

Assurance Santé de La Banque Postale

Contrat responsable

Conditions Générales

LA BANQUE POSTALE

Madame, Monsieur,

Vous projetez ou venez de Vous assurer, Vous et votre famille, auprès de CNP Assurances Santé Individuelle, filiale de La Banque Postale, afin de limiter les dépenses de santé restant à votre charge. Nous Vous en remercions et tenons à Vous donner dès maintenant les Conditions Générales de notre contrat Assurance Santé de La Banque Postale. Ce document complètera vos Conditions Particulières pour constituer votre contrat d'assurance.

Vous y trouverez les informations essentielles relatives à la vie de votre contrat (si votre situation évolue, si Vous souhaitez modifier votre couverture...) et, bien sûr, tout ce que Vous devez savoir sur l'ensemble de vos garanties d'assurance et d'assistance.

Afin de Vous en faciliter la compréhension, Nous avons voulu que ce document très technique, comme le sont toujours des Conditions Générales, soit pour Vous clair et pédagogique, pratique et facilement accessible.

Pour chaque garantie de votre contrat, Vous trouverez très précisément :
- ce qui est garanti,
- et ce qui ne l'est pas.

Vous trouverez également :
- les prestations d'assistance à votre disposition pour Vous accompagner dans les moments parfois difficiles,
- vos droits et vos obligations,
- nos obligations également,
- ainsi que les actions que Vous pourrez mener en cas de désaccord avec Nous.

Dans un souci de transparence, tout est dit, expliqué noir sur blanc. Et naturellement, en cas de doute, si Vous avez besoin d'un conseil... n'hésitez pas à prendre contact avec Nous au numéro de téléphone indiqué en dernière partie de ce document. Vous y trouverez également un récapitulatif des numéros utiles pour suivre vos demandes de remboursement.

Merci de votre confiance. Soyez assuré que, chaque fois que Vous en aurez besoin, Nous mettrons tout en œuvre pour protéger vos intérêts.

CNP assurances

CNP Assurances, du groupe La Banque Postale, assure et gère votre contrat d'assurance.

Assureur de personnes et de biens, nous concevons des solutions d'épargne et de protection qui accompagnent et facilitent tous les parcours de vie.

CNP Assurances est un acteur de référence de l'assurance depuis plus de 170 ans et compte dans le monde 36 millions d'assurés en prévoyance/protection et 14 millions d'assurés en épargne/retraite.

Votre contrat Assurance Santé de La Banque Postale

Vous êtes protégé ainsi que les membres de votre famille désignés au contrat lorsque des frais liés aux dépenses de santé restent à votre charge.

Vous bénéficiez d'une couverture qui tient compte de vos besoins essentiels : soins courants, hospitalisation, dentaire, optique, aides auditives, prévention et assistance.

Pour être encore mieux protégé, Vous disposez d'un choix de plusieurs niveaux de garanties, en fonction de vos besoins.

Vos Conditions Générales ont été structurées par univers de garanties pour en faciliter la lecture. En cas de sinistre, Vous avez immédiatement toutes les informations nécessaires à votre disposition dans la section 5 « Comment utiliser votre contrat ? » des présentes Conditions Générales.

Vous pouvez également accéder à votre contrat et obtenir tous types d'informations sur plusieurs canaux :

- en contactant le Centre de Relation Client au **03 28 53 20 18***
- sur votre Espace Personnel **https://www.espace-client-sante.labanquepostale.fr/****
- sur le site Internet **www.labanquepostale.fr****
- depuis l'application **La Banque Postale****
- en joignant notre centre d'appel au **3639***

* Coût d'un appel local depuis un poste fixe.
** Coût de connexion selon le fournisseur d'accès.

Votre contrat en clair :

L'Assureur de votre contrat Assurance Santé de La Banque Postale est CNP Assurances Santé Individuelle dont le siège social est situé au 4 Promenade Cœur de ville – 92130 Issy-les-Moulineaux.

Toute correspondance doit être adressée à :
CNP Assurances Santé Individuelle – TSA 20144 – 51725 Reims CEDEX.

L'instance chargée de veiller au respect des dispositions législatives et règlementaires relatives à l'assurance est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 Place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris CEDEX 09.

Votre contrat est constitué des pièces suivantes :

→ **les Conditions Générales** qui définissent le champ d'application des garanties, leurs contenus , leurs modalités de mise en œuvre et leurs limites.

→ **les Conditions Particulières** qui précisent, selon les garanties souscrites et l'identité des personnes à assurer, le niveau détaillé des remboursements.

En cas de divergence entre les Conditions Générales et les Conditions Particulières, les Conditions Particulières priment.

Sommaire

1. Votre lexique 6

→ Retrouvez dans cette partie toutes les définitions des termes avec une majuscule et suivis d'un drapeau ( ) que Vous trouverez dans le document.

2. Tout pour vous informer 11

→ Tout ce qu'il faut savoir sur votre contrat Assurance Santé, ce qui est assuré par votre contrat et le paiement de votre cotisation d'assurance.

→ Sont également présentées dans cette partie les démarches à suivre en cas d'évolution de votre situation personnelle.

3. Vos garanties d'assurance 18

→ Retrouvez dans cette partie toutes les informations concernant vos garanties d'assurance. Vous savez exactement ce qui est garanti et ce qui ne l'est pas et quels montants maximum.

4. Vos garanties d'assistance 26

→ Retrouvez dans cette partie toutes les informations concernant les prestations d'assistance dont Vous pouvez bénéficier. Vous savez exactement ce qui est garanti et ce qui ne l'est pas.

5. Comment utiliser votre contrat ? 37

→ Retrouvez dans cette partie les informations utiles concernant les démarches pour demander un remboursement.

6. Vos droits 42

→ À chaque étape de votre contrat d'assurance, tant à la souscription que pendant la vie de votre contrat, Vous disposez de droits qui vont de la réclamation à la résiliation qui Vous sont présentés dans cette partie.

→ Retrouvez également tout ce qui concerne la protection des données personnelles.

7. Dispositions générales 50

→ Retrouvez dans cette partie les informations concernant l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution et les dispositions relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux, le financement du terrorisme et les sanctions financières ainsi que celles relatives à la lutte contre la corruption.

8. Vos contacts 52

→ Les contacts à connaître pour appeler l'assistance, demander un remboursement et pour tout ce qui concerne la gestion de votre contrat.

Informations précontractuelles en cas de souscription à distance

Le contrat Assurance Santé de La Banque Postale est un contrat d'assurance individuel souscrit auprès de CNP Assurances Santé Individuelle – S.A. au capital social de 3 336 000 €. Siège social : 4 Promenade Coeur de ville 92130 Issy-les-Moulineaux. RCS Nanterre 440 165 041. Entreprise régie par le Code des assurances.

Les garanties d'assistance sont assurées et gérées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL – Société anonyme, au capital de 4.100.000 euros, entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le n° 433 012 689, identifiant unique ADEME : FR329780_01LOPR, dont le siège social est situé au 108, Bureaux de la Colline - 92213 SAINT CLOUD CEDEX.

L'instance chargée du contrôle des activités de CNP Assurances Santé Individuelle et Filassistance International est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris CEDEX 09 – https://acpr.banque-france.fr/

À la souscription du contrat, le montant de la cotisation est fixé selon les critères définis à l'article 2.3 sous-partie 2 « Le montant de la cotisation » des présentes Conditions Générales.

La durée du contrat est d'1 an, renouvelable par tacite reconduction chaque année à la date anniversaire de la prise d'effet du contrat.

Les garanties sont indiquées dans la partie 3 « Vos garanties d'assurance » et la partie 4 « Vos garanties d'assistance ».

Les exclusions générales de garantie du contrat sont précisées à l'article 2.2 sous-partie 5 « Ce pour quoi Vous n'êtes jamais assuré » ainsi que dans les encadrés propres à certaines garanties.

L'offre contractuelle définie dans le devis est valable 30 jours à compter de la date d'envoi indiquée dans le courrier d'accompagnement desdits documents.

Les frais afférents à une souscription à distance sont à votre charge et ne feront l'objet d'aucun remboursement (frais d'envoi postaux, coût des communications téléphoniques et de connexion Internet).

Vous bénéficiez d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus, à compter soit de la date de conclusion du contrat correspondant à la date d'émission des Conditions Particulières, soit de la date de réception des conditions contractuelles si cette dernière date est postérieure à la date de conclusion du contrat.

Les modalités pratiques d'exercice du droit à renonciation ainsi que l'adresse à laquelle la demande doit être envoyée figurent à l'article 2.1 sous-partie 7 « Le droit de renonciation » des présentes Conditions Générales.

Les relations précontractuelles et contractuelles avec CNP Assurances Santé Individuelle et Filassistance International sont régies par le droit français.

CNP Assurances Santé Individuelle et Filassistance International s'engagent à utiliser la langue française pendant toute la durée du contrat.

Les modalités d'examen des réclamations et le processus de médiation sont explicités dans l'article 6.1 « La réclamation - la médiation ».

Il est porté à votre connaissance l'existence du Fonds de garantie contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes (article L. 423-1 du Code des assurances) et du Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions (article L. 422-1 du Code des assurances).

1. Votre lexique

Les termes écrits avec une majuscule et suivis d'un drapeau (⚑) sont définis dans le lexique ci-après.

1 Lexique générique

A

Assuré(s)

Le(s) Assuré(s)⚑ est/sont la/les personne(s) physique(s) sur laquelle/lesquelles portent les garanties du contrat.
Le(s) Assuré(s)⚑ est/sont désigné(s) dans les Conditions Particulières.

Assuré Principal

Premier Assuré⚑ désigné dans le contrat. Si le souscripteur du contrat est assuré, il est obligatoirement l'Assuré Principal⚑.

Assureur / Nous

CNP Assurances Santé Individuelle assure les garanties d'assurance et Filassistance International assure les garanties d'assistance.

Atteinte Corporelle

Blessure ou maladie dont la nature risque de porter atteinte à la vie même de l'Assuré⚑ ou d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

B

Base de remboursement

Barème établi par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire⚑ pour encadrer les tarifs pratiqués par les professionnels de santé. C'est en fonction de cette base, également appelée "Tarif de Responsabilité" qu'intervient le remboursement de la Sécurité sociale, puis celui effectué au titre de Assurance Santé de La Banque Postale.
Il existe également le Tarif de convention qui concerne les actes qui sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire⚑.
Enfin, le Tarif d'Autorité concerne les actes qui sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire⚑.

C

Convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie

Convention organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie signée le 21 juin 2018.

D

Dispositif 100 % santé

Soins et équipements optiques, dentaires et aides auditives faisant l'objet d'une prise en charge intégrale au sens de la règlementation afférente aux contrats responsables et notamment en application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Les équipements et prestations entrant dans le panier 100 % santé sont définis par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale.

E

Évolution de la vue

Pour un Assuré⚑ âgé de 16 ans et plus, est considérée comme une Évolution de la vue⚑ :

- une variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- une variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- une somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence

de variation de la vision de loin ; variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- une variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- une variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

L'âge s'apprécie à la date des soins.

Pour les Enfants de moins de 16 ans l'Évolution de la vue est objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Enfant

Dans le cadre des garanties d'assurance (à l'exclusion des garanties d'assistance) :
- les Enfants de l'Assuré Principal ou de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité, dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie, jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 25 ans, sous réserve de la poursuite d'étude,
- les enfants Handicapés de l'Assuré Principal ou de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité, dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie, quel que soit leur âge.

F

Forfait journalier hospitalier

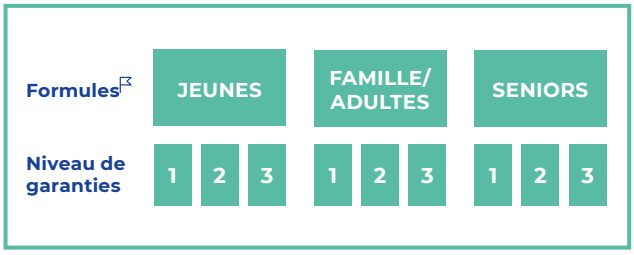
Participation du patient aux frais liés à son hospitalisation.

Forfait patient urgences

Participation Forfaitaire facturée en cas de passage aux urgences non suivi d'hospitalisation.

Formule

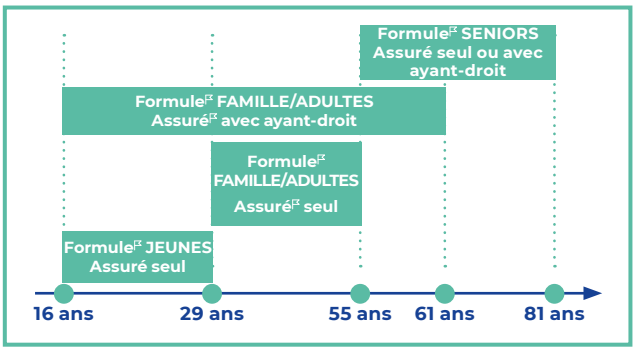
3 Formules sont proposées au sein de Assurance Santé de La Banque Postale, à savoir : JEUNES, FAMILLE/ADULTES et SENIORS. Au sein de chacune de ces Formules, Vous avez le choix entre 3 niveaux de garanties, selon les besoins que Vous avez exprimés.



La Formule JEUNES est accessible uniquement dans l'hypothèse où une seule personne, âgée de 16 à 28 ans inclus dans l'année de la prise d'effet des garanties est assurée au titre du contrat.

La Formule FAMILLE/ADULTES est accessible :
- soit si une personne ou plus, âgée de 29 ans à 54 ans inclus dans l'année de la prise d'effet des garanties est assurée au titre du contrat ;
- soit si l'Assuré Principal est âgé de 16 ans à 60 ans inclus dans l'année de la prise d'effet des garanties et qu'il y a au moins un Enfant assuré au titre du contrat.

La Formule SENIORS est accessible uniquement dans le cas où une personne ou plus, âgée de 55 ans à 80 ans inclus dans l'année de la prise d'effet des garanties, est assurée au titre du contrat.



Frais réels

Dépenses réellement payées par le (les) Assuré(s) pour leurs dépenses de santé.

O

Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et Option pratique tarifaire maîtrisée - Anesthésie-Chirurgie-Obstétrique (OPTAM-ACO)

Conventions signées entre des médecins et l'Assurance Maladie, destinées à favoriser l'accès aux soins pour les patients, en permettant que ceux-ci soient mieux remboursés en cas de dépassements d'honoraires.

P

Parcours de soins coordonnés

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné et personnalisé et être remboursés de façon optimale. Organisé autour du médecin traitant que l'Assuré désigne auprès de sa Caisse d'Assurance Maladie, il concerne tous les bénéficiaires du Régime d'Assurance Maladie Obligatoire âgés de plus de 16 ans.

Participation Forfaitaire

Somme forfaitaire, dont le montant est fixé par décret, qui reste, conformément aux dispositions de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité

sociale, à la charge de l'Assuré pour chaque consultation d'un généraliste ou d'un spécialiste, les examens de radiologie ou de biologie.

La Participation Forfaitaire ne concerne pas :

- les personnes âgées de moins de 18 ans,
- les femmes enceintes à partir de leur 6e mois de grossesse et jusqu'au 12e jour suivant la date de l'accouchement,
- les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS) et de l'Aide Médicale de l'État (AME).

R

Régime d'Assurance Maladie Obligatoire

Comprenant :

Le régime Général

Il couvre l'ensemble des salariés, assimilés et retraités qui ne relèvent pas d'un régime spécial ou agricole.

Le régime local Alsace Moselle

Concerne les bénéficiaires du Régime d'Assurance Maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

La Mutualité Sociale Agricole (MSA)

Concerne les bénéficiaires du Régime de Protection Sociale Obligatoire du secteur agricole.

