM pour les lentilles remboursables après consommation du forfait

(4) Ce forfait intègre l'adaptation des lentilles non prises en charge

Garanties	Assiette	Régime CAMIEG		Base ORA	Surcomplémentaire ORA
		Régime de base	Part complémentaire		
DENTAIRE					
Soins et prothèses 100% sante ^{*(1)}					
– Soins	FR / Acte	60% FR	Prise en charge intégrale	-	-
– Prothèses	FR / Acte	60% FR	Prise en charge intégrale	-	-
Soins et prothèses hors 100% sante ^{*(1)}					
Soins - Panier Reste à charge maîtrisé et Panier libre ⁽¹⁾					
– Consultations et soins dentaires (y compris prévention, chirurgiens-dentistes, détartrage, scellement des sillons et radiologie dentaire)	BR / Acte	60%	60%	100%	+50%
– Consultations et soins dentaires (Stomatologie)	BR / Acte	70%	50%	100%	+100%
– Inlay onlay	BR / Acte	60%	60%	150%	-
Prothèses - Panier Reste à charge maîtrisé et Panier libre ⁽¹⁾					
– Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	BR / Acte	60%	435%	300%	+75%
– Couronne sur implant : maximum 5 par an	BR / Acte	60%	435%	440 €	-
– Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	BRR / Acte	-	-	385 €	+128 €
Autres prestations dentaires					
– Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	BR / Semestre	100%	260%	300%	+75%
– Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	Euros / An dans la limite de deux fois par an	-	-	740 €	+200 €
– Couronnes ou stellites provisoires non prises en charge par la Sécurité sociale : 1 à 2 dents	Euros / Acte	-	-	-	-
– Couronnes ou stellites provisoires non prises en charge par la Sécurité sociale : 3 dents	Euros / Acte	-	-	-	-
– Couronnes ou stellites provisoires non prises en charge par la Sécurité sociale : par dent supplémentaire	Euros / Acte	-	-	-	-
– Implantologie : maximum 5 par année civile et par bénéficiaires ⁽²⁾	PMSS/ Acte	-	-	1 100 €	+183 €
– Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale ⁽³⁾	PMSS / An	-	-	580 €	-
– Autres actes codifiés (en référence à la CCAM) non pris en charge par la Sécurité sociale sur frais réels limités à 500 € par an		-	-	40% FR	-

* Tels que définis réglementairement

(1) Les inlay onlay et les prothèses dentaires du panier 100% Santé et du panier Reste à charge maîtrisé seront pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation fixés.

(2) La prestation « Implants » concerne le remboursement de l'implant seul. Dans la limite de la garantie, tous les autres frais liés à la pose de l'implant sont remboursés, selon leur nature, soit au titre des « Autres actes codifiés non pris en charge par la Sécurité sociale » soit au titre des « Soins remboursés par la Sécurité sociale » soit au titre de la prestation « Couronne sur implant »

Garanties	Assiette	Régime CAMIEG		Base ORA	Surcomplémentaire ORA
		Régime de base	Part complémentaire		
AIDES AUDITIVES					
Equipements 100% santé*(1)					
– Aide auditive	FR / Oreille	60% FR	100% FR	-	-
Equipements hors 100% santé					
– Aide auditive pour les assurés jusqu'à leur 20 ^e anniversaire	Euros / Oreille	60% BR	Forfait de 1700 € y compris le régime de base	-	-
– Aide auditive pour les assurés au-delà du 20 ^e anniversaire	Euros / Oreille	60% BR		-	-

			Forfait de 1700 € y compris le régime de base		
– Forfait annuel pour accessoires (piles, écouteurs, embouts, ...) et l'entretien des aides auditives prises en charge par la Sécurité sociale	BR / Acte	60%	60%	76 €	-

*Tels que définis réglementairement.

(1) Dans la limite des prix limites de vente au public en vigueur

Garanties	Assiette	Régime CAMIEG		Base ORA	Surcomplémentaire ORA
		Régime de base	Part complémentaire		
AUTRES SOINS					
Médecine douce					
– Séances d’ostéopathe, acupuncteur, d’étiopathe, de chiropracteur, (Uniquement praticiens rattachés à une fédération reconnue)	Euros / Séance limité en séances / an	-	-	65 € / séance limité à 12 séances /an dans la limite de 90% FR	+5 € / séance limité à 12 séances /an dans la limite de 90% FR
Consultations de psychologues	Euros / Séance limité en séances / an	-	-		+25 € / séance limité à 4 séances /an
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale					
– Honoraires, Transport et Hébergement	Euros / An	65% BR	+55% BR	460 €	-
Ostéodensitométrie	Euros / An	70% BR	+50% BR	123 €	-
Equipement handicap	Euros / An	-	-	1000 €	-
Actes de prévention (Conformément à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale)	BR / Acte	60%	40%	-	-
Pack prévention annuel incluant :					
Psychomotricien, diététicien, ergothérapeute, podologue, amniocentèse ; Dépistage des troubles de l’audition par orthophoniste Bilan de langage oral ou écrit avant 14 ans par orthophoniste Bracelet GSM sur prescription médicale pour Alzheimer Test Hémoccult, tensiomètre prescrits par un médecin	PMSS / An	-	-	300 €	-
SERVICES					
– Réseau de soins	Carte Blanche	-	-	Inclus	Inclus
– Assistance	Europ assistance	-	-	Inclus	Inclus
FR : Frais Réels / Il s'agit de la dépense totale engagée					
BR : Base de Remboursement / Il s'agit d'un montant fixé par la Sécurité sociale servant de référence aux remboursements (Classification Commune des Actes Médicaux - CCAM)					
BRR : Base de Remboursement Reconstituée / Il s'agit d'un montant reconstitué servant de référence au remboursement pour les actes sans BR dans la CCAM					
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale / Il s'agit d'un montant fixé chaque année par décret					

- Le cumul des remboursements (Camieg : Régime de Base et Régime Complémentaire (RC) ainsi que la Couverture Complémentaire Maladie ORA) ne peut excéder le montant des frais réels.
- La Camieg est l'organisme gestionnaire du régime obligatoire de Sécurité sociale de la branche des IEG.



VOS GARANTIES

AIDE AUDITIVE DE CLASSE 2

Une aide auditive est un dispositif médical à usage individuel, destiné à compenser les pertes d'audition ou les troubles de la compréhension. Une aide auditive se compose d'un appareillage pour une oreille ainsi que de différentes prestations d'accompagnement définies par le Code de la sécurité sociale.

Les aides auditives remboursées par la Sécurité sociale sont classées en deux groupes en fonction de leurs caractéristiques techniques.

Les prix des aides auditives relevant de la classe 2 sont déterminés librement et peuvent donner lieu à un reste à charge pour l'assuré.

ASSURE

Les bénéficiaires appartenant à la catégorie indiquée dans les Conditions particulières.

ASSUREUR

Organisme auprès duquel le souscripteur a souscrit le contrat d'assurance collective.

AYANTS DROIT

On entend par ayants droit les personnes autres que l'assuré et pouvant être couvertes au titre du présent contrat.

BASE DE REMBOURSEMENT (BR)

Tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.

CAMIEG

Caisse d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières gestionnaire du régime spécial d'assurance maladie des Industries Electriques et Gazières (IEG).

CONTRATS RESPONSABLES

Les règles que doivent respecter les contrats Frais de santé pour être qualifiés de « contrats responsables » sont fixées par la loi et notamment par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application. Ces règles visent d'une part, à imposer aux organismes Assureurs des planchers et des plafonds de prise en charge pour certaines prestations et d'autre part, à leur interdire de rembourser certaines dépenses.

Le présent contrat ne répond pas à l'ensemble de ces règles. A ce titre, il ne bénéficie d'aucun avantage fiscal ou social (taux réduit de taxe de solidarité additionnelle, déductibilité fiscale du financement salarial, exonération de charges sociales).

COUVERTURE COMPLEMENTAIRE MALADIE (ORA)

La présente couverture complémentaire maladie ORA constitue une extension au profit des anciens salariés statutaires retraités.

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Somme journalière à charge de la personne hospitalisée et dont le montant est fixé par arrêté.

HONORAIRES LIMITES DE FACTURATION

Prix maxima de facturation des actes et prestations effectués par les chirurgiens-dentistes, définis en annexe de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie, prévue à l'article L.162-9 du Code de la Sécurité sociale.

LISTE DES PRODUITS ET PRESTATIONS REMBOURSABLES

Ce terme vise les listes prévues aux articles L.165-1 et L.162-1-7 du Code de la Sécurité sociale et déterminant les actes, produits et prestations dont le remboursement est pris en charge par la Sécurité sociale.

Ces listes distinguent plusieurs classes d'actes et de produits au sein d'une même catégorie de prestations (optique, aide auditive, soins dentaires prothétiques...), l'une d'elles faisant l'objet d'une prise en charge renforcée.