Ce présent contrat n'est pas un contrat dit « Madelin » au sens de la réglementation et notamment de la loi n°94-126 du 11 février 1994. Ce contrat ne peut être souscrit par des bénéficiaires de régimes spéciaux.

Reste à charge

Le reste à charge est le montant que le patient doit assumer suite aux frais médicaux qu'il a reçus, après le remboursement du Régime d'Assurance Maladie Obligatoire et de son contrat.

T

Ticket Modérateur

Différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et le montant du remboursement qu'elle effectue. Cette part de frais de soins est laissée à la charge des Assurés.

En fonction de la garantie souscrite, Nous pouvons prendre en charge tout ou partie de cette somme, déduction faite des éventuelles franchises ou participations applicables.

Tiers de Confiance

Désigne l'organisme habilité avec lequel Nous travaillons pour effectuer les opérations de sécurité juridique d'authentification, de transmission et de stockage dans le cadre de la signature électronique du contrat. Il délivre un certificat électronique qui permet d'assurer l'authenticité du document signé ainsi que son intégrité.

V

Vous

Le souscripteur du contrat c'est-à-dire la personne physique signataire du contrat et qui verse les cotisations.

Vous pouvez, le cas échéant, ne pas bénéficier de la qualité d'Assuré. Lorsque Vous êtes assuré, Vous bénéficiez obligatoirement de la qualité d'Assuré Principal.

Lors de la souscription, Vous devez :

- être âgé de 16 ans à 80 ans inclus dans l'année de prise d'effet des garanties,
- résider en France métropolitaine ou dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM),
- ne pas avoir eu de contrat de complémentaire santé résilié par Nous pour non paiement de la cotisation au cours des 36 derniers mois,
- être affilié à un Régime d'Assurance Maladie Obligatoire.

2 Lexique spécifique à l'assistance

A

Accident

Blessure non intentionnelle et indépendante de la volonté du Bénéficiaire, provenant de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure et dont la nature risque de porter atteinte à la vie même du Bénéficiaire ou d'engendrer à brève échéance une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

Aide à domicile

Personne assurant les travaux courants d'entretien du logement au Domicile de l'Assuré, tels que le ménage, les courses de proximité, le repassage et l'aide aux repas.

Animaux de compagnie

Chiens et chats remplissant les obligations d'identification et de vaccination fixées par la réglementation **à l'exclusion de tout chien susceptible d'être dangereux c'est-à-dire**

les chiens de races Staffordshire bull terrier, Mastiff, American Staffordshire terrier, Tosa, les chiens assimilables par leurs caractéristiques morphologiques aux chiens de ces races ainsi que les chiens communément appelés « Pitt bull ». L'animal garanti ne devra pas faire l'objet d'un élevage ou être détenu dans le cadre d'une activité professionnelle ou commerciale quelle qu'elle soit.

Autorité médicale

Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité en France.

Auxiliaire de vie

Intervenant(e) qui facilite le lever, le coucher, la toilette et les soins d'hygiène (à l'exclusion des soins infirmiers), dans le but de maintenir la personne à son Domicile.

B

Bénéficiaire

Toute personne vivant sous le même toit que l'Assuré et résidant en France telle que définie au terme du contrat susceptible de bénéficier de tout ou partie des prestations et garanties d'assistance prévues au contrat.

C

Conjoint

- Le conjoint marié à l'Assuré, non séparé de corps ;
- Le concubin tel que défini à l'article 515-8 du Code civil ;
- Ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) à l'Assuré.

D

Domicile

Le foyer fiscal ou le lieu de résidence principale et habituelle de l'Assuré, mentionné sur les Conditions Particulières.

E

Établissement de soins public ou privé

Hôpitaux, cliniques, établissements de convalescence, établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), centres de rééducation, établissements d'HAD (Hospitalisation à Domicile), etc... au sein desquels le Bénéficiaire peut recevoir des soins prodigués par une Autorité médicale.

Évènement

Toute situation prévue par les présentes Conditions Générales justifiant d'une demande d'intervention auprès de Filassistance. L'Évènement applicable pour chaque garantie est précisé au sein de ces dernières.

F

France

France métropolitaine, la Principauté d'Andorre, les Départements-Régions d'Outre-Mer français (DROM : Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte et La Réunion).

H

Handicapé

Toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie par une personne, en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. Le handicap doit être reconnu par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

Hospitalisation

Sauf stipulation contraire, tout séjour d'une durée **supérieure à 24 heures,** dans un Établissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical suite à un Accident ou une Maladie.

Hospitalisation à Domicile

Sauf stipulation contraire, toute Hospitalisation au Domicile, prise en charge comme telle par l'Assurance maladie, d'une durée **supérieure à 24 heures,** prescrite médicalement dans le cadre du traitement médical d'un Accident ou d'une Maladie.

I

Immobilisation

État d'une personne se trouvant dans l'incapacité physique totale ou partielle de se déplacer constatée par un médecin et nécessitant le repos au Domicile.

M

Maladie

Toute altération soudaine et imprévisible de la santé, constatée par une autorité médicale compétente.

Membre de la famille dépendant

Conjoint, descendants, ascendants, collatéraux privilégiés, subissant une perte définitive d'autonomie se traduisant par une incapacité médicalement attestée d'accomplir seul au moins 2 des 4 actes de la vie quotidienne suivants : se laver, s'habiller, s'alimenter, se déplacer et, à qui l'Assuré Principal majeur vient en aide à titre non professionnel.

L'aide apportée par l'Assuré Principal peut être permanente ou non, au domicile du Membre de la famille dépendant à condition qu'il soit situé en France, ou au Domicile de l'Assuré Principal.

2. Tout pour vous informer

Assurance Santé de La Banque Postale est un contrat d'assurance individuel relevant des branches 2 (maladie) et 18 (assistance) de l'article R. 321-1 du Code des assurances, assuré respectivement par CNP Assurances Santé Individuelle et Filassistance International, entreprises régies par le Code des assurances. Les garanties d'assistance sont gérées et mises en œuvre par Filassistance International.

Votre contrat est soumis à la législation fiscale française.

Il a pour objet de garantir en complément des prestations versées par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire, le remboursement des frais de santé de ou des Assuré(s) au contrat Assurance Santé de La Banque Postale. Ce remboursement s'effectue dans les limites et conditions exposées ci-après et dans les Conditions Particulières.

Assurance Santé de La Banque Postale s'inscrit dans le cadre des contrats « responsables et solidaires » au sens des articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

Ce contrat est dit « solidaire », car il ne fixe pas la cotisation en fonction de votre état de santé ou de celui des Assurés et ne recueille aucune information médicale lors de la souscription.

2.1 Comment vous assurer ?

1 Le processus de souscription

La souscription de votre contrat se fait :

- soit par téléphone,
- soit par Internet sur le site labanquepostale.fr (coût de connexion selon le fournisseur d'accès),
- soit en bureau de poste.

Vous avez ensuite le choix de signer votre contrat sur un format papier ou dans un format numérique via le procédé de signature électronique.

Si Vous avez choisi de signer électroniquement votre contrat Vous serez redirigé sur votre Espace Personnel.

Une fois sur votre Espace Personnel, Vous prendrez connaissance des documents mis à votre disposition et Vous vous assurerez qu'ils correspondent bien :

- aux informations que Vous avez renseignées,
- aux informations qui Vous ont été présentées et,
- aux solutions que Vous avez choisies.

Vous pourrez ensuite procéder à la signature de votre contrat.

Si Vous souhaitez poursuivre le processus de signature, Vous devrez confirmer votre accord sur l'ensemble des dispositions contenues dans le contrat et cliquer sur le bouton « signer ». Le Tiers de Confiance effectuera la procédure d'authentification.

La date et l'heure de votre signature seront apposées automatiquement sur les documents par le Tiers de Confiance, au moyen d'un procédé d'horodatage. Elles permettront d'assurer la traçabilité de votre signature.

Votre contrat et l'ensemble des documents signés électroniquement seront mis à disposition sur votre Espace Personnel et Vous êtes invité à le(s) télécharger et/ou l'(les)imprimer, et à le(s) conserver.

Les coûts de connexion au réseau Internet et de communication restent à votre charge.

2 L'accès à vos documents

Votre Espace Personnel est automatiquement créé dès lors que Vous Nous communiquez votre adresse électronique lors de la souscription de votre contrat.

Si Vous avez choisi de signer votre contrat de manière électronique (format digital), Vous y retrouverez l'ensemble des documents précontractuels et contractuels signés, ainsi que tout autre document communiqué à l'occasion de votre souscription.

Si Vous avez choisi de signer votre contrat de manière manuscrite (format papier), Vous retrouverez sur votre Espace Personnel l'ensemble des documents non signés communiqués à l'occasion de votre souscription. Il Vous appartient alors de conserver soigneusement vos documents signés.

En communiquant votre adresse électronique lors de la souscription, Vous acceptez de recourir à la voie électronique pour la gestion de votre contrat. Vous serez alors avisé par mail de la mise à disposition de nouveaux documents sur votre Espace Personnel.

Vous pourrez également modifier votre contrat sur votre Espace Personnel.

Vous pouvez à tout moment choisir de revenir à des échanges sur support papier, soit via l'Espace Personnel ou sur demande auprès du Service Relation Clientèle. Nous Vous adresserons alors sur support papier les documents édités postérieurement à la prise en compte de cette demande.

Nous pouvons également à tout moment mettre un terme à la totalité ou à certains services numériques (et revenir ainsi à des échanges papier), sous réserve de Vous en informer.

Le retour à une relation par échanges papier n'aura pas d'incidence sur la validité des documents électroniques déjà transmis.

3 La convention de preuve

Vous êtes informé que la signature électronique de votre contrat a la même valeur qu'une signature manuscrite et ce, conformément aux articles 1366 et 1367 du Code civil.

Vous reconnaissez :

- que l'ensemble des informations communiquées à l'occasion du parcours de signature électronique sont exactes,
- que la signature électronique de votre contrat constitue la preuve de votre consentement à l'ensemble de ses dispositions,
- qu'en cas de différend entre Vous et Nous sur l'application des conditions de ce contrat, les éléments qui auront été conservés par le Tiers de Confiance seront opposables,
- que tout document relatif à votre contrat transmis sur votre Espace Personnel a force probante de sa remise, au même titre qu'un écrit réalisé sur support papier,
- que le contrat Vous a été communiqué dans un format ayant les caractères d'un support durable.

4 Les déclarations du souscripteur

La souscription du contrat est établie d'après vos déclarations et la cotisation est fixée en conséquence.

Votre contrat Assurance Santé de La Banque Postale peut faire l'objet de nullité en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de votre part quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue notre opinion. Dans cette hypothèse les cotisations payées demeurent alors acquises à l'Assureur qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts (article L. 113-8 du Code des assurances). Ces dispositions sont applicables alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur le sinistre.

5 Date d'effet et durée du contrat

Dates de conclusion et de prise d'effet de votre contrat

La date de conclusion du contrat correspond à la date de signature des Conditions Particulières.

Les garanties prennent effet à la date de prise d'effet définitive de votre contrat. La date d'effet définitive est déterminée de la manière suivante, sous réserve du paiement de la première prime :

- Si Vous choisissez la signature électronique (format digital) : le contrat prend effet le jour de la signature des Conditions Particulières.
- En cas de signature manuscrite (format papier), le contrat prend effet :
  - le jour de la signature des Conditions Particulières en Bureau de Poste,
  - le jour indiqué sur le cachet de la poste en cas d'envoi des Conditions Particulières signées par courrier.

La date d'effet définitive de votre contrat est confirmée dans l'échéancier de souscription qui Vous est adressé après signature des Conditions Particulières.

Durée de votre contrat

Assurance Santé de La Banque Postale est un contrat à durée annuelle à compter de sa date d'effet. Il est renouvelable par tacite reconduction à chaque échéance anniversaire. Toutes les garanties de votre contrat sont viagères sous réserve du paiement des cotisations. Dans ce cas, Nous pouvons résilier le contrat dans les conditions décrites à l'article 2.3 sous-partie 8 « Le non-paiement de la cotisation et les conséquences » des présentes Conditions Générales.

6 Délai d'attente

Aucun délai d'attente n'est appliqué à vos garanties.

7 Le droit de renonciation

En cas de démarchage et conformément à l'alinéa premier de l'article L. 112-9 du Code des assurances *« Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une*

proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités ».

En cas de vente à distance, Vous disposez de la faculté de renoncer à votre contrat dans un délai de 14 jours calendaires révolus :

- soit à compter de la date de conclusion de votre contrat ;
- soit à compter de la date de réception des Conditions Particulières, si cette dernière date est postérieure à la date de conclusion de votre contrat.

Pour mettre en œuvre la renonciation, il convient d'adresser à :

CNP Assurances Santé Individuelle
TSA 20144
51725 Reims CEDEX

une lettre recommandée avec demande d'avis de réception suivant le modèle ci-dessous :

Je, soussigné [nom prénom], demeurant [votre adresse], déclare renoncer au contrat d'assurance n° [numéro figurant aux Conditions Particulières] auquel j'avais souscrit le [date de la souscription].

Date : .....
Signature : .....

La renonciation est prise en compte à partir de la date de réception de la lettre recommandée et donne lieu au remboursement de votre cotisation dans un délai de 10 jours sous réserve de la restitution des cartes de tiers payant par tous les Assurés.

2.2 Que garantit votre contrat Assurance Santé de La Banque Postale ?

1 Qu'est-ce qu'un contrat responsable ?

Les contrats complémentaires santé « responsables » remboursent notamment au minimum :

- l'intégralité du Ticket Modérateur (TM) pour les dépenses de santé prises en charge par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire, à l'exception des frais suivants :

  - **les frais de cure thermale,**
  - **les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré,**
  - **l'homéopathie ;**

- l'intégralité du Forfait journalier hospitalier, sans limitation de durée ;
- les frais optiques, les dépenses d'acquisition par l'Assuré des dispositifs médicaux d'aides auditives et les frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'Assuré (et notamment par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans Reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires).

Selon les garanties souscrites, le contrat peut prévoir la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-ACO. Cette prise en charge s'effectue **dans la double limite :**

- **de 100 % de la Base de remboursement,**
- **du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-ACO minoré d'un montant égal à 20 % de la Base de remboursement.**

Les contrats « responsables » ne permettent pas de rembourser :

- **la Participation Forfaitaire applicable aux consultations, examens de radiologie et aux analyses de biologie médicale ;**
- **les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport ;**
- **les dépassements et majorations liés au non-respect du Parcours de soins coordonnés.**

2 Le tiers payant

En tant que contrat « responsable », Assurance Santé de La Banque Postale offre à l'Assuré la possibilité de bénéficier du tiers payant, qui peut aller jusqu'à une dispense totale d'avance de frais de santé selon les professionnels de santé concernés. L'attestation de tiers payant remise à l'Assuré précise les garanties concernées par ce dispositif qui s'exerce dans les limites des garanties d'assurance du présent contrat.

Bon à savoir :

Chaque année, Vous recevez une attestation de tiers payant.

3 Qui est assuré ?

Les garanties d'assurance

Les Assurés de ce contrat peuvent être toute personne physique qui :

- est âgée de moins de 81 ans dans l'année de la prise d'effet des garanties ;
- réside en France métropolitaine ou dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM) ;
- est affiliée à un Régime d'Assurance Maladie Obligatoire.

On distingue :

- l'Assuré Principal ;
- les autres Assurés au contrat, qui peuvent être :
  - son conjoint, son concubin ou partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité,
  - les Enfants.

Les garanties d'assistance

Les bénéficiaires des garanties d'assistance sont toute personne physique, ayant la qualité d'Assuré au titre des garanties d'assurance du contrat Assurance Santé de La Banque Postale.