LISTE DES PRODUITS ET PRESTATIONS REMBOURSABLES

Ce terme vise les listes prévues aux articles L.165-1 et L.162-1-7 du Code de la Sécurité sociale et déterminant les actes, produits et prestations dont le remboursement est pris en charge par la Sécurité sociale.

Ces listes distinguent plusieurs classes d'actes et de produits au sein d'une même catégorie de prestations (optique, aide auditive, soins dentaires prothétiques...), l'une d'elles faisant l'objet d'une prise en charge renforcée.



VOS GARANTIES

PLAFOND MENSUEL DE LA SECURITE SOCIALE (PMSS)

Le Plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) est un indice exprimé sous la forme d'un montant en euros et servant de base de calcul de plusieurs prestations sociales. Il est déterminé et revalorisé chaque année par décret.

PLAFOND DE LA SECURITE SOCIALE (PSS)

Le Plafond de la Sécurité sociale (PSS) est un indice exprimé sous la forme d'un montant en euros et servant de base de calcul de plusieurs prestations sociales. Il est déterminé et revalorisé chaque année par décret.

PRIX LIMITES DE VENTE AU PUBLIC

Prix maxima que les professionnels peuvent pratiquer pour les actes et soins qui composent le panier de soins « 100% santé » dans les secteurs de l'optique et des aides auditives tels que définis à la liste des produits et prestations remboursables par la Sécurité sociale, prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale.

SECURITE SOCIALE

Terme générique désignant le régime spécial d'assurance maladie auquel les assurés relevant du statut de la branche des industries électriques et gazières (IEG) sont rattachés.



VOS GARANTIES

VOS GARANTIES

Les garanties Frais de santé du contrat interviennent en complément des garanties souscrites par le Souscripteur auprès de Predica dans le cadre du contrat de base responsable à adhésion facultative N°A9810012966.

Elles ne répondent pas aux conditions et limites fixées par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et par ses textes d'application relatifs aux « contrats responsables ».

Généralités sur les prestations

Le contrat prend en charge, dans la limite des garanties et niveaux associés, souscrites et décrites dans le tableau de garanties figurant en fin de document, le remboursement :

- des frais restant à votre charge après remboursement de la Sécurité sociale pour les actes faisant l'objet d'un remboursement de la Sécurité sociale,
- des dépenses de soins médicalement prescrites à caractère thérapeutiques non remboursées par la Sécurité sociale,
- des dépenses de soins remboursées dans le cadre de forfaits spécifiques prévus au tableau de garanties.

Pour les prestations remboursées par la Sécurité sociale : le niveau des prestations est établi en fonction de la codification des actes médicaux, du tarif en vigueur fixé par la Sécurité sociale (base de remboursement de la Sécurité sociale ou Ticket Modérateur), et de la législation en vigueur à la date d'effet du contrat. Toutes évolutions du niveau de remboursement des régimes obligatoires d'assurance maladie susceptibles de modifier l'engagement de l'assureur feront l'objet d'une modification des garanties. Vous en serez informé par écrit.

Le montant retenu pour les dépenses engagées est celui déclaré à la Sécurité sociale et figurant sur le décompte de prestations de cet organisme ou celui qui vous est facturé, en l'absence de remboursement par la Sécurité sociale.

Les demandes de prestations doivent nous être adressées dans un délai maximum de deux ans à compter de la date des soins.

Hospitalisation

L'hospitalisation regroupe les hospitalisations médicales et chirurgicales dans les établissements conventionnés et non conventionnés, y compris la maternité et l'hospitalisation à domicile.

Les garanties suivantes sont incluses :

- Les frais de séjour en établissements conventionnés ou non conventionnés par la Sécurité sociale, sans limitation de durée,
- Les honoraires médicaux et chirurgicaux, pratiqués par les médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée et les médecins non adhérents, étant précisé que, s'agissant des médecins non adhérents non conventionnés par la Sécurité sociale, la base de remboursement retenue est celle du tarif d'autorité,
- Le forfait patient urgences mentionné à l'article L.160-13, I du Code de la sécurité sociale,
- Les frais engagés par l'assuré dans le cadre d'un parcours coordonné renforcé tel que visé à l'article L.4012-1 du Code de la santé publique,
- La franchise hospitalière,
- Le forfait journalier hospitalier, tel que visé à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale, dans les établissements hospitaliers et médico-sociaux, sans limitation de durée,
- La chambre particulière sans limitation de durée. Cette garantie est toutefois plafonnée à 8 jours par année civile en maternité.
- Les frais d'accompagnant (y compris lit) en cas d'hospitalisation d'un enfant de l'assuré de moins de 16 ans, sans limitation de durée.

Soins courants

Les honoraires médicaux

Les honoraires médicaux incluent les frais suivants, remboursés par la Sécurité sociale :

- Les honoraires des médecins, pratiqués par les médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée et les médecins non adhérents, étant précisé que, s'agissant des médecins non adhérents non conventionnés par la Sécurité sociale, la base de remboursement retenue est celle du tarif d'autorité, pour :
 - les consultations, visites et soins prodigués par des médecins généralistes et spécialistes,
 - les actes techniques médicaux dont les actes de radiologie.



VOS GARANTIES

- Les honoraires paramédicaux,
- Les analyses et examens réalisés par un laboratoire d'analyses de biologie médicale,
- Les frais de transport,
- Les séances d'accompagnement psychologique remboursées par la sécurité sociale dans le cadre du dispositif prévu à l'article L.162-58 du code de la Sécurité sociale,
- Les activités de télésurveillance médicale remboursées par la Sécurité sociale mentionnées à l'article L.162-48 du code de la Sécurité sociale, associant un acte de surveillance médicale d'une part, et l'utilisation d'un dispositif médical numérique d'autre part.

Médicaments

Est inclus le remboursement des médicaments prescrits, remboursés par la Sécurité sociale et vendus en pharmacie. Les médicaments remboursés sont les médicaments à service médical rendu faible remboursés par la Sécurité sociale, vendus en pharmacie.

Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale

Selon les garanties souscrites, cette garantie permet le remboursement des médicaments et des vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale, et à concurrence d'un plafond applicable par année civile et par bénéficiaire.

- Le remboursement est conditionné à :
- Une prescription par un médecin dûment habilité par le Code de la santé publique,
- Une inscription sur la liste des médicaments ayant reçu une autorisation de mise sur le marché par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé,
- Un achat en pharmacie,
- L'envoi de factures nominatives (désignation du médicament et du bénéficiaire).

Matériel médical

Cette garantie permet le remboursement des frais engagés sur les grands, petits appareillages (orthèses, prothèses médicales, orthopédie et location d'appareils) et Véhicules pour personne handicapée remboursés par la Sécurité sociale.

Exclusions particulières sur les Soins courants

Ne sont pas prises en charge :

- les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale,
- toute franchise applicable par la Sécurité sociale.

Véhicules pour handicapés

Cette garantie permet également de bénéficier d'un remboursement pour les frais engagés au titre des véhicules pour handicapés.

Optique

Equipements d'optique médicale (lunettes)

Cette garantie inclut un forfait en Euros pour le remboursement de verres simples, complexes et hypercomplexes et/ou d'une monture de classe B.

On entend par :

1 - verres simples :

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

2 - Verres complexes :

- 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 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;



VOS GARANTIES

- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

3 - Verres hypercomplexes :

- 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.

Autres garanties Optique

Cette garantie permet le remboursement :

- des lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale (y compris les lentilles jetables et lentilles correctrices de couleur).
- de la chirurgie réfractive pour corriger la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme et la presbytie. En revanche, la cataracte n'est pas incluse dans la chirurgie réfractive.

La garantie optique s'applique par an et par bénéficiaire. Toutefois, au sein de cette garantie, le remboursement d'un équipement optique, composé de 2 verres et / ou de 1 monture, ne peut intervenir que tous les 2 ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale.

La période de deux ans est identique à celle applicable aux garanties du contrat de base responsable.

Exclusions particulières

Ne sont pas prises en charge :

les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale (sauf pour les lentilles et la chirurgie réfractive).

Dentaire

Soins

La garantie Dentaire permet le remboursement :

- Des consultations et soins dentaires, y compris les actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale,
- des inlays-onlays.

Prothèses

La garantie Dentaire permet le remboursement :

- des prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (dont inlay-core) pour lesquelles l'entente directe est limitée ou libre (**panier reste à charge maîtrisé et panier libre**).
- des prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale.

Les garanties permettent le remboursement des prothèses dentaires dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie prévue à l'article L.162-9 du Code de la sécurité sociale pour les actes relevant panier reste à charge maîtrisé.

Autres

La garantie Dentaire permet également le remboursement :

- de l'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale,
- de la parodontologie et de l'endodontie remboursées par la Sécurité sociale,
- de la parodontologie et de l'endodontie non remboursées par la Sécurité sociale.
- l'orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale,
- l'implantologie, incluant l'implant et le pilier sur implant.