Par extension :

- le terme : Enfant(s), au titre des garanties d'assistance, définit le(s) Enfant(s) de l'Assuré Principal du contrat Assurance Santé de La Banque Postale, de son Conjoint vivant sous le même toit que lui, que cet(ces) Enfant(s) soit(soient) assuré(s) ou non par le contrat Assurance Santé de La Banque Postale ;
- le terme : ascendant(s), au titre des garanties d'assistance, définit le(s) ascendant(s) de l'Assuré Principal du contrat Assurance Santé de La Banque Postale, de son Conjoint vivant sous le même toit que lui, que cet(ces) ascendant(s) soit(soient) assuré(s) ou non par le contrat Assurance Santé de La Banque Postale.

4 Où s'exercent vos garanties ?

Les garanties d'assurance

Assurance Santé de La Banque Postale prend en charge les frais médicaux, chirurgicaux et/ou d'hospitalisation en France métropolitaine et dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM), ainsi que dans tous les pays à partir du moment où le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire intervient.

Le règlement des prestations est toujours effectué en France et libellé en euros.

Les garanties d'assistance

Les garanties d'assistance sont délivrées uniquement sur le territoire du Domicile de l'Assuré : en France métropolitaine, Andorre et Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM : Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte et La Réunion).

5 Ce pour quoi Vous n'êtes jamais assuré

Les exclusions communes à l'ensemble de nos garanties d'assurance

- **La faute intentionnelle ou dolosive de l'Assuré ;**
- **Les conséquences de la pratique d'un sport à titre professionnel ;**
- **Les conséquences de guerre civile ou étrangère, les émeutes ou les mouvements populaires ;**
- **Les dommages liés à l'atome ;**
- **Les actes dispensés au cours d'un séjour en thalassothérapie ;**
- **Les soins de remise en forme ;**
- **Les traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique.**

Les exclusions communes à l'ensemble de nos garanties d'assistance

Sont exclues et n'entraînent aucune prestation, ni délivrance de garantie de la part de Filassistance International :

- **les conséquences des états résultant de l'usage abusif d'alcool (alcoolémie constatée supérieure au taux fixé par l'article R234-1, I-1° du Code de la route) ou de l'absorption de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés, non prescrits médicalement ;**
- **les conséquences d'une faute intentionnelle ou dolosive du Bénéficiaire ;**

- les conséquences de la participation du Bénéficiaire à toute épreuve sportive à titre non amateur ;
- les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- les conséquences d'explosions provoquées par des dispositifs détenus par le Bénéficiaire et/ou des effets nucléaires radioactifs ;
- les conséquences de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies, de terrorisme, d'attentats, d'enlèvements, de séquestrations, de prises d'otages ou contraintes par la force publique, tels que visés par la réglementation ;
- les conséquences d'évènements climatiques tels que tempêtes, ouragans ou cataclysme naturel ;
- les conséquences des épidémies, des pandémies, de tout risque infectieux ou chimique ;
- les conséquences de la participation volontaire du Bénéficiaire à un acte de terrorisme, de sabotage, un crime ou un délit, une rixe, un pari ou un défi ;
- les conséquences de la tentative de suicide ou le suicide de l'Assuré survenu au cours de la 1ère année suivant l'adhésion.

Par ailleurs, ne donnent lieu à aucun remboursement de la part de Filassistance international :

- tous frais téléphoniques engagés par l'Assuré ou le Bénéficiaire ;
- tous frais générés par un surplus de poids des bagages ou par un transport de ces derniers effectués par un tiers que celui-ci ait été ou non sollicité par le Bénéficiaire, et plus généralement ;
- tous frais engagés par le Bénéficiaire sans l'accord préalable de Filassistance International.

2.3 Comment fonctionne votre cotisation d'assurance ?

1 La cotisation

Vous êtes débiteur du paiement de la cotisation versée en contrepartie des garanties proposées par le contrat.

2 Le montant de la cotisation

À la souscription du contrat, la cotisation est fixée selon les critères suivants :

- nombre de personnes assurées ;
- âge atteint par les personnes assurées dans l'année civile d'effet du contrat ;
- adresse de résidence principale de l'Assuré Principal ;
- Régime d'Assurance Maladie Obligatoire de chaque Assuré ;
- la Formule et le niveau de garanties souscrits.

3 Les modalités de paiement

À la souscription, la cotisation est payable d'avance mensuellement auprès de Nous, par carte bancaire ou par prélèvement. Ensuite le règlement est réalisé par prélèvement sur le compte bancaire pour lequel Vous avez communiqué les coordonnées lors de la souscription ou par chèque.

En cours de vie du contrat, Vous avez la possibilité de modifier la périodicité du paiement de la cotisation : trimestrielle ou annuelle.

4 L'évolution de la cotisation

Les cotisations évoluent à chaque échéance anniversaire selon :

- l'âge atteint par les personnes assurées dans l'année précédant la date d'anniversaire du contrat ;
- les résultats techniques du contrat Assurance Santé de La Banque Postale ;
- l'évolution du coût des actes médicaux ;
- les conditions de prise en charge des frais de santé par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire de l'Assuré.

5 Gratuité de la cotisation à partir du 3e Enfant mineur

Aucune cotisation supplémentaire n'est exigée pour le 3e Enfant mineur et les suivants Assurés au titre du présent contrat. Cette gratuité cesse à la date anniversaire du contrat qui suit le 18e anniversaire de l'Enfant.

6 Exonération de cotisation pendant six mois en cas de naissance d'un Enfant et/ou d'adoption d'un Enfant mineur

Lorsqu'un nouveau-né ou un Enfant mineur adopté est assuré au titre du présent contrat, il bénéficie de la gratuité de sa cotisation pendant 6 mois à compter de la date de naissance ou de l'adoption.

7 Exonération de cotisation pendant deux mois en cas de décès de l'Assuré Principal

En cas de décès de l'Assuré Principal, les garanties sont maintenues avec exonération du paiement des cotisations durant les 2 mois qui suivent le décès. Pendant cette période, les Assurés n'ont pas la possibilité de modifier les garanties à la hausse ou d'inscrire de nouveaux bénéficiaires à l'exception du nouveau-né et/ou Enfants adoptés dans les 6 mois suivant la naissance ou l'adoption.

8 Le non-paiement de la cotisation et les conséquences

1 Envoi de la lettre recommandée de mise en demeure 10 jours suivant l'échéance si non paiement

30 jours après l'envoi de la lettre

2 Suspension des garanties

10 jours après la suspension

3 Résiliation du contrat

En cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction des cotisations dans les 10 jours de leur échéance, Nous, indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution des contrats en justice, pouvons, par une lettre recommandée valant mise en demeure au titre du contrat, adressée à votre dernier domicile connu, suspendre les garanties 30 jours après l'envoi de cette lettre.

À défaut de paiement, le contrat sera résilié de plein droit, sans aucune autre formalité 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours suivant l'envoi de la mise en demeure.

La suspension des garanties résultant de la mise en demeure Vous fait perdre, ainsi qu'aux Assurés du contrat, même si les cotisations sont acquittées ultérieurement, le droit aux garanties pour :

- les soins reçus et les frais engagés pendant la période de suspension ;
- les hospitalisations ayant débuté pendant la période de suspension ;

La cotisation ou fraction de cotisation reste due dans tous les cas, après votre mise en demeure.

Le contrat suspendu, et non résilié, reprend ses effets le lendemain à midi suivant le jour du paiement total des sommes dues comprenant :

- les cotisations arriérées ayant fait l'objet de la mise en demeure,
- les cotisations venues à échéance et dues après la mise demeure.

2.4 L'évolution de votre contrat

1 Que devez-Vous Nous déclarer si votre situation évolue ?

En cours de contrat, Vous devez Nous déclarer tout changement de nature à modifier la nature du risque à garantir et notamment :

- changement de l'adresse de l'Assuré Principal ;
- ajout ou retrait d'un Assuré ;
- changement/cessation de l'affiliation à un Régime d'Assurance Maladie Obligatoire d'un des Assurés, ainsi que toute modification de nature à modifier les modalités de gestion du contrat ;
- changement de numéro de Sécurité sociale ;
- changement de coordonnées bancaires.

2 La modification de votre contrat

Modification du niveau de garanties

Le niveau des garanties choisi au moment de la souscription s'applique à l'ensemble des Assurés au présent contrat. La modification des niveaux de garanties est possible à tout moment, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date de souscription de votre contrat.

Le changement de niveau sera effectif un mois après la réception de la demande par CNP Assurances Santé Individuelle.

Tout changement de niveau ultérieur est possible à l'issue d'un délai d'un an à compter de la date d'effet du dernier changement de niveau. Toute modification du niveau de garanties fera l'objet d'un avenant qui devra être retourné signé par le souscripteur.

Modification de la Formule

Si la situation des personnes à assurer change, une nouvelle Formule plus adaptée pourra

Vous être proposée. Cette modification est possible à tout moment en cours d'année. Lorsque des Enfants sont assurés au titre du présent contrat, seules la Formule FAMILLE/ ADULTES et la Formule SENIORS sont accessibles. Toute modification du contrat fera l'objet d'un avenant.

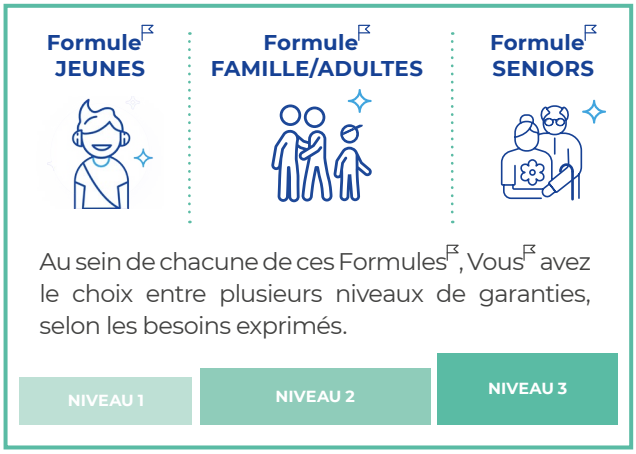
Modification de la réglementation sur les contrats responsables

Les modifications visant à mettre le contrat Assurance Santé de La Banque Postale en conformité avec la réglementation sur les contrats « responsables » (tels que définis aux articles L. 871-1 et suivants et R. 871-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale) sont réputées acceptées à défaut d'opposition de votre part, conformément à l'article L. 112-3 du Code des assurances. Les modifications acceptées entrent en application après l'expiration d'un délai de 30 jours.
Nous Vous adressons un courrier de proposition de modifications.
Vous disposez alors d'un délai de 30 jours pour refuser par écrit cette proposition.

3. Vos garanties d'assurance

→ Formules et niveaux de garanties

À la souscription, le nombre et l'âge des personnes à assurer déterminent la Formule à souscrire. Il existe plusieurs Formules.



Les Conditions Particulières précisent la Formule et le niveau de garanties choisis.

→ Comment sont exprimées les garanties ?

Les garanties sont exprimées :

- soit en pourcentage de la Base de Remboursement du Régime d'Assurance Maladie Obligatoire ;
- soit par un montant maximum par année d'assurance ou par jour et par Assuré en euros, dénommé ci-après « forfait ».

Les montants de remboursement dépendent du niveau de garanties choisi et sont indiqués dans les Conditions Particulières. Les forfaits sont accordés à chaque Assuré inscrit au contrat.

Les dépenses de santé remboursées doivent correspondre à des soins ayant débuté postérieurement à la prise d'effet du contrat et ayant été réalisés durant la période de garantie. Les remboursements ne peuvent en aucun cas être supérieurs aux dépenses réelles engagées par l'Assuré.

Pour les garanties remboursées par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire, la prise en charge par l'Assureur est établie en fonction de la codification des actes médicaux, du tarif en vigueur fixé par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire (Base du remboursement ou Ticket Modérateur) et de la législation en vigueur à la date des soins. Le montant retenu pour les dépenses engagées est celui déclaré au Régime d'Assurance Maladie Obligatoire et figurant sur le décompte de cet organisme ou, en l'absence de prise en charge par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire, celui facturé à l'Assuré.

Dans les conditions et les limites du niveau de garanties choisi, et mentionnées aux Conditions Particulières, le contrat garantit à chaque Assuré les garanties ci-après exposées :



3.1 Les garanties « Soins courants »

→ Ce que Nous garantissons

- les honoraires médicaux ;
- les honoraires paramédicaux ;
- les imageries médicales et actes techniques ;
- les analyses et examens de laboratoire ;
- les honoraires de psychologues : pris en

charge dans la limite de 12 séances par an, dont une séance d'entretien d'évaluation, lorsqu'ils sont remboursés par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire ;

- les frais de transport sanitaire de l'Assuré ;
- les médicaments ;
- la franchise applicable aux actes techniques médicaux lourds dont le montant est fixé par l'État **(sauf pour les Assurés relevant du Régime local Alsace Moselle)** ;
- les prothèses mammaires et capillaires remboursées par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire ;
- les prothèses et l'orthopédie remboursées par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire ;
- le matériel médical : sont pris en charge dans la limite du remboursement défini aux Conditions Particulières :
  - les pansements, matériel de contention,
  - les aides au maintien à domicile et à la vie des malades (lits médicaux, fauteuils médicaux à la location...),
  - les orthèses (ceintures médicales et corsets, colliers cervicaux, contention des membres...).

Ce que Nous ne garantissons pas (Exclusions particulières)

- **La majoration pour visite à domicile, lorsque cette dernière ne fait l'objet d'aucune prise en charge par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire ;**
- **Les frais médicaux de toute nature n'ayant pas donné lieu à une prise en charge par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire de l'Assuré, sauf ceux expressément prévus dans la garantie.**



3.2 Les garanties « Hospitalisation »

→ Ce que Nous garantissons

Sont pris en charge dans le cadre de ces garanties :

- les frais de séjour **(sauf pour les Assurés relevant du Régime local Alsace Moselle)** ;
- les honoraires de praticiens signataires ou non de l'OPTAM ou l'OPTAM-ACO ;
- la franchise applicable aux actes techniques médicaux lourds dont le montant est fixé par l'État ;
- les frais de transport sanitaire de l'Assuré **(sauf pour les Assurés relevant du Régime local Alsace Moselle)** ;
- le Forfait patient urgences ;
- la chambre particulière dans la limite des plafonds journaliers prévus et dans la limite d'une durée de 90 jours par année d'assurance pour un séjour en psychiatrie, ou en cas d'hospitalisation donnant lieu à un séjour d'au moins une nuit ;
- le Forfait journalier hospitalier **(sauf pour les Assurés relevant du Régime local Alsace Moselle)** ;
- la chambre particulière pour les soins ambulatoires, dans la limite du plafond journalier ;

Bon à savoir :

La chambre particulière est facturable au patient seulement lorsqu'il demande expressément à être hébergé en chambre particulière. Elle ne lui est pas facturable lorsque la prescription médicale impose l'isolement.

- la chirurgie réfractive : est prise en charge la chirurgie réfractive non remboursée par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire dans la limite d'un forfait annuel par Assuré indiqué dans les Conditions Particulières.

Ce que Nous ne garantissons pas (Exclusions particulières)

- Les séjours dans les établissements suivants :
  - les centres de rééducation professionnelle,
  - les hôpitaux thermaux et sections thermales des établissements publics,
  - les centres et instituts médico-pédagogiques,
  - les instituts médico-pédagogiques professionnels,
  - les centres d'aide par le travail,
  - les établissements de long séjour et les sections de long séjour,
  - les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes,
  - les maisons d'enfants à caractère sanitaire,
  - les maisons d'accueil spécialisées ;
- La chirurgie esthétique non consécutive à un accident ;
- Les traitements et opérations de rajeunissement ou de chirurgie esthétique ;
- Les actes médicaux dispensés dans le cadre d'une thalassothérapie.

Bon à savoir :

Selon la Formule et le niveau de garantie souscrits, l'Assuré dispose d'un forfait complémentaire hospitalisation, acquis à chaque échéance anniversaire du contrat, dont le montant, fixé dans les Conditions Particulières, augmente avec l'ancienneté du contrat.