Un plafond global en Euros est prévu sur les garanties dentaires (hors consultations et soins dentaires et inlays-onlays).

Ce plafond est défini par an et par bénéficiaire.



VOS GARANTIES

Exclusions particulières

Ne sont pas pris en charge :

Les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale (sauf pour les prestations mentionnées explicitement ci-dessus).

Aides auditives

La garantie permet le remboursement, par aide auditive, en cas d'acquisition de dispositifs relevant de la **classe 2** :

- des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité.

Le renouvellement du remboursement d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de quatre ans suivant la date d'acquisition de la précédente aide auditive remboursée par la Sécurité sociale.

Cette période s'entend pour chaque oreille indépendamment. Elle est fixe et ne peut donc être ni réduite, ni allongée.

La période de quatre ans est identique à celle applicable aux garanties du contrat de base responsable.

En outre, ne sont pas pris en charge :

- **Les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale (sauf pour les prestations mentionnées explicitement)**

Autres soins

Cures thermales

La garantie Cures thermales permet le remboursement des frais de cures remboursés par la Sécurité sociale. Il inclut également les honoraires et un forfait en Euros par an et par bénéficiaire pour les frais liés au transport et à l'hébergement.

Médecines douces

Cette garantie permet le remboursement des consultations d'ostéopathe, acupuncteur, d'étiopathe et de chiropracteur, réalisées par des praticiens inscrits auprès du registre national de leur spécialité à concurrence d'un plafond applicable par séance et par bénéficiaire dans la limite d'un nombre de séances défini par année civile.

Le remboursement est effectué sur présentation d'une facture nominative acquittée, établie par le praticien.

Exclusions particulières

Ne sont pas pris en charge :

- **Les actes de praticiens non recensés professionnellement dans les activités listées ci-dessus.**

Limite des remboursements

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à votre charge ou à celle de vos ayants droit, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du Code de la sécurité sociale.

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

Territorialité

Les garanties du présent contrat s'exercent en France et à l'étranger, quel que soit le pays dans lequel les dépenses de santé ont été engagées, dans la mesure où elles font l'objet d'un remboursement de la part de la Sécurité sociale française.

Par exception, les prestations visées au présent contrat, et pour lesquelles il n'y a pas de remboursement de la Sécurité sociale française, ne sont prises en charge qu'à condition d'avoir été effectuées en France.



VOS GARANTIES

VOS REMBOURSEMENTS

Pour obtenir le premier remboursement, vous devez avoir rempli et signé un bulletin individuel d'adhésion mentionnant, le cas échéant, vos ayants droit, auquel doit être joint un relevé d'identité bancaire ou postal et une photocopie de l'attestation de la carte d'assuré social des personnes à assurer.

Vous bénéficiez du système de télétransmission Noémie

Ce dispositif vous évite de nous adresser les décomptes de la Sécurité sociale. En effet, dès que vous vous êtes servi de votre carte Vitale ou après avoir envoyé votre feuille de soins à la Sécurité sociale, cette dernière nous transmet le montant des remboursements à verser. Nous procédons au virement du remboursement complémentaire directement sur votre compte bancaire.

Vous ne pouvez pas bénéficier du système de télétransmission Noémie

La Sécurité sociale effectuera son remboursement et vous enverra un décompte de prestations que vous devez faire parvenir à l'adresse suivante accompagné, le cas échéant, des factures (optique, dentaire...) :

CENTRE DE GESTION

CREDIT AGRICOLE ASSURANCES

TSA 50190

28039 CHARTRES CEDEX

L'assureur se réserve le droit de vous demander tout justificatif prouvant la bonne exécution des soins dont vous demandez le remboursement au titre de ce contrat.

Conformément à la réglementation, vous pourrez bénéficier du tiers payant auprès des praticiens qui l'acceptent.

VOTRE ADHESION

Quels sont les bénéficiaires du contrat ?

Peuvent demander à adhérer au présent contrat :

Sont bénéficiaires des garanties souscrites :

- Les anciens salariés retraités et affiliés au régime spécial d'assurance maladie des IEG ;
- Les ayants droit bénéficiaires à titre obligatoire des garanties du régime spécial des IEG géré par la CAMIEG dont les ressources annuelles sont inférieures ou égales à 1 560 fois la

moyenne annuelle des valeurs horaires du SMIC au cours de l'année de référence, à savoir : le conjoint, le conjoint séparé, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin affilié au régime spécial d'assurance maladie des IEG ;

- L'enfant célibataire du Salarié statutaire à la charge de l'ouvrant droit, de son conjoint, de son conjoint séparé, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie, la pupille de la Nation dont l'ouvrant droit est tuteur, ou l'enfant recueilli et qui est :
 - Âgé de 26 ans au plus, le bénéfice des garanties se poursuivant jusqu'à la fin de l'année civile de son 26e anniversaire ;
 - Ou âgé de plus de 16 ans, atteint d'un handicap médicalement reconnu avant son 21e anniversaire ;
 - Ou âgé de plus de 16 ans, orphelin partiel de l'ayant droit, handicapé, titulaire d'une pension d'un autre régime ou percevant l'Allocation Adulte Handicapé. La situation de handicap est prise en compte conformément aux dispositions du premier alinéa de l'article 29 de l'annexe 3 du statut national du personnel des IEG issu du décret n°46-1541 du 22 juin 1946.

Vous devez nous fournir, à l'adhésion et à tout moment sur notre demande, tout document permettant de justifier de la qualité de bénéficiaire.

Comment réaliser l'adhésion des bénéficiaires ?

Pour bénéficier des garanties vous devez compléter, signer et retourner à l'assureur le bulletin individuel d'adhésion matérialisé ou dématérialisé mentionnant, le cas échéant, les ayants droit.

Ce bulletin doit être accompagné des justificatifs (cités dans celui-ci) suivants :

Pour vous :

- une photocopie de l'attestation de votre carte d'assuré social que vous pouvez récupérer sur ameli.fr ou dans votre caisse d'assurance maladie,
- votre relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne.



VOS GARANTIES

Si vous êtes concerné :

- une photocopie de l'attestation de la carte d'assuré social de vos ayants droit,
- les photocopies des certificats de scolarité pour les enfants de plus de 18 ans ou tout document justifiant de leur situation d'ayant droit,
- l'attestation de PACS,
- votre certificat de concubinage ou une attestation sur l'honneur

Vous devez fournir à l'assureur, à l'adhésion et à tout moment à sa demande, tout document permettant de justifier de la qualité de bénéficiaire.

Vous êtes également tenu de déclarer en cours de contrat toute modification intervenant dans votre situation (changement d'adresse, modification de la situation de famille dans le mois suivant la modification).

PRISE D'EFFET ET CESSATION DES GARANTIES FACULTATIVES

Quand prennent effet vos garanties ?

La garantie prend effet pour l'assuré :

- A la date d'effet du contrat collectif facultatif de base N°A9810012966, si vous formulez votre choix lors de l'adhésion à celui-ci.
- Si vous formulez votre choix dans les trois mois suivant votre adhésion au contrat facultatif de base, le premier jour du mois suivant la date de réception de votre demande par l'assureur ;
- En cas d'adhésion au cours de la vie du contrat, hors des délais et des circonstances prévus ci-dessus, le premier jour de l'année civile suivant la date de réception de votre demande par l'assureur, sous réserve qu'elle ait été effectuée avant le 31 octobre de l'année en cours ;

Dans le cas où vous avez déjà demandé la cessation de la garantie facultative, toute nouvelle adhésion ne prendra effet qu'au terme de 2 années civiles entières suivant la date d'effet de la résiliation.

Pour les ayants droit de l'assuré, la garantie prend effet :

- A la même date que l'assuré sous réserve qu'ils répondent aux conditions d'ayants droit.

Les actes et prescriptions médicales ou chirurgicales antérieurs à la date de prise d'effet du contrat ou de la garantie ou dont la date de première proposition, de prescription ou d'exécution se situe avant la date de prise d'effet du contrat ou de la garantie ne peuvent donner lieu à remboursement par l'assureur.

Conformément à l'article L112-9 du Code des assurances, à compter de l'adhésion aux garanties vous disposez d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer à votre adhésion. Pour ce faire, il suffit d'en aviser Predica en adressant, sous pli recommandé avec avis de réception, une lettre de renonciation établie selon le modèle figurant ci-dessous, à :

**CENTRE DE GESTION
CREDIT AGRICOLE ASSURANCES
TSA 50190
28039 CHARTRES CEDEX**

« Je soussigné (Nom et prénom), demeurant à _____ déclare renoncer à l'adhésion aux garanties de mon contrat collectif frais de santé surcomplémentaire et demande le remboursement des cotisations versées puisqu'aucune prestation ne m'a été versée.

Fait à _____, le _____ signature. »

L'exercice du droit de renonciation entraîne la résiliation de l'adhésion aux garanties à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec accusé de réception. Dès lors que l'assureur a connaissance du paiement d'une prestation, vous ne pouvez plus exercer votre droit à renonciation.