Ce forfait intervient en complément de ce qui est déjà versé dans le cadre de la garantie hospitalisation, dans la limite des frais réels engagés et du montant du forfait à la date de l'hospitalisation. Il ne peut être utilisé que pour des dépenses liées à une hospitalisation, à savoir : chambre particulière ou dépassement d'honoraires lié à une hospitalisation.

Dans le cas d'une utilisation destinée à financer les dépassements d'honoraires liés à une hospitalisation, la prise en charge ne peut excéder les dispositions prévues par la réglementation relative aux contrats responsables.

3.3 Les garanties « Dentaire »

→ Ce que Nous garantissons

1 Prestations et équipements relevant du Dispositif 100 % santé

Nous prenons en charge l'intégralité des frais dentaires prothétiques relevant du Dispositif 100 % santé, dans la limite des honoraires fixés par la Convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie.

2 Prestations et équipements ne relevant pas du Dispositif 100 % santé

Les soins dentaires

Sont considérés comme étant des soins dentaires, l'ensemble des soins effectués par les dentistes et les chirurgiens-dentistes.

Bon à savoir :

Selon la Formule et le niveau de garantie souscrits, chaque couronne est prise en charge dans la limite d'un forfait indiqué aux Conditions Particulières.

Ce forfait est majoré à la première échéance anniversaire du contrat, et peut être de nouveau majoré à l'échéance anniversaire de l'année suivante.

Plafond global annuel (hors Dispositif 100 % santé)

Les remboursements sont effectués dans la limite d'un plafond pour l'ensemble des actes suivants :

- les prothèses mobiles ;
- les inlays core ;
- les inlays/onlays ;
- les couronnes ;
- les bridges (y compris les intermédiaires de bridge jusqu'au 3e) ;
- les intermédiaires de bridge à partir du 4e.

Il s'agit d'un plafond global annuel par Assuré qui figure dans les Conditions Particulières.

Bon à savoir :

Selon la Formule et le niveau de garantie souscrits, ce plafond évolue chaque année dans la limite d'un forfait indiqué aux Conditions Particulières.

Ce plafond est majoré à la première échéance anniversaire du contrat, et peut être de nouveau majoré à l'échéance anniversaire de l'année suivante.

Au-delà de ce plafond, seul le Ticket Modérateur sera pris en charge.

L'implantologie

Sont pris en charge les implants dentaires dans la limite d'un forfait annuel par Assuré indiqué aux Conditions Particulières.

L'orthodontie

Selon la Formule et le niveau de garantie souscrits, sont prises en charge l'orthodontie remboursée et l'orthodontie non remboursée par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire, dans la limite d'un forfait par semestre.

Les remboursements sont limités à :

- 6 semestres pour le traitement initial ;
- 2 années de contention.

Les réparations, le remplacement ou la perte d'appareils ne peuvent donner lieu à un remboursement supplémentaire.

Parodontologie

Selon le niveau de garantie choisi, sont pris en charge les actes de parodontologie pris en charge ou non par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire, dans la limite d'un forfait annuel par Assuré indiqué aux Conditions Particulières.



3.4 Les garanties « Optique »

→ Ce que Nous garantissons

L'Assuré a la possibilité de choisir la monture au sein du Dispositif 100 % santé ou hors du Dispositif 100 % santé et de prendre les verres dans l'autre classe. Dans ce cas la période pendant laquelle un équipement optique (verres et montures) peut être remboursé s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. Le plafond prévu par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale s'applique à l'élément n'appartenant pas au Dispositif 100 % santé.

1 Prestations et équipements relevant du Dispositif 100 % santé

Nous prenons en charge l'intégralité des frais d'acquisition des équipements optiques composés des montures et des verres entrant dans le Dispositif 100 % santé, déduction faite de la part prise en charge par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire.

La prestation d'appairage pour des verres relevant du Dispositif 100 % santé qui auraient des indices de réfraction différents ainsi que le supplément pour les verres avec filtre relevant du Dispositif 100 % santé sont intégralement pris en charge dans la limite du prix limite de vente, sous déduction, de la part prise en charge par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire.

Prestation d'appairage

Ces prestations sont facturables une seule fois et concerne deux verres du Dispositif 100 % santé d'indices de réfraction différents.

2 Prestations et équipements ne relevant pas du Dispositif 100 % santé

Sont pris en charge les équipements suivants :

Monture

La monture remboursée par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire est prise en charge dans la limite d'un forfait par Assuré indiqué dans les Conditions Particulières.

Verres

Sont pris en charge les verres remboursés par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire dans la limite d'un forfait par verre et par Assuré indiqué dans les Conditions Particulières. Le montant du forfait verres varie selon :

- la catégorie des verres : simples ou complexes ;
- l'âge de l'Assuré : moins de 16 ans ou 16 ans et plus au 31 décembre de l'année d'utilisation de la garantie.

Limites des garanties « Optique »

Les garanties « Optique » sont :

- limitées à une paire de lunettes tous les deux ans pour les Assurés de 16 ans et plus, même en cas de perte ou de casse ;
- limitées à une paire de lunettes par an pour les Assurés de moins de 16 ans, même en cas de perte ou de casse.

Pour les adultes et pour les Enfants de 16 ans et plus : prise en charge limitée à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 24 mois à compter de la date de facturation de l'équipement.

Cette période est ramenée à 12 mois (glissants), pour les verres uniquement, en cas d'Évolution de la vue selon certains critères prévus par la réglementation relative à la prise en charge par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire de l'optique médicale.

Pour les Enfants de plus de 6 ans et moins de 16 ans : prise en charge limitée à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 12 mois à compter de la date de facturation de l'équipement.

Pour les Enfants jusqu'à 6 ans : prise en charge possible au terme d'une période minimale de 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie de l'Enfant et entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Dans tous les cas : aucun délai minimum de renouvellement n'est applicable en cas d'Évolution de la vue liée à des situations médicales particulières prévues par la réglementation relative à la prise en charge par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire de l'optique médicale, sous réserve d'une prescription médicale d'un ophtalmologiste mentionnant l'existence de la situation particulière.

Lors d'un achat 1 équipement (1 monture + 2 verres) espacé dans le temps, la date à partir de laquelle le délai en vue d'un renouvellement est compté est la date de facturation du dernier élément (monture ou verre).

La prise en charge de 2 équipements simultanés est possible dans certains cas particuliers, sous réserve d'une ordonnance de l'ophtalmologiste le précisant.

⊗ Ce que Nous ne garantissons pas (Exclusions particulières)

- Les étuis à lunettes ;
- Les lunettes de soleil ;
- Les produits d'entretien ;
- Les cordons à lunettes.

Lentilles

Sont prises en charge les lentilles remboursées ou non par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire (y compris les lentilles jetables) dans la limite d'un forfait annuel par Assuré indiqué dans les Conditions Particulières.



3.5 Les garanties « Aides auditives »

→ Ce que Nous garantissons

Les garanties « Aides auditives » prévoient une prise en charge limitée à une aide auditive par oreille et par période de quatre ans suivant l'acquisition de cet équipement.

Ce délai s'apprécie à compter de la date de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire.

Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

1 Prestations et équipements relevant du Dispositif 100 % santé

Le contrat prend en charge, dans la limite des prix limites de vente des aides auditives, l'intégralité du Reste à charge de l'Assuré pour les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives relevant du Dispositif 100 % santé.

2 Prestations et équipements ne relevant pas du Dispositif 100 % santé

Sont pris en charge les prothèses auditives, piles et entretien de la prothèse auditive remboursés par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire dans la limite d'un forfait annuel par Assuré.



3.6 Les garanties « Packs »

→ Ce que Nous garantissons

Afin de donner lieu au remboursement des médecines complémentaires :

- Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathe dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession. Ils doivent faire enregistrer leur(s) diplôme(s) au sein du répertoire d'automatisation des listes (n°ADELI), système prévu par le Code de la Santé publique ;
- Les chiropracteurs, les homéopathes, les kinésithérapeutes, les diététiciens doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union européenne de chiropraticiens, ou par un institut en France agréé par l'Union européenne de chiropraticiens, et être membres de l'Association française de chiropratique (AFC). Ils doivent faire enregistrer leur(s) diplôme(s) au sein du répertoire d'automatisation des listes (n°ADELI), système prévu par le Code de la Santé publique ;
- Les acupuncteurs doivent être des médecins inscrits au Conseil national de l'Ordre des médecins et titulaires d'un diplôme d'État appelé « capacité de médecine en acupuncture ».

1 Les garanties « Pack Jeunes »

Accessibles si mentionnées dans votre tableau de garanties.

La prévention

Les vaccins de voyage, prescrits par un médecin, sont pris en charge dans la limite d'un forfait annuel par Assuré ;

- Le dépistage des infections par le chlamydiae trachomatis ou VIH par autotest ;
- Le vaccin antigrippal remboursé aux frais réels ;
- Les vaccins remboursés par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire ;
- Les contraceptifs féminins ou masculins prescrits non remboursés par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire ;
- Les substituts nicotiniques remboursés ou non par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire.

Médecine complémentaire

Lorsque les garanties du présent contrat prévoient la prise en charge de dépenses de santé complémentaires, dans la limite de ce qui est prévu aux Conditions Particulières, sont uniquement concernées les dépenses de santé suivantes :

- Ostéopathie,
- Chiropractie,
- Micro-kinésithérapie,
- Pédicure-podologie,
- Acupuncture,
- Homéopathie,
- Diététique,
- Psychomotricité.

2 Les garanties « Pack Famille/Adultes »

Accessibles si mentionnées dans votre tableau de garanties.

La prévention

Les vaccins de voyage, prescrits par un médecin et recommandés dans les conditions d'usage par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France pour les maladies, sont pris en charge dans la limite d'un forfait annuel par Assuré ;

- Les vaccins non remboursés par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire, dont la gastro-entérite ;
- Le vaccin antigrippal remboursé aux frais réels ;
- Les vaccins remboursés par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire ;
- Les contraceptifs féminins ou masculins non remboursés par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire ;
- Les substituts nicotiniques remboursés ou non par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire.

Médecine complémentaire

Lorsque les garanties du présent contrat prévoient la prise en charge de dépenses de santé complémentaires, dans la limite de ce qui est prévu aux Conditions Particulières, sont uniquement concernées les dépenses de santé suivantes :

- Ostéopathie,
- Chiropractie,
- Micro-kinésithérapie,
- Pédicure-podologie,
- Acupuncture,
- Homéopathie,
- Diététique,
- Psychologie pour Enfant de moins de 14 ans,
- Psychomotricité.

Hospitalisation

Lit d'accompagnant d'un Enfant de moins de 16 ans : sont pris en charge les frais de lit d'accompagnant, non remboursés par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire, facturés par un établissement hospitalier, suite à l'hospitalisation d'un Assuré de moins de 16 ans dans la limite d'un forfait journalier indiqué aux Conditions Particulières du contrat. Cette prestation est limitée à 90 jours par année civile en cas d'hospitalisation dans un service de psychiatrie.

Matériel médical

Chambre d'inhalation par Enfant assuré : est prise en charge la chambre d'inhalation, prescrite et remboursée par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire, vendue en pharmacie, dans la limite d'un forfait annuel par Enfant assuré. Ce forfait vient en complément du remboursement au titre de la garantie « appareillage ».

Soins courants

L'amniocenthèse et l'échographie.

Forfait naissance

Il s'agit d'un forfait versé à l'Assuré Principal en cas de naissance d'un Enfant, ou d'adoption d'un Enfant mineur, si celui-ci est inscrit ultérieurement comme Assuré au contrat, et à condition que le contrat ait pris effet avant la naissance ou l'adoption de l'Enfant. Le montant du forfait est indiqué dans les Conditions Particulières du contrat.

Pour obtenir le versement du forfait, l'inscription de l'Enfant au contrat doit être réalisée dans les 6 mois suivant la date de naissance ou la date d'adoption de l'Enfant mineur et sous réserve de l'envoi d'un acte de naissance ou d'un certificat d'adoption.

Cure thermale

Dans la limite d'un forfait annuel par Assuré, peuvent être pris en charge :

- les honoraires et traitements dans le cadre de cures thermales prescrites médicalement dès lors que ceux-ci sont partiellement remboursés par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire ;
- les frais de transport et d'hébergement dans le cadre de cures thermales prescrites médicalement.

Ce que Nous ne garantissons pas (Exclusions particulières)

- **Les cures autres que les cures thermales ;**
- **La thalassothérapie ;**
- **Les frais non remboursés par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire dans le cadre d'une cure.**

3 Les garanties « Pack Seniors »

Accessibles si mentionnées dans votre tableau de garanties.

La prévention

Les vaccins de voyage, prescrits par un médecin et recommandés par le Haut Conseil de la santé publique de France, sont pris en charge dans la limite d'un forfait annuel par Assuré ;

- Les vaccins non remboursés par la Sécurité sociale relatifs au zona ;
- Le vaccin antigrippal remboursé aux frais réels ;
- Les vaccins remboursés par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire ;
- Forfait médicaments prescrits non remboursés: sont pris en charge les médicaments non remboursés par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire et prescrits par un médecin, dans la limite d'un forfait annuel par Assuré indiqué dans les Conditions Particulières ;
- Les substituts nicotiniques remboursés ou non par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire ;
- L'ostéodensitométrie remboursée par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire ;
- Le bilan mémoire réalisé par un professionnel de santé.

Médecine complémentaire

Lorsque les garanties du présent contrat prévoient la prise en charge de dépenses de santé complémentaires, dans la limite de ce qui est prévu aux Conditions Particulières, sont uniquement concernées les dépenses de santé suivantes :

- Ostéopathie,
- Chiropractie,
- Micro-kinésithérapie,
- Pédicure-podologie,
- Psychomotricité
- Bilan mémoire réalisé par un médecin
- Ostéodensitométrie refusée par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire.

Hospitalisation

Lit d'accompagnant d'un Assuré de plus de 70 ans : sont pris en charge les frais de lit d'accompagnant, non remboursés par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire, facturés par un établissement hospitalier, suite à l'hospitalisation d'un Assuré de plus de 70 ans, dans la limite d'un forfait journalier indiqué aux Conditions Particulières du contrat. Cette prestation est limitée à 90 jours par année civile en cas d'hospitalisation dans un service de psychiatrie.

Cure thermale

Dans la limite d'un forfait annuel par Assuré, peuvent être pris en charge :

- les honoraires et traitements dans le cadre de cures thermales prescrites médicalement dès lors que ceux-ci sont partiellement remboursés par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire ;
- les frais de transport et d'hébergement dans le cadre de cures thermales prescrites médicalement.

Bon à savoir :

Selon la Formule et le niveau de garantie souscrits, ce forfait évolue chaque année dans la limite d'un forfait indiqué aux Conditions Particulières. Ce forfait est majoré à la première échéance anniversaire du contrat, et peut être de nouveau majoré à l'échéance anniversaire de l'année suivante.

Ce que Nous ne garantissons pas (Exclusions particulières)

- Les cures autres que les cures thermales ;
- La thalassothérapie ;
- Les frais non remboursés par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire dans le cadre d'une cure.

4. Vos garanties d'assistance

Votre tableau des garanties d'assistance

Assistance pour l'Assuré	
Assistance à tout moment dès la souscription	
p. 27	• Téléconseil santé • Téléconsultation
Assistance en cas d'Hospitalisation	
Assistance en cas d'Hospitalisation de moins de 48 heures, à la suite d'une intervention chirurgicale d'un Assuré de plus de 60 ans	
p. 28	• Aide à domicile ou l'une des prestations d'assistance à Domicile
Assistance en cas d'Hospitalisation d'au moins 3 jours	
p. 29	• Aide à domicile ou l'une des prestations d'assistance à Domicile • Garde des Animaux de compagnie
Assistance en cas d'Hospitalisation imprévue d'au moins 3 jours	
p. 29	• Garde des Enfants de moins de 16 ans et/ou d'un Enfant Handicapé • Garde des ascendants
p. 30	• Visite d'un proche au chevet
Assistance en cas de convalescence à la suite d'une Hospitalisation prolongée de 15 jours d'un Assuré de plus de 60 ans	
p. 30	• Téléassistance
Assistance en cas d'Immobilisation supérieure à 5 jours	
p. 30	• Aide à domicile ou l'une des prestations d'assistance à Domicile
p. 31	• Garde des ascendants • Visite d'un proche au chevet
Assistance en cas de séances de chimiothérapie ou de radiothérapie	
p. 31	• Assistance à Domicile
Assistance en cas de retour de la maternité	
p. 32	• Aide à domicile • Garde des Enfants de moins de 16 ans et/ou d'un Enfant Handicapé • Informations en puériculture
p. 33	• Service de soutien psychologique

Assistance en cas de décès	
p. 33	• Aide à domicile ou l'une des prestations d'assistance à Domicile
p. 34	• Garde des Enfants de moins de 16 ans et/ou d'un Enfant Handicapé • Garde des ascendants
Assistance pour l'Enfant	
Assistance en cas d'arrêt de travail de la personne salariée en charge des Enfants de moins de 14 ans	
p. 35	• Garde des Enfants de moins de 14 ans
Assistance en cas d'Immobilisation de plus de 48 heures	
Assistance en cas de Maladie d'un Enfant de moins de 16 ans ou Handicapé	
p. 35	• Garde des Enfants de moins de 16 ans et/ou d'un Enfant Handicapé
Assistance en cas d'Accident d'un Enfant de moins de 16 ans ou Handicapé	
p. 35	• Garde des Enfants de moins de 16 ans et/ou d'un Enfant Handicapé
Assistance en cas d'Immobilisation entraînant une absence scolaire supérieure à 14 jours	
p. 36	• École à Domicile

Les garanties d'assistance du contrat Assurance Santé de La Banque Postale sont mises en œuvre par Filassistance International, selon la Formule souscrite et indiquée dans les Conditions Particulières.

Besoin d'assistance :

Contactez-nous (24h/24)

Depuis la France au
03 28 53 20 18 (appel non surtaxé).

Depuis l'étranger au
+33 3 28 53 20 18 (appel non surtaxé).

Par mail :
assistance.personnes@filassistance.fr

Par courrier
Filassistance International
108 Bureaux de la Colline
92213 Saint-Cloud Cedex

Par télécopie
09 77 40 17 87

Veuillez nous indiquer :

- Le nom et le numéro du contrat.
- Le nom et prénom de l'Assuré.
- L'adresse exacte de l'Assuré.
- Le numéro de téléphone auquel l'Assuré peut être joint.

Assistance pour l'assuré

4.1 Assistance à tout moment dès la souscription

→ Ce que Nous garantissons

1 Téléconseil santé

Le téléconseil santé permet, à tout moment, à l'Assuré d'obtenir notamment des informations sur des questions d'ordre général relatives à la santé telles que les établissements de soins, les facteurs de risques, les questions relatives aux médicaments, les informations préventives, les informations sur les médecines alternatives.

Le téléconseil santé, réalisé par un médecin, s'effectue à distance, via une plateforme, 24h/24 et 7j/7.

2 Téléconsultation

Le Bénéficiaire majeur ou le titulaire de l'autorité parentale du Bénéficiaire mineur peut contacter Filassistance afin de bénéficier d'une téléconsultation délivrée par des médecins généralistes ou spécialistes.

Toute téléconsultation pour un majeur sous tutelle devra être effectuée par le tuteur.

La téléconsultation est dispensée dans le respect des dispositions du décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 sur la télémédecine et des dispositions légales concernant le secret médical.

Les ordonnances sont délivrées par des médecins français au format Dénomination Commune Internationale (DCI). Elles sont rédigées exclusivement en français ou en anglais, et seront valables au sein de l'Union européenne et en principe dans le monde entier sauf législation particulière du pays.

Lors du premier appel du Bénéficiaire auprès de Filassistance, un lien vers une plateforme lui sera communiqué. Afin de bénéficier de la téléconsultation, le Bénéficiaire devra s'y inscrire et y déposer sa carte d'identité.

Le Bénéficiaire pourra ensuite formuler sa demande de téléconsultation sur la plateforme.

À l'issue de la téléconsultation, le médecin apportera au Bénéficiaire une réponse médicale adaptée à sa situation. Cette réponse, rendue par écrit, téléphone ou visioconférence, prendra l'une des formes suivantes :

- Un conseil, un diagnostic, un avis complémentaire,
- Une orientation vers le médecin traitant,
- Une orientation vers un spécialiste,
- Une ordonnance.

Le médecin, inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins, délivrant la téléconsultation **est seul décisionnaire de la suite à y donner**. Dans le cas où il identifierait une urgence médicale, le Bénéficiaire sera réorienté vers les services d'urgence.

Le service de téléconsultation médicale ne pourra pas délivrer d'arrêts de travail, de certificats médicaux, de renouvellements d'ordonnance d'une durée supérieure à 1 mois, d'ordonnances de kinésithérapie et pour des semelles orthopédiques.

L'accès à cette prestation est illimité et son coût est pris en charge par Filassistance.

4.2 Assistance en cas d'hospitalisation

1 Assistance en cas d'Hospitalisation de moins de 48 heures, à la suite d'une intervention chirurgicale d'un Assuré de plus de 60 ans

→ Ce que Nous garantissons

Aide à domicile ou l'une des prestations d'assistance à Domicile

En cas d'intervention ayant nécessité une Hospitalisation de moins de 48 heures de l'Assuré, Filassistance International met à la disposition de l'Assuré de l'assistance à Domicile dans la limite de 30 heures réparties sur 1 mois :

- L'Auxiliaire de vie peut dispenser des soins de toilette quotidienne, **hors soins médicaux nécessitant l'intervention d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère) ;**
- La technicienne de santé familiale peut prodiguer des conseils dans le domaine de l'éducation familiale ;
- L'Aide à domicile peut effectuer les petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas, etc.) au Domicile de l'Assuré.

Chaque prestation dure au minimum 2 heures et peut être fournie du lundi au vendredi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

2 Assistance en cas d'Hospitalisation d'au moins 3 jours

→ Ce que Nous garantissons

Aide à domicile ou l'une des prestations d'assistance à Domicile

En cas d'Hospitalisation d'au moins 3 jours, Filassistance International met à la disposition de l'Assuré de l'assistance à Domicile :

- L'Auxiliaire de vie peut dispenser des soins de toilette quotidienne, hors soins médicaux nécessitant l'intervention d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère) ;
- La technicienne de santé familiale peut prodiguer des conseils dans le domaine de l'éducation familiale ;
- L'Aide à domicile peut effectuer les petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas, etc.) au Domicile de l'Assuré.

L'Assuré peut bénéficier de l'assistance à Domicile, **dans la limite de 30 heures maximum réparties sur 1 mois :**

- pendant son Hospitalisation pour aider les autres membres de sa famille à faire face, en son absence, aux obligations domestiques ;
- à son retour au Domicile, pour le soulager d'une partie des tâches ménagères qui lui incombent habituellement et que sa convalescence ne lui permet pas d'assumer.

Bon à savoir :

Uniquement pour les Assurés de la Formule SENIORS, la prise en charge est étendue aux Hospitalisations d'au moins 3 nuits, non liées à une Maladie ou à un Accident de l'Assuré.

⊗ Ce que Nous ne garantissons pas (Exclusions particulières)

- **Les Hospitalisations dans les centres de réadaptation fonctionnelle, maisons de convalescence ou établissements psychiatriques ;**
- **Les Hospitalisations à domicile ;**
- **Les Hospitalisations chirurgicales à but esthétique ;**
- **Les traitements de chimiothérapie orale à domicile, sauf protocole de soins particulier et après évaluation par les médecins de Filassistance International.**

Garde des Animaux de compagnie

En cas d'Hospitalisation de plus de 3 jours, l'Assuré peut bénéficier des services garde des Animaux de compagnie pendant une période maximale de 30 jours. Filassistance International organise et prend en charge, dans un rayon de 50 km du Domicile de l'Assuré :

- soit la garde des Animaux de compagnie dans un établissement spécialisé, sous réserve que ceux-ci aient reçu les vaccinations obligatoires ;
- soit le transfert des Animaux de compagnie au Domicile d'un proche.

3 En cas d'Hospitalisation imprévue d'au moins 3 jours

→ Ce que Nous garantissons

Garde des Enfants de moins de 16 ans et/ou d'un Enfant Handicapé

À la suite d'une Hospitalisation imprévue de l'Assuré pour une durée supérieure à 3 jours, et si aucun Assuré ne peut s'occuper des Enfants de moins de 16 ans ou des Enfants Handicapés, Filassistance International organise et prend en charge :

- soit le déplacement aller-retour par train* d'un proche résidant en France pour garder les Enfants au Domicile de l'Assuré ;
- soit le transfert aller-retour par train* des Enfants chez un proche résidant en France ;
- soit, s'ils sont scolarisés, leur conduite à l'école et retour au Domicile **à raison de 2 fois par jour pendant 5 jours répartis sur une période d'1 mois ;**
- soit la garde des Enfants âgés de moins de 16 ans et/ou Handicapés **dans la limite de 30 heures réparties sur 1 mois** à compter de la date de Événement. Une aide maternelle assure alors la garde, au Domicile de l'Assuré. Cette prestation peut être complétée par l'accompagnement aller et retour des Enfants à l'école.

Garde des ascendants

Si à la suite d'une Hospitalisation imprévue supérieure à 3 jours et si aucun proche ne peut assumer la garde des ascendants de l'Assuré Principal, de son Conjoint, vivant habituellement au foyer, Filassistance International organise et prend en charge :

- soit leur garde à Domicile par une Aide à domicile **pendant une période de 30 heures réparties sur 1 mois** à compter de la date de survenance de l'Événement ;

- soit le déplacement aller-retour par train** d'un proche résidant en France pour garder les ascendants au Domicile de l'Assuré ;
- soit le transfert aller-retour par train** des ascendants chez un proche résidant en France.

Bon à savoir :

Pour les Assurés de la Formule SENIORS, cette garantie est étendue à la garde des Membres de la famille dépendant.

* Pour les trajets en train dont la durée aller est :

- inférieure à 5 heures, il sera remis un billet de train 1re classe,
- supérieure à 5 heures, il sera remis un billet d'avion classe touriste

En cas de nécessité ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, Filassistance International organise et prend en charge l'accompagnement des Enfants par l'un de ses prestataires.

** Pour les trajets en train dont la durée aller est :

- inférieure à 5 heures, il sera remis un billet de train 1re classe,
- supérieure à 5 heures, il sera remis un billet d'avion classe touriste.

L'appréciation du médecin doit être confirmée à Filassistance International par l'envoi ultérieur d'un certificat médical dans un délai de 48 heures.

Visite d'un proche au chevet

En cas d'Hospitalisation de l'Assuré de plus de 3 jours, Filassistance International organise et prend en charge la présence, à son chevet, d'un proche résidant en France.

Filassistance International met à sa disposition un titre de transport aller-retour par train***, organise et prend en charge son hébergement, pour 2 nuits, petits-déjeuners inclus, **dans la limite de 100 € par nuit.** Les frais de nourriture et frais annexes ne sont pas pris en charge.

*** Pour les trajets en train dont la durée aller est :

- inférieure à 5 heures, il sera remis un billet de train 1re classe,
- supérieure à 5 heures, il sera remis un billet d'avion classe touriste.

Pour les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM), cette prestation n'est accordée que si le proche réside dans le même Département ou Région d'Outre-Mer que l'Assuré .

4.3 Assistance en cas de convalescence à la suite d'une hospitalisation prolongée de 15 jours d'un assuré de plus de 60 ans

→ Ce que Nous garantissons

Téléassistance

Si l'Assuré est âgé de plus de 60 ans, pendant sa convalescence après une Hospitalisation supérieure à 15 jours, et sous réserve de l'accord préalable d'un médecin de Filassistance International, Filassistance International met à sa disposition un appareil de téléassistance pendant une durée de 3 mois consécutifs.

La mise en place du dispositif de téléassistance nécessite la collecte d'informations à caractère personnel et l'installation du matériel d'interphonie.

4.4 Assistance en cas d'immobilisation supérieure à 5 jours

→ Ce que Nous garantissons

Aide à domicile ou l'une des prestations d'assistance à Domicile

En cas d'Immobilisation de l'Assuré supérieure à 5 jours, Filassistance International met à la disposition de l'Assuré de l'assistance à Domicile :

- L'Auxiliaire de vie peut dispenser des soins de toilette quotidienne, hors soins médicaux nécessitant l'intervention d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère) ;
- La technicienne de santé familiale peut prodiguer des conseils dans le domaine de l'éducation familiale ;
- L'Aide à domicile peut effectuer les petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas, etc.) au Domicile de l'Assuré.

L'Assuré peut bénéficier de l'assistance à Domicile, **dans la limite de 30 heures maximum réparties sur 1 mois :**

- pendant son Immobilisation pour aider les autres membres de sa famille à faire face, en son absence, aux obligations domestiques ;
- après son Immobilisation pour le soulager d'une partie des tâches ménagères qui lui incombent habituellement et que sa convalescence ne lui permet pas d'assumer.

Bon à savoir :

Uniquement pour les Assurés de la Formule SENIORS, la prise en charge est étendue aux Immobilisations supérieures à 5 jours non liées à une Maladie ou à un Accident de l'Assuré.

Chaque prestation dure au minimum 2 heures et peut être fournie du lundi au vendredi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

Le délai pour la mise en place de la garantie est d'une demi-journée ouvrée à compter de la demande.

2 Garde des ascendants

Si à la suite d'une Immobilisation supérieure à 5 jours et si aucun proche ne peut assumer la garde des ascendants de l'Assuré Principal, de son Conjoint, vivant habituellement au foyer, Filassistance International organise et prend en charge :

- soit leur garde à Domicile par une Aide à domicile **dans la limite de 30 heures réparties sur 1 mois** à compter de la date de survenance de l'Événement ;
- soit le déplacement aller-retour par train** d'un proche résidant en France pour garder les ascendants au Domicile de l'Assuré ;
- soit le transfert aller-retour par train** des ascendants chez un proche résidant en France.

Bon à savoir :

Pour les Assurés de la Formule SENIORS, cette garantie est étendue à la garde des Membres de la famille dépendant.

** Pour les trajets en train dont la durée aller est :
- inférieure à 5 heures, il sera remis un billet de train 1re classe,
- supérieure à 5 heures, il sera remis un billet d'avion classe touriste.

Pour les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM), cette prestation n'est accordée que si le proche réside dans le même Département ou Région d'Outre-Mer que l'Assuré.

3 Visite d'un proche au chevet

En cas d'Immobilisation de l'Assuré supérieure à 5 jours, Filassistance International organise et prend en charge la présence, à son chevet, d'un proche résidant en France.

Filassistance International met à sa disposition un titre de transport aller-retour par train***, organise et prend en charge son hébergement, pour 2 nuits, petits-déjeuners inclus, **dans la limite de 100 € par nuit.** Les frais de nourriture et frais annexes ne sont pas pris en charge.

*** Pour les trajets en train dont la durée aller est :
- inférieure à 5 heures, il sera remis un billet de train 1re classe,
- supérieure à 5 heures, il sera remis un billet d'avion classe touriste.

Pour les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM), cette prestation n'est accordée que si le proche réside dans le même Département ou Région d'Outre-Mer que l'Assuré.