La renonciation entraîne la restitution, dans un délai de trente jours, des cotisations versées à l'assureur.

Quand cessent vos garanties ?

Vos garanties cessent :

- A la date de résiliation du contrat collectif par le souscripteur ou par l'assureur quel qu'en soit le motif ;
- A la date à compter de laquelle vous et, le cas échéant, vos ayants droit ne remplissez plus les conditions requises pour adhérer au contrat,
- Avant la première échéance du contrat collectif, au 31 décembre qui suit la demande de cessation de votre adhésion adressée au plus tard le 31 octobre précédent à l'assureur par lettre ou tout autre support durable. L'adhésion cesse pour l'ensemble des personnes couvertes par le présent contrat ;



VOS GARANTIES

- A l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date de votre adhésion, un mois après réception de la demande de cessation de votre adhésion qui peut être adressée à tout moment à l'assureur par lettre ou tout autre support durable. Dans l'hypothèse où votre adhésion a été réalisée par un mode de communication à distance, la résiliation peut être faite par le même mode de communication. L'adhésion cesse pour l'ensemble des personnes couvertes par le présent contrat ;
- Lorsque des modifications sont apportées à vos droits et obligations, vous pouvez dénoncer votre adhésion, en adressant une demande en ce sens à l'assureur dans le délai d'un mois à compter de la remise de l'information écrite relative à ces modifications ;
- Les garanties prennent également fin en cas de non-paiement des cotisations dues.

La cessation de la garantie, quelle qu'en soit la cause, entraîne à sa date d'effet, la perte immédiate des droits aux prestations pour vous et vos ayants droit et exige la restitution de la carte de tiers payant à l'Assureur.

Les demandes de cessation d'adhésion sont à adresser aux coordonnées suivantes:

Par courriel :

resiliation-assurancescollectives@ca-assurances.fr

Par courrier postal :

PREDICA
Santé/Prévoyance
TSA 86006
26906 VALENCE Cedex 9

DISPOSITIONS GENERALES

Paiement des cotisations

Pour le paiement des cotisations, un avis d'échéance vous sera adressé.

Le paiement des cotisations s'effectue par chèque ou prélèvement SEPA à terme à échoir.

A défaut de paiement des cotisations dans les dix jours de leur échéance, l'assureur se réserve le droit de suspendre les garanties trente jours après que l'assureur vous ait envoyé une lettre recommandée avec avis de réception constituant une mise en demeure. Dans la lettre de mise en demeure, l'assureur informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Au cas où la prime annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de prime, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

L'assureur se réserve le droit de résilier le contrat collectif dix jours après le délai de trente jours mentionné ci-dessus. Le contrat non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'assureur les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement. **Les frais médicaux prescrits pendant la période de suspension de la garantie ne donnent lieu à aucune prise en charge.**

Médiation

Pour toute précision ou pour toute réclamation, nous vous remercions d'adresser une réclamation écrite au service suivant auprès duquel vous pouvez solliciter à tout moment un nouvel examen de votre réclamation :

CENTRE DE GESTION

CREDIT AGRICOLE ASSURANCES

TSA 50190

28039 CHARTRES CEDEX

Toute réclamation écrite est traitée dans les meilleurs délais, sans excéder dix (10) jours ouvrables pour en accuser réception et deux (2) mois pour y répondre.

A l'issue d'un délai de deux mois après l'envoi de votre réclamation écrite, ou si la réponse à cette dernière ne vous donne pas satisfaction, vous pouvez alors recourir gratuitement à une procédure de médiation, en vous adressant au Médiateur de l'assurance à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance

TSA 50110

75441 PARIS Cedex 09

ou sur le site internet :

<http://www.mediation-assurance.org>

Toutefois, cette procédure n'est possible que si aucune action judiciaire n'a été engagée.



VOS GARANTIES

Délai de prescription

Conformément à l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du contrat 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.

Conformément à l'article L.114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis 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 la prestation.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'alinéa précédent sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée ;
- la demande en justice, même en référé, et y compris dans le cas où elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque la saisine de la juridiction est annulée 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 en justice ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Subrogation

Conformément à l'article L.131-2, alinéa 2 du Code des assurances, les prestations ayant un caractère indemnitaire et étant versées en remboursement des frais supportés par l'assuré, l'assureur est subrogé, à concurrence des sommes versées par lui, dans les droits et actions de l'assuré, contre tout tiers responsable.