4.5 Assistance en cas de séances de chimiothérapie ou de radiothérapie

→ Ce que Nous garantissons

Assistance à Domicile

En cas de traitement entraînant des séances de chimiothérapie et/ou de radiothérapie, Filassistance International met à la disposition de l'Assuré de l'assistance à Domicile :

- L'Auxiliaire de vie peut dispenser des soins de toilette quotidienne, **hors soins médicaux nécessitant l'intervention d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère) ;**
- La technicienne de santé familiale peut prodiguer des conseils dans le domaine de l'éducation familiale ;
- L'Aide à domicile peut effectuer les petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas, etc.) au Domicile de l'Assuré.

L'Assuré peut bénéficier de l'assistance à Domicile **dans la limite de 2 fois 2 heures après chaque séance en milieu hospitalier dans la limite de 30 heures par année civile.** La garantie peut s'appliquer dès le premier jour, si nécessaire.

Chaque prestation dure au minimum 2 heures et peut être fournie du lundi au vendredi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

Le délai pour la mise en place de la garantie est d'une demi-journée ouvrée à compter de la demande.

4.6 Assistance en cas de retour de la maternité

→ Ce que Nous garantissons

1 Aide à domicile lors du séjour en maternité

Quelle que soit la durée du séjour en maternité, 8 heures d'Aide à domicile (entretien courant du foyer, achats quotidiens ou encore préparation des repas) sont attribuées à l'Assurée dans le mois qui suit son retour au Domicile.

Si le séjour en maternité de l'Assurée est supérieur à 8 jours ou en cas de naissances multiples, l'Assurée peut bénéficier des services d'une Aide à domicile, pendant une période maximale d'1 mois, dans les conditions ci-après :

- pendant son séjour en maternité pour aider les autres membres de sa famille à faire face, en son absence, aux obligations domestiques. L'Aide à domicile peut ainsi assurer tout ou partie de l'entretien courant du foyer, faire les achats quotidiens ou encore préparer les repas ;
- à son retour au Domicile, pour la soulager d'une partie des tâches ménagères que sa convalescence ne lui permet pas d'assumer.

Elle ne peut dépasser 30 heures pendant 1 mois, à compter du retour au Domicile. Elle peut s'appliquer dès le premier jour du séjour en maternité, si nécessaire.

2 Garde des Enfants de moins de 16 ans et/ou d'un Enfant Handicapé

En cas de séjour en maternité de plus de 8 jours, et si l'Assurée ne peut s'occuper de ses Enfants ou des Enfants de l'Assuré Principal, de son Conjoint, vivant habituellement au foyer et âgés de moins de 16 ans ou Handicapés, Filassistance International organise et prend en charge :

- soit le déplacement aller-retour par train**** d'un proche résidant en France pour garder les Enfants au Domicile de l'Assurée ;
- soit le transfert aller-retour par train**** des Enfants chez un proche résidant en France.

En cas de nécessité ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, Filassistance International organise et prend en charge l'accompagnement des Enfants par l'un de ses prestataires :

- soit, s'ils sont scolarisés, leur conduite à l'école et retour au Domicile **à raison de 2 fois par jour pendant 5 jours répartis sur une période d'1 mois ;**
- soit la garde des Enfants âgés de moins de 16 ans, **dans la limite de 30 heures** réparties sur un mois à compter de la date de l'Événement. Une aide maternelle assure alors la garde au Domicile de l'Assuré. Cette prestation peut être complétée par l'accompagnement aller et retour des Enfants à l'école.

**** Pour les trajets en train dont la durée aller est :
- inférieure à 5 heures, il sera remis un billet de train 1re classe,
- supérieure à 5 heures, il sera remis un billet d'avion classe économique.

Pour les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM), ces deux premières prestations garanties sont accordées si le transfert des personnes a lieu dans le Département ou Région d'Outre-Mer où est domiciliée l'Assurée .

3 Informations en puériculture

Sur simple appel téléphonique, du lundi au vendredi, de 9h00 à 19h00, hors jours fériés et week-ends, l'équipe médicale et sociale de Filassistance International communique à l'Assuré, par téléphone, les renseignements qui lui sont nécessaires dans les domaines suivants :

Santé

- les soins du nouveau-né ;
- les vaccinations du nouveau-né ;
- l'alimentation du bébé ;
- évolution et développement du bébé.

Modes de garde

- l'inscription en crèche, établissements et services d'accueil des jeunes Enfants, garde à Domicile (employés au Domicile), assistantes maternelles, aides financières et avantages fiscaux des modes de garde, protection maternelle et infantile.

Informations juridiques et administratives (avant et après la naissance)

- informations juridiques : filiation légitime, naturelle, adoptive, autorité parentale, obligations alimentaires, assistance éducative, tutelle ;

- informations fiscales et démarches administratives : déclaration de naissance, remboursement par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire des séances de préparation à l'accouchement, congés de naissance ou d'adoption, congé paternité, prestations familiales.

Les renseignements fournis sont à titre indicatif : l'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation médicale téléphonique ou de favoriser une automédication.

4 Service de soutien psychologique

Filassistance International intervient lorsque l'Assurée est victime d'un traumatisme psychologique suite à une fausse-couche, un « baby blues », la naissance d'un prématuré, l'Hospitalisation du nouveau-né, le décès de l'Enfant.

Accueil et consultation psychologique

Filassistance International met à la disposition de l'Assurée un service d'écoute et d'aide psychologique par téléphone, d'une durée moyenne de 45 minutes, et prend en charge le coût de cette consultation.

Suivi psychologique

À la suite de cette première consultation, et selon le diagnostic établi, l'Assurée peut bénéficier de 3 nouvelles consultations maximum, effectuées :

- soit par téléphone auprès du même psychologue ;
- soit au cabinet d'un des psychologues cliniciens agréés par Filassistance International, proche du Domicile de l'Assurée ou, sur demande, auprès d'un psychologue de son choix.

Filassistance International prend en charge le coût des consultations. La prise en charge vient en complément des remboursements des organismes de Sécurité sociale, d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance.

Dans le cas d'un suivi chez un psychologue du choix de l'Assurée, Filassistance International rembourse, sur justificatif, 3 consultations maximum **dans la limite de 60 € TTC par consultation.**

Les garanties consultation psychologique sont limitées à un Événement traumatisant, par Assurée et par année d'assurance. Les prestations garanties sont valables dans l'année qui suit l'accouchement de l'Assurée.

Dans tous les cas, les frais de transport pour se rendre chez le psychologue restent à la charge de l'Assurée.

⊗ Ce que Nous ne garantissons pas (Exclusions particulières)

- **Un suivi psychologique alors que l'Assurée est déjà en traitement auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue ;**
- **Une décompensation psychique grave, nécessitant une Hospitalisation en milieu spécialisé ;**
- **Les consultations et le suivi psychologique, en dehors de la France métropolitaine.**

4.7 Assistance en cas de décès

→ Ce que Nous garantissons

1 Aide à domicile ou l'une des prestations d'assistance à Domicile

En cas de décès d'un Assuré, Filassistance International met à la disposition de l'Assuré de l'assistance à Domicile :

- L'Auxiliaire de vie peut dispenser des soins de toilette quotidienne, **hors soins médicaux nécessitant l'intervention d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère) ;**
- La technicienne de santé familiale peut prodiguer des conseils dans le domaine de l'éducation familiale ;
- L'Aide à domicile peut effectuer les petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas, etc.) au Domicile de l'Assuré.

Le Conjoint vivant sous le même toit que l'Assuré peut bénéficier de l'assistance à Domicile **dans la limite de 30 heures maximum réparties sur 1 mois** à compter du décès, pour l'aider à faire face aux obligations domestiques. La garantie peut s'appliquer dès le premier jour, si nécessaire.

Chaque prestation dure au minimum 2 heures et peut être fournie du lundi au vendredi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

Le délai pour la mise en place de la garantie est d'une demi-journée ouvrée à compter de la demande.

2 Garde des Enfants de moins de 16 ans et/ou d'un Enfant Handicapé

En cas de décès de l'Assuré et si aucun Assuré ne peut s'occuper des Enfants de moins de 16 ans ou des Enfants Handicapés, Filassistance International organise et prend en charge :

- soit le déplacement aller-retour par train* d'un proche résidant en France pour garder les Enfants au Domicile de l'Assuré ;
- soit le transfert aller-retour par train* des Enfants chez un proche résidant en France ;
- soit, s'ils sont scolarisés, leur conduite à l'école et retour au Domicile **à raison de 2 fois par jour pendant 5 jours répartis sur une période d'1 mois ;**
- soit la garde des Enfants âgés de moins de 16 ans et/ou **Handicapés dans la limite de 30 heures réparties sur 1 mois** à compter de la date de l'Événement. Une aide maternelle assure alors la garde, au Domicile de l'Assuré. Cette prestation peut être complétée par l'accompagnement aller et retour des Enfants à l'école.

3 Garde des ascendants

En cas de décès de l'Assuré et si aucun proche ne peut assumer la garde des ascendants de l'Assuré Principal, de son Conjoint, vivant habituellement au foyer, Filassistance International organise et prend en charge :

- soit leur garde à Domicile par une Aide à domicile **pendant une période de 30 heures réparties sur 1 mois** à compter de la date de survenance de l'Événement ;
- soit le déplacement aller-retour par train** d'un proche résidant en France pour garder les ascendants au Domicile de l'Assuré ;
- soit le transfert aller-retour par train** des ascendants chez un proche résidant en France.

Bon à savoir :

Pour les Assurés de la Formule SENIORS, cette garantie est étendue à la garde des Membres de la famille dépendant.

* Pour les trajets en train dont la durée aller est :
- inférieure à 5 heures, il sera remis un billet de train 1re classe,
- supérieure à 5 heures, il sera remis un billet d'avion classe touriste.

En cas de nécessité ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, Filassistance International organise et prend en charge l'accompagnement des Enfants par l'un de ses prestataires.

** Pour les trajets en train dont la durée aller est :
- inférieure à 5 heures, il sera remis un billet de train 1re classe,
- supérieure à 5 heures, il sera remis un billet d'avion classe touriste.

Pour les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM), cette prestation n'est accordée que si le proche réside dans le même Département ou Région d'Outre-Mer que l'Assuré.

Assistance pour l'enfant

4.8 Assistance en cas d'arrêt de travail de la personne salariée en charge des enfants de moins de 14 ans

→ Ce que Nous garantissons

Garde des Enfants de moins de 14 ans

En cas d'arrêt de travail, consécutif à une Maladie ou à un Accident, de la personne salariée en charge des Enfants de l'Assuré Principal ou de son Conjoint, vivant habituellement au foyer et **âgés de moins de 14 ans,** Filassistance International organise et prend en charge :

- soit la présence d'une aide maternelle pour garder les Enfants au Domicile de l'Assuré dans la limite de **10 heures pendant 2 jours** ouvrés consécutifs maximum ;
- soit le transfert par train* des Enfants chez un proche résidant dans la zone de résidence de l'Assuré, en France métropolitaine ou dans un Département ou une Région d'Outre-Mer ;
- soit l'acheminement par train* d'un proche résidant dans la zone de résidence de l'Assuré, en France métropolitaine ou dans un Département ou une Région d'Outre-Mer, pour garder les Enfants au Domicile de l'Assuré.

Un justificatif de l'arrêt de travail sera demandé et devra être adressé à Filassistance International sous 48 heures.

* Pour les trajets en train dont la durée aller est :

- inférieure à 5 heures, il sera remis un billet de train 1re classe,
- supérieure à 5 heures, il sera remis un billet d'avion classe touriste.

En cas de nécessité ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, Filassistance International organise et prend en charge l'accompagnement des Enfants par l'un de ses prestataires.

4.9 Assistance en cas d'immobilisation de plus de 48 heures

→ Ce que Nous garantissons

1 Assistance en cas de Maladie d'un Enfant de moins de 16 ans ou Handicapé

Garde des Enfants de moins de 16 ans et/ou d'un Enfant Handicapé

En cas de Maladie imprévue de l'Enfant de l'Assuré nécessitant son Immobilisation pendant plus de 48 heures, et si le médecin traitant estime que l'état de santé de l'Enfant nécessite la présence d'une personne à son chevet, et que les parents de l'Enfant ne peuvent assumer cette tâche, Filassistance International :

- fournit une aide maternelle et prend en charge sa rémunération dans la limite de **30 heures,** réparties sur 1 mois à compter de la date de la Maladie ;
- ou organise et prend en charge le déplacement aller-retour par train** d'un proche résidant en France pour garder les Enfants au Domicile de l'Assuré.

2 Assistance en cas d'Accident d'un Enfant de moins de 16 ans ou Handicapé

Garde des Enfants de moins de 16 ans et/ou d'un Enfant Handicapé

En cas d'Accident de l'Enfant de l'Assuré nécessitant son Immobilisation pendant plus de 48 heures, et si le médecin traitant estime que l'état de santé de l'Enfant nécessite la présence d'une personne à son chevet, et que les parents de l'Enfant ne peuvent assumer cette tâche, Filassistance International :

- fournit une aide maternelle et prend en charge sa rémunération dans la limite de **30 heures,** réparties sur 1 mois à compter de la date de l'Accident ;
- ou organise et prend en charge le déplacement aller-retour par train** d'un proche résidant en France pour garder les Enfants au Domicile de l'Assuré.

** Pour les trajets en train dont la durée aller est :

- inférieure à 5 heures, il sera remis un billet de train 1re classe,
- supérieure à 5 heures, il sera remis un billet d'avion classe touriste.

L'appréciation du médecin doit être confirmée à Filassistance International par l'envoi ultérieur d'un certificat médical dans un délai de 48 heures.

4.10 Assistance en cas d'immobilisation entraînant une absence scolaire supérieure à 14 jours

→ Ce que Nous garantissons

École à Domicile

En cas d'Accident ou de Maladie imprévue entraînant une Immobilisation et si l'Enfant scolarisé de l'Assuré Principal ou de son Conjoint vivant sous le même toit que lui, se trouve dans l'incapacité, médicalement constatée, de poursuivre normalement sa scolarité, et que cette obligation entraîne une absence scolaire supérieure à 14 jours, Filassistance International fournit une aide pédagogique à partir du 15e jour.

Pour cela, Filassistance International recherche et prend en charge un répétiteur se déplaçant au Domicile pour donner des cours dans les matières principales par tranches de 3 heures de cours au minimum dans la journée, par matière et par répétiteur scolaire, hors période de vacances scolaires, tant que l'Enfant n'est pas en mesure de retourner à l'école et jusqu'à la fin de l'année scolaire en cours, si nécessaire.

Cette aide pédagogique s'adresse exclusivement aux Enfants scolarisés en France, du cours préparatoire à la classe de terminale.

L'Assuré doit justifier sa demande en adressant à Filassistance International un certificat médical précisant que l'Enfant ne peut, compte tenu de son état, se rendre dans son établissement scolaire et la durée prévue de son Immobilisation.

Sous réserve de l'accord exprès de l'établissement de soins, la garantie peut également être fournie en cas d'Hospitalisation de l'Enfant.

Le délai pour la mise en œuvre de cette garantie est de 2 jours ouvrés minimum à compter de la demande.

⊗ Ce que Nous ne garantissons pas (Exclusions particulières)

- **Les phobies scolaires.**

5. Comment utiliser votre contrat ?

5.1 La mise en œuvre des garanties d'assurance

1 Comment sont remboursés vos frais de santé ?

Les conditions préalables

Pour être remboursés, les frais de santé doivent être :

- expressément mentionnés dans les Conditions Particulières en vigueur à la date des soins ;
- prescrits par une autorité médicale qualifiée ;
- effectués pendant la période de garantie ;
- pris en charge par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire, sauf cas expressément indiqués dans les tableaux de garanties.

La date des soins retenue est celle prise en compte par la Régime d'Assurance Maladie Obligatoire ou celle de facturation pour les actes non pris en charge par la Régime d'Assurance Maladie Obligatoire.