Fausse déclaration

Toute réticence ou fausse déclaration modifiant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion de l'assureur entraînerait l'application de l'article L.113-8 du Code des assurances, lequel prévoit :

« Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du souscripteur, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par le souscripteur a été sans influence sur le sinistre.

Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie ».

Protection des données personnelles

Les données à caractère personnel (« DCP ») collectées dans le cadre de la présente souscription et au cours de son exécution, sont communiquées à PREDICA, Responsable de traitement.

Vos données font l'objet d'un traitement dans le cadre des finalités suivantes : la passation, l'exécution et la gestion des contrats d'assurance, ainsi que la réponse aux obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur incombant à PREDICA. Le traitement de ces données **est obligatoire** pour l'accomplissement des finalités visées ci-dessus.

Conformément à la législation en vigueur sur la protection des données à caractère personnel, vous êtes informé que vos données à caractère personnel, seront conservées, proportionnellement aux finalités décrites et pour les durées suivantes :

Dans le cadre de la passation, de l'exécution et de la gestion du contrat :

Vos données sont conservées pour la durée de la relation contractuelle, augmentée des délais nécessaires aux prescriptions applicables.

Les délais de conservation sont de :

- 5 ans à compter de la fin de la relation contractuelle ;
- dans le cadre de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme : 5 ans à compter de la réalisation de l'opération ;



VOS GARANTIES

- dans le cadre des obligations de connaissance client, obligations déclaratives fiscales OFAC : conservation selon les durées légales ou réglementaires de prescription applicables.

Conformément à la réglementation en vigueur, PREDICA peut consulter la liste des Nationaux Spécialement Désignés et Personnes Bloquées du Département du Trésor américain (<http://sdnsearch.ofac.treas.gov>) ;

- dans le cadre de lutte contre la fraude : 6 mois à compter de l'alerte pour les alertes non pertinentes. Pour les alertes pertinentes, la durée de conservation est de 5 ans à compter de la clôture du dossier de fraude ou prescription légale applicable en cas de poursuite.

Le traitement des données collectées pour la passation, l'exécution et la gestion du contrat a pour base légale l'exécution contractuelle ;

Les traitements de données dans le cadre de : la lutte contre le blanchiment de capitaux, du financement du terrorisme, des obligations de connaissance client, obligations déclaratives fiscales IFU, FATCA, OFAC, EAI, ont pour base légale les obligations légales du Responsable de Traitement ;

Le traitement des données collectées pour la lutte contre la fraude interne et externe a pour base légale l'intérêt légitime du Responsable de Traitement ;

Le traitement des données de santé, collectées pour la bonne exécution du contrat a pour base légale le consentement de la personne concernée ;

Le traitement des données dans le cadre de la prospection commerciale a pour base légale l'intérêt légitime du Responsable de Traitement ;

Le traitement des données dans le cadre de la prospection commerciale par voie électronique a pour base légale le consentement de la personne concernée

Les destinataires de ces données sont : les co-Assureurs et réAssureurs, autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, ainsi qu'à une ou plusieurs sociétés du Groupe Crédit Agricole, chargées de la gestion et de la prévention des risques opérationnels (lutte contre le blanchiment de capitaux, évaluation des risques) au bénéfice de l'ensemble des entités du Groupe, sans possibilité d'opposition de la part de la personne.

Vos données sont également communiquées aux sous-traitants de PREDICA, dont la liste pourra vous être communiquée sur simple demande selon les modalités précisées ci-après.

En application de la réglementation en vigueur, vous disposez sur vos données à caractère personnel, des droits :

- d'accès ;
- de rectification ;
- à l'effacement - l'oubli : notamment lorsque les données ne sont plus nécessaires au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées ;
- de limitation : notamment en cas d'inexactitude des données ou lorsque la personne conteste le fondement de l'intérêt légitime de collecte de la donnée ;
- d'opposition au traitement de ses données, dès lors qu'il ne s'agit pas de données obligatoires, indispensables à l'exécution du contrat.

Si ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale dans le cadre de démarchage téléphonique, PREDICA vous informe, conformément à la Loi 2014-344 du 17 mars 2014, que vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL.

Pour plus d'informations, vous pouvez consulter le site

www.bloctel.gouv.fr

L'ensemble de vos droits peuvent être exercés, en justifiant de son identité, par courrier simple à : PREDICA – Délégué à la Protection des Données – Droit d'accès – 75724 Paris cedex 15.

Après épuisement des procédures internes PREDICA, en cas de désaccord persistant, la CNIL peut être saisie à partir de son site internet : www.cnil.fr.

Autorité de contrôle

L'assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest - 75436 PARIS Cedex 09.