Assurances cumulatives

Les garanties de même nature, souscrites auprès de plusieurs organismes d'assurance, produisent leurs effets dans la limite des frais engagés quelle que soit la date de souscription. Dans cette limite, l'Assuré du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme d'assurance de son choix.

Si les risques que l'Assureur garantit par le présent contrat sont (ou viennent à être) assurés en tout ou partie auprès d'un autre assureur, l'Assuré doit en informer l'Assureur immédiatement et lui indiquer les sommes assurées.

Quand devez-Vous Nous transmettre vos demandes de remboursement ?

Les demandes de remboursement doivent Nous être transmises au plus tard dans les 2 ans suivant la date des soins.

Quelles sont les pièces justificatives nécessaires au remboursement des frais de santé?

Pour obtenir la mise en œuvre des garanties d'assurance, les Assurés doivent Nous adresser :

Type de soins ou événement	Pièces justificatives
Soins remboursés par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire	• Les décomptes originaux du Régime d'Assurance Maladie Obligatoire. • Les factures acquittées et détaillées selon le type de soins. • En cas d'assurances cumulatives : le refus de prise en charge de l'autre assureur, une attestation de prise en charge indiquant le montant déjà remboursé ou le décompte du montant déjà remboursé.
Soins non remboursés par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire	• La prescription médicale. • Les factures acquittées et détaillées. Pour les médecines complémentaires, la facture doit mentionner le diplôme du praticien. • En cas d'assurances cumulatives : le refus de prise en charge de l'autre assureur, une attestation de prise en charge indiquant le montant déjà remboursé ou le décompte du montant déjà remboursé.
Hospitalisation	• Le bulletin d'hospitalisation. • Les factures originales acquittées et détaillées. • En cas d'hospitalisation en chambre particulière : la demande de prise en charge en chambre particulière. • En cas d'assurances cumulatives : le refus de prise en charge de l'autre assureur, une attestation de prise en charge indiquant le montant déjà remboursé ou le décompte du montant déjà remboursé.
Soins effectués à l'étranger et couverts par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire	• Les factures originales acquittées, détaillées et traduites en français. • La traduction des documents utiles au remboursement éventuel. • En cas d'assurances cumulatives : le refus de prise en charge de l'autre assureur, une attestation de prise en charge indiquant le montant déjà remboursé ou le décompte du montant déjà remboursé.
Naissance ou adoption	• La photocopie du livret de famille concernant l'Enfant en question. • En cas d'adoption : la photocopie de l'acte y afférent.

Les frais liés à la production des pièces justificatives sont à la charge de l'Assuré.

2 Quels sont les délais de règlement des prestations ?

	Délais
Tiers payant et télétransmission (NOEMIE)	24 heures **Bon à savoir :** **Si les services informatiques assurent les liaisons entre les caisses gérant le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire et Nous, les informations du décompte de prestations du Régime d'Assurance Maladie Obligatoire sont directement envoyées par télétransmission (NOEMIE). Dans ce cas, l'Assuré n'a donc pas à adresser par courrier son décompte de prestations du Régime d'Assurance Maladie Obligatoire.** **Si l'Assuré ne souhaite pas bénéficier de la télétransmission (NOEMIE), il doit Nous le notifier par écrit.**
Prise en Charge (PEC) hospitalisation	48 heures
Envoi des décomptes de prestations du Régime d'Assurance Maladie Obligatoire par courrier ou voie électronique (email ou dépôt sur l'Espace Personnel)	72 heures

3 Qu'est-ce que la subrogation ?

Nous sommes subrogés de plein droit à l'Assuré victime d'un accident dans son action contre un tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou partagée.

Cette subrogation s'exerce dans les limites des dépenses que Nous avons exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'Atteinte Corporelle de l'Assuré.

4 Sanctions en cas de fausse déclaration de sinistres

Si le(s) Assuré(s) au contrat :

- Fait/font une fausse déclaration sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre ; et/ou
- Exagére(nt) le montant des frais ; et/ou
- Employe(ient) comme justification des documents inexacts ou use(nt) de moyens frauduleux.

Il(s) perdra/perdront tout droit à bénéficier des garanties du contrat pour ce sinistre (déchéance de garantie). L'Assureur doit apporter la preuve de la manœuvre frauduleuse de l'Assuré. Toute somme indûment versée fera l'objet d'une action aux fins de remboursement et, le cas échéant, de poursuites judiciaires.

5 Le contrôle médical

L'Assureur peut effectuer un contrôle en cas de demande de mise en oeuvre d'une garantie frais de santé et notamment pour les garanties dentaire, optique ou aides auditives avant ou après le paiement par l'Assureur desdites garanties.

L'Assureur peut avoir recours à une expertise médicale effectuée par un professionnel de santé de son choix, dont les honoraires sont à la charge de l'Assureur. Si l'Assuré refuse de se soumettre à cette expertise, aucune demande de garanties relevant du périmètre de la demande d'expertise ne donnera lieu à prise en charge.

Dans le cadre des expertises médicales réalisées à la demande de l'Assureur, l'Assuré a la faculté de se faire assister, lors de ces contrôles, du médecin de son choix et d'être prévenu des modalités des examens demandés (analyses, radio, ...) ou d'opposer les conclusions de son propre médecin traitant.

En cas de contestation des conclusions de l'expertise, l'Assuré devra adresser au Médecin-Conseil de l'Assureur, dans les trente jours suivant la notification desdites conclusions, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant l'objet de la contestation, le nom du médecin chargé de le représenter et joindre des éléments médicaux argumentés.

Si le désaccord persiste, il sera mis en place une expertise d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins, un troisième désigné par leurs soins ou, s'ils n'ont pu s'accorder, par le président du Tribunal Judiciaire de la résidence de la personne assurée sur requête de la partie la plus diligente.

L'Assureur et l'Assuré supportent les honoraires de leur médecin respectif, ceux du troisième médecin ainsi que les frais de sa désignation sont supportés à parts égales par l'Assureur et l'Assuré.

5.2 La mise en œuvre des garanties d'assistance

1 Délivrance des prestations

Filassistance est accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et met en œuvre les prestations garanties, après accord préalable, du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures **(hors jours fériés)**.

Le Bénéficiaire ou son entourage doivent impérativement contacter Filassistance, au numéro 03 28 53 20 18, préalablement à toute intervention ou mise en œuvre d'une garantie, **dans un délai maximum de 5 jours calendaires suivant la date de survenance de l'Événement qui donne lieu au bénéfice des présentes garanties.**

Le Bénéficiaire obtiendra ensuite un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge de la part de Filassistance.

Ā défaut de respecter cet accord préalable et ce délai, aucune dépense effectuée d'autorité par le Bénéficiaire (ou son entourage) ne sera remboursée.

Il appartient au Bénéficiaire de fournir toute pièce demandée par Filassistance permettant de justifier la réalité de l'Évènement qui le conduit à sa demande d'assistance ainsi que le respect des conditions d'octroi des garanties.

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'Aide à domicile ou l'une des prestations d'assistance à Domicile, la responsabilité de Filassistance

International ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des recommandations faites. La mise en œuvre de l'Aide à domicile ou l'une des prestations d'assistance à Domicile est subordonnée aux disponibilités locales et aux horaires d'ouverture des réseaux de prestataires référencés par Filassistance International.

En cas d'accident ou d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers, le SAMU ou le médecin traitant.

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par le Bénéficiaire lors de la durée de la garantie ne peuvent donner lieu à un remboursement a posteriori ou au versement d'une indemnité compensatoire.

Les montants de prise en charge, la durée de mise en œuvre des prestations d'assistance ainsi que le nombre d'heures mentionnées dans les garanties ne sont pas forfaitaires.

Filassistance pourra suspendre la mise en œuvre de toute prestation en cas de comportement pénalement répréhensible (agressions, comportements racistes, insultes, ...) ou violent d'un Bénéficiaire à l'égard de Filassistance ou de l'un de ses prestataires.

En cas de fausse déclaration sur les circonstances du sinistre, d'exagération frauduleuse des préjudices, de dissimulation d'existence d'autres prestations indemnitaires ou d'utilisation ou de production de documents/justificatifs frauduleux ou inexacts, les Bénéficiaires perdront tout droit à indemnisation pour le sinistre.

2 Remboursement des prestations

Lorsque les garanties le prévoient expressément ou que l'intervention d'un prestataire auprès du Bénéficiaire n'est pas possible, Filassistance peut autoriser le Bénéficiaire à organiser lui-même la prestation.

Dans ce cas, Filassistance rembourse au Bénéficiaire ou à la personne ayant engagé les frais, par virement, les frais engagés sous réserve de la transmission des justificatifs suivants :

- un RIB au nom du Bénéficiaire ou au nom de la personne ayant engagé les frais afférents, à un compte bancaire ouvert auprès d'une banque située sur le territoire de l'Union Européenne,
- une facture acquittée* originale ou copie scannée, au nom du Bénéficiaire ou au nom de la personne ayant engagé les frais, reprenant l'ensemble des mentions obligatoires imposées par la réglementation en vigueur et l'objet correspondant exactement à la prestation qui aurait été mise en œuvre par Filassistance au profit du Bénéficiaire,
- les pièces justifiant la réalité de l'Évènement qui conduit le Bénéficiaire à sa demande d'assistance ainsi que le respect des conditions d'octroi des garanties.

Le remboursement est conditionné à l'obtention par le Bénéficiaire de l'accord préalable de Filassistance.

Le remboursement est toujours fait dans la limite de ce que Filassistance aurait pris en charge si elle avait organisé elle-même la prestation. Le Bénéficiaire s'engage à payer le cas échéant le reste à charge à son prestataire.

Le remboursement sera versé soit au Bénéficiaire ou à la personne ayant engagé les frais dans un délai de 30 jours ouvrés suivant la réception de l'ensemble desdites pièces, sauf contestation notifiée à la personne concernée.

**Toute facture transmise dans un format ne garantissant pas l'inaltérabilité de cette dernière (.txt, .docx, .xlsx. ou tout autre format permettant la modification de la facture a posteriori de son édition) ne permettra pas d'obtenir un remboursement.*

3 Conditions d'ordre médical

Le choix des moyens à mettre en œuvre pour répondre à une demande d'assistance, relève de la décision de l'équipe médicale de Filassistance, qui recueille si nécessaire, l'avis du médecin traitant.

La durée de mise en œuvre des garanties est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille du Bénéficiaire, par l'équipe médicale de Filassistance.

Afin de permettre à l'équipe médicale de Filassistance de prendre sa décision, cette dernière se réserve la possibilité de demander au Bénéficiaire de fournir toute pièce médicale originale qui justifie l'Évènement qui le conduit à sa demande d'assistance

Les pièces médicales devront être adressées **sous pli confidentiel** à l'attention du service médical de Filassistance

4 Conditions spécifiques aux prestations d'assistance informations

Les prestations d'informations sont délivrées uniquement par téléphone du **lundi au vendredi de 9h00 à 18h00 (hors jours fériés)** sur simple appel du Bénéficiaire. **En aucun cas,**

les réponses aux demandes d'informations ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

Filassistance s'engage à fournir une réponse dans un **délai maximal de 72 heures**.

La responsabilité de Filassistance ne pourra en aucun cas être recherchée en cas :

- **d'interprétation inexacte du ou des renseignements que le Bénéficiaire aura obtenu(s),**
- **des difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le Bénéficiaire, des informations communiquées.**

Les prestations d'informations relatives à la santé ont pour objet d'écouter, d'informer et d'orienter le Bénéficiaire et, en aucun cas, elles n'ont vocation à remplacer le médecin traitant. **Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.**

Les informations seront toujours données dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical).

En cas d'urgence médicale, le Bénéficiaire doit appeler en priorité son médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence (SAMU 15).

6. Vos droits

Votre qualité de client Assuré génère un ensemble de droits associés à votre contrat.

6.1 La réclamation - la médiation

1 Réclamations spécifiques à l'assurance

En cas d'insatisfaction relative aux garanties d'assurance, le souscripteur ou l'Assuré peut adresser une réclamation :

- à l'adresse suivante :

CNP Assurances Santé Individuelle
Service Réclamations
TSA 20144
51725 Reims CEDEX

- ou par courriel :

contactsante@lbpas.fr

Le Service Réclamations s'engage à accuser réception de la demande dans les 10 jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation, sauf si une réponse a été apportée dans ce délai, et à apporter au souscripteur ou à l'Assuré une réponse définitive dans les 60 jours calendaires suivant la date d'envoi de votre première réclamation écrite.

2 Réclamations spécifiques à l'assistance

Sans préjudice du droit d'engager une action en justice pour le Bénéficiaire à tout moment, toute réclamation portant sur le traitement d'une demande d'assistance (délai, qualité, contenu, prestation fournie, etc.) pourra être formulée dans un premier temps par l'Assuré/Vous, un Bénéficiaire ou leurs mandataires ou leurs ayants droit (ci-après le « Réclamant ») :

- auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro non surtaxé suivant :

03 28 53 20 18
(Numéro non surtaxé)

- par courrier à l'adresse suivante :

Filassistance International
Service Réclamations
108, Bureaux de la Colline
92213 Saint-Cloud Cedex

- par mail à :

qualite@filassistance.fr

- sur le site Internet :

www.filassistance.fr
via le formulaire de contact accessible dans la rubrique « Contactez-nous ».

Filassistance International adressera un accusé de réception dans un délai de 10 jours ouvrables maximum à compter de la date d'envoi de la réclamation, sauf si une réponse peut être communiquée au réclamant dans ce délai.

À défaut, une réponse sera apportée dans un délai de 2 mois maximum à compter de la date d'envoi de la réclamation sauf en cas de survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont le Réclamant sera informé.

3 Médiateur de l'Assurance

En cas d'insatisfaction sur la réponse apportée par CNP Assurances Santé Individuelle ou Filassistance International ou d'absence de réponse dans les 2 mois suivants l'envoi de la première réclamation écrite relative aux garanties d'assurance ou d'assistance, Vous ou les Bénéficiaires avez la possibilité de saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance dans un délai d'1 an à compter de l'envoi de la première réclamation écrite :

- en remplissant le formulaire en ligne :

https://formulaire.mediation-assurance.org/
Ce canal est à privilégier pour une prise en charge plus rapide.

- par courrier à l'adresse :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

La saisine du Médiateur de l'Assurance ne peut intervenir qu'après Nous avoir adressé une réclamation écrite. Il formulera un avis selon les modalités prévues dans la charte de La Médiation de l'Assurance **(www.mediation-assurance.org)** à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas aux parties et laisse la liberté pour Vous ou les Bénéficiaires de saisir les tribunaux compétents.

6.2 La résiliation

1 La résiliation à l'initiative du souscripteur

Vous avez également la possibilité de mettre fin à votre contrat. Votre demande de résiliation doit Nous être adressée selon les modalités prévues à l'article L. 113-14 du Code des assurances et notamment par lettre ou courrier électronique. Le tableau ci-après Vous permet de prendre connaissance des délais à respecter en fonction des motifs de la résiliation.

Motif de la résiliation	Comment et quand le souscripteur peut-il résilier ?	Date de l'effet de la résiliation
Résiliation à l'échéance	Au moins 2 mois avant la date d'échéance anniversaire de votre contrat.	À l'échéance principale.
Résiliation à tout moment	À tout moment, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date de souscription de votre contrat.	1 mois à compter de la réception de la demande de résiliation.
Obligation d'affiliation Obligation de l'Assuré de s'affilier auprès d'un autre organisme d'assurance dans le cadre d'un accord d'entreprise ou d'une convention collective	À tout moment au cours de votre contrat.	1 mois à compter de la réception de la demande de résiliation jointe d'une attestation nominative de l'organisme d'assurance de l'employeur précisant que l'adhésion est obligatoire. **Remarque :** la rétroactivité maximale est de 3 mois.
Droit à la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) Adhésion à la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)	À tout moment au cours de votre contrat.	À la date d'ouverture des droits. **Remarque :** la rétroactivité maximale est de 3 mois. Cependant, si des soins de santé ont été effectués postérieurement à la date d'ouverture des droits à la CSS, la résiliation prendra alors effet le lendemain du dernier soin remboursé.
Changement de situation personnelle · Changement de Régime d'Assurance Maladie Obligatoire · Changement du lieu de résidence impliquant une modification tarifaire · Déménagement hors France métropolitaine et Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM) · Ajout ou retrait d'un Assuré impliquant une modification de Formule générant une augmentation tarifaire	Dans les 3 mois qui suivent l'un des événements susvisés.	1 mois à compter de la réception de la demande de résiliation.

Quelle que soit la cause de résiliation susvisée, cette dernière ne sera considérée comme effective qu'à condition que tous les Assurés aient restitué leur dernière carte de tiers payant.

2 La résiliation à l'initiative de l'Assureur

Nous avons également la possibilité de mettre fin à votre contrat dans les cas et modalités suivants :

Motif de la résiliation	Comment et quand l'Assureur peut-il résilier ?	Date de l'effet de la résiliation
Résiliation à l'échéance annuelle	Par lettre recommandée adressée 2 mois avant l'échéance annuelle.	À l'échéance annuelle.
Résiliation pour non-paiement de la cotisation	Par lettre recommandée de mise en demeure de payer.	40 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure de payer (d'après la date figurant sur le cachet de La Poste).

3 La résiliation de plein droit

Motif de la résiliation	Quand l'Assureur peut-il résilier ?	Date de l'effet de la résiliation
Événements divers Décès du souscripteur	Dès que Nous en avons connaissance.	À la date du décès du souscripteur. Remarque : Si le souscripteur avait la qualité d'Assuré Principal, dans ce cas, les garanties sont maintenues avec exonération du paiement des cotisations durant les 2 mois qui suivent le décès.
Événements divers Retrait de l'agrément de l'Assureur	Dès que Nous en avons connaissance.	Le quarantième jour à midi, à compter de la publication au Journal officiel de la décision de l'Autorité prononçant cette décision.

6.3 Le délai pour engager une action (la prescription)

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du contrat Assurance Santé de La Banque Postale sont prescrites dans les délais et termes du Code des assurances :

1 Délai de prescription

Article L. 114-1 du Code des assurances :

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq 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'assurances contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance vie, nonobstant

les dispositions du 2e, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »

2 Causes d'interruption de la prescription

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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés 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. »

3 Caractère d'ordre public de la prescription

Article L. 114-3 du Code des assurances :

« Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

4 Causes ordinaires d'interruption de la prescription

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L.114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil :

Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait

Article 2240 du Code civil :

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

Demande en justice

Article 2241 du Code civil :

« La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure. »

Article 2242 du Code civil :

« L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. »

Article 2243 du Code civil :

« L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée. »

Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 du Code civil :

« L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée. »

Étendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 du Code civil :

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

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

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

Article 2246 du Code civil :

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

5 Causes de report et de suspension de la prescription

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1er janvier 2018 :

Article 2233 du Code civil :

« La prescription ne court pas :

1. à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ;

2. à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ;

3. à l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé. »

Article 2234 du Code civil :

« La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure. »

Article 2235 du Code civil :

« Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts. »

Article 2236 du Code civil :

« Elle ne court pas ou est suspendue entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité. »

Article 2237 du Code civil :

« Elle ne court pas ou est suspendue contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession. »

Article 2238 du Code civil :

« La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. »

Article 2239 du Code civil :

« La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.»

Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat. Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (http://www. legifrance. gouv.fr).

6.4 La protection des données à caractère personnel

1 Les données traitées dans le cadre de l'assurance (CNP Assurances Santé Individuelle responsable du traitement)

Les données à caractère personnel recueillies font l'objet de traitements dont le responsable est CNP Assurances Santé Individuelle, conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel.

Les données à caractère personnel recueillies sont nécessaires à l'exécution des mesures précontractuelles prises à votre demande et à l'exécution du contrat. Elles sont traitées, dans ce cadre, pour l'étude des besoins spécifiques de chaque demande, pour la souscription, l'évaluation de votre risque, pour l'élaboration de statistiques et d'études actuarielles, pour la gestion des réclamations et contentieux, pour la gestion des clients et des prospects et pour les opérations relatives à la gestion des contrats.
En cas de conclusion du contrat d'assurance, vos données à caractère personnel seront conservées pendant la durée du contrat.

En l'absence de conclusion du contrat d'assurance, vos données à caractère personnel seront conservées pendant un délai de 3 ans à compter de leur collecte par CNP Assurances Santé Individuelle ou à compter du dernier contact dont Vous auriez pris l'initiative (demande de renseignements ou de documentation, par exemple).

Les données recueillies sont également nécessaires au respect d'obligations légales ou réglementaires et sont traitées, dans ce cadre, notamment, pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. À ce titre, vos données sont conservées pendant la durée de la relation contractuelle.

Par ailleurs, elles sont nécessaires à l'intérêt légitime de CNP Assurances Santé Individuelle et sont traitées, dans ce cadre :

- pour la lutte contre la fraude et la cybercriminalité. À ce titre, les données collectées sont conservées pendant une durée maximale de 6 mois à compter de l'émission des alertes pour les qualifier et de 5 ans à compter de la clôture du dossier en cas de fraude avérée.
- à des fins d'optimisation, de personnalisation, et de ciblage des offres commerciales pour améliorer la relation commerciale. À ce titre, les données collectées sont conservées pour une durée de 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale.

Par ailleurs, elles peuvent être utilisées à des fins de prospection commerciale par voie postale ou par téléphone, dans l'intérêt légitime de CNP Assurances Santé Individuelle, ou par voie électronique, sous réserve de votre consentement, et conservées à ce titre pour une durée de 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale ou du dernier contact dont Vous auriez pris l'initiative.

Enfin, CNP Assurances Santé Individuelle peut être amenée à collecter des données de santé au titre de son activité de protection sociale. Vos données de santé sont traitées, dans ce cadre, pour le règlement des prestations et l'exercice de vos droits ou de ceux de CNP Assurances Santé Individuelle. Les traitements peuvent être effectués en lien avec les organismes de Sécurité sociale.

Les données de santé sont conservées, le temps nécessaire à l'exécution du contrat.

L'ensemble des données collectées pourra être conservé au-delà des durées précisées, dans le respect des délais légaux de prescription applicable.

CNP Assurances Santé Individuelle peut, dans le cadre de ses obligations légales et réglementaires, collecter des données à caractère personnel Vous concernant, auprès d'administrations et autorités publiques (INSEE, administration fiscale par exemple).

Les données à caractère personnel recueillies sont obligatoires ; à défaut, le contrat d'assurance ne pourrait être conclu.

Les destinataires des données à caractère personnel sont, dans le strict cadre du respect des finalités énoncées ci-dessus : CNP Assurances Santé Individuelle, ses sous-traitants, les partenaires et les sociétés du Groupe auquel elle appartient, le(s) distributeur(s) d'assurance, le(s) réassureur(s), les personnes intéressées au contrat ainsi que toute autorité administrative ou judiciaire habilitée ou plus généralement tout tiers autorisé pour satisfaire aux obligations légales ou réglementaires.

Les éventuels transferts de données effectués vers des pays situés en dehors de l'Union Européenne se font en respectant les règles spécifiques qui permettent d'assurer la protection et la sécurité des données à caractère personnel.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de retrait de votre consentement lorsqu'il fonde le traitement des données et de limitation des traitements. Vous pouvez également faire une demande de portabilité pour les données que Vous avez fournies et qui sont nécessaires au contrat ou pour les données issues de traitements auxquels Vous avez consenti.

Par ailleurs, Vous avez la possibilité de donner des instructions relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données après votre décès.

Vous pouvez exercer les droits susvisés auprès de CNP Assurances Santé Individuelle, en adressant un courrier précisant votre nom, prénom et adresse postale et en joignant une copie recto-verso de votre pièce d'identité :

- à l'adresse suivante :

CNP Assurances Santé Individuelle
Service DPO
TSA n° 16939
4 Promenade Cœur de ville
92130 Issy-les-Moulineaux

- ou par courriel :

dpo.poleassurances@cnp.fr

En cas de difficulté en lien avec la gestion des données à caractère personnel, Vous pouvez introduire une réclamation auprès de la

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Vous pouvez refuser de faire l'objet de prospection commerciale en Vous inscrivant auprès de BLOCTEL Worldline :

- par courrier :

BLOCTEL Worldline
Service Bloctel
CS 61311
41013 Blois Cedex

- ou sur internet :

www.bloctel.gouv.fr

2 Les données traitées dans le cadre de l'assistance (Filassistance International responsable du traitement)

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte des données à caractère personnel du Bénéficiaire est nécessaire pour la gestion de son contrat d'assistance par Filassistance et ses prestataires.

Les informations recueillies auprès du Bénéficiaire, lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement ayant pour finalités : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assistance ; l'élaboration de statistiques notamment commerciales, d'activité et actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients ; l'amélioration du service au client ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services ; la gestion et le suivi des incidents relatifs à la sécurité des prestataires.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de Filassistance, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Dans le cadre de la gestion du contrat d'assistance, Filassistance, ses prestataires et sous-traitants peuvent être amenés à collecter auprès du Bénéficiaire des données de santé. Ces données de santé sont collectées aux fins de mise en œuvre des garanties demandées. Elles pourront être communiquées exclusivement pour cette finalité aux prestataires ou sous-traitants qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises compte tenu de leur sensibilité.

Les données du Bénéficiaire seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'au 31 décembre de l'année civile suivant l'expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

Le Bénéficiaire dispose notamment d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de ses données personnelles.

Le Bénéficiaire dispose également du droit de prévoir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

Sous certaines conditions règlementaires, le Bénéficiaire peut faire l'exercice du droit d'opposition ou de limitation du traitement de ses données personnelles, toutefois, toute opposition ou refus pourra empêcher l'exécution des présentes garanties.

Le Bénéficiaire peut exercer ces différents droits en :

- se rendant sur :

www.filassistance.fr

- ou en contactant directement le service DPD par courrier :

CNP Assurances
Service DPO
TSA n° 16939
4 Promenade Cœur de ville
92130 Issy-les-Moulineaux

- ou par courriel :

dpo@filassistance.fr

Le Bénéficiaire peut également demander la portabilité des données qu'il a transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat.

Le Bénéficiaire pourra adresser ses réclamations touchant à la collecte ou au traitement de ses données à caractère personnel au service du Délégué à la Protection des Données, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus.

En cas de désaccord persistant, le Bénéficiaire a la possibilité de saisir la CNIL :

- à l'adresse suivante :

Commission Nationale Informatique et Libertés
3 place de Fontenoy
75007 Paris

- sur le site internet :

https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil

- par téléphone :

01 53 73 22 22
(Coût d'un appel local depuis un poste fixe)

6.5 Amélioration de la qualité de service et enregistrement téléphonique

Vos entretiens téléphoniques avec le Centre de Relation Client, sont susceptibles d'être enregistrés, ponctuellement, dans le cadre de l'amélioration de notre qualité de service.

Vous êtes informé, préalablement à tout enregistrement téléphonique, de votre droit d'opposition concernant l'enregistrement afin que Vous soyez en mesure d'exercer ce droit, directement, auprès de vos interlocuteurs.

7. Dispositions générales

7.1 L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurance

Conformément au Code des assurances, CNP Assurances Santé Individuelle et Filassistance International sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR).

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
4 Place de Budapest
CS 92459
75436 Paris CEDEX 09

https://acpr.banque-france.fr/

7.2 Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme - sanctions financières

Conformément aux dispositions légales et réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, Nous sommes tenus à un devoir d'identification et de vérification de l'identité de l'Assuré du contrat le cas échéant, à une connaissance actualisée de l'Assuré et de la relation d'affaires, ainsi qu'à une obligation de vigilance constante sur les opérations effectuées et leur cohérence au regard de la connaissance que Nous avons de l'Assuré.

À ce titre, Vous vous engagez ou le cas échéant votre représentant légal s'engage à Nous donner en tant que de besoin, toutes informations utiles à la mise à jour de votre situation, de l'objet et de la nature de la relation d'affaires. De même, eu égard à notre obligation de vigilance constante sur les opérations, Vous vous engagez à Nous fournir toutes informations utiles concernant notamment l'objet et la nature des opérations réalisées, l'origine et la destination des fonds, l'identité du (des) Assuré(s) en produisant, le cas échéant, tout document probant. Ces vérifications pourront retarder l'exécution d'une opération, ce que Vous reconnaissez et acceptez. À défaut d'obtenir les justifications nécessaires, Nous pourrons ne pas exécuter ou annuler une opération et Nous réserver la possibilité de rompre la relation d'affaires. De même, Nous sommes tenus de respecter les sanctions financières nationales et internationales mises en place par les autorités compétentes à l'encontre d'un État, d'une personne ou d'un organisme. Afin de se conformer à ces obligations, Nous pourrons être amenés à suspendre, ne pas exécuter ou annuler une opération et Nous réserver la possibilité de rompre la relation d'affaires.

7.3 Lutte contre la corruption

Nous sommes tenus, dans le cadre des obligations légales, de contribuer à la lutte contre la corruption et le trafic d'influence auprès de notre clientèle pendant toute la durée de la relation d'affaires. Dans ce cadre, Vous vous engagez à respecter les dispositions relatives à la répression de la corruption et du trafic d'influence, de la prise illégale d'intérêt, du détournement de fonds publics et du favoritisme. En particulier, Vous vous interdisez de réaliser tout acte susceptible d'être qualifié de crime ou délit au regard des réglementations en vigueur, en France ou à l'étranger.

Votre implication dans une activité prohibée ou votre refus de communiquer des éléments

permettant de justifier la conformité des opérations au regard des réglementations en vigueur, peuvent constituer un motif de résiliation de votre contrat et/ou de non prise en charge de votre sinistre.

Le Code de conduite du groupe CNP Assurances, intitulé C@pEthic, qui reprend les procédures mises en place par le Groupe en matière de lutte contre la corruption et le trafic d'influence, est accessible en ligne sur le site institutionnel cnp.fr

8. Vos contacts

Assistance et téléconsultation

Vous souhaitez contacter votre assistance dans le cadre de votre contrat Assurance Santé de La Banque Postale ?

Depuis la France

Contactez Filassistance International au :

03 28 53 20 18
24h/24 - 7j/7

(Coût d'un appel local depuis un poste fixe)

Depuis l'étranger

Contactez Filassistance International au :

+33 3 28 53 20 18
24h/24 - 7j/7

(Les tarifs des communications varient selon le pays depuis lequel l'appel est émis)

Par courrier à l'adresse suivante

Filassistance International
108 Bureaux de la Colline
92213 Saint-Cloud CEDEX

Par mail à l'adresse suivante

assistance.personnes@filassistance.fr

Demandes de remboursement

Vous souhaitez faire une demande de remboursement ou suivre vos demandes de remboursement ? Lors de votre appel, munissez-Vous de votre numéro de contrat.

Depuis la France

03 28 53 20 18
Du lundi au vendredi de 9h à 18h

(Coût d'un appel local depuis un poste fixe)

Depuis l'étranger

+33 3 28 53 20 18
Du lundi au vendredi de 9h à 18h

(Les tarifs des communications varient selon le pays depuis lequel l'appel est émis)

Par courrier à l'adresse suivante

CNP Assurances Santé Individuelle
TSA 20144
51725 Reims CEDEX

De manière digitalisée

Depuis votre Espace Personnel
https://www.espace-client-sante labanquepostale.fr/
24h/24 - 7j/7

Par mail à l'adresse suivante :
contactsante@lbpas.fr

Information – contrat

Vous souhaitez obtenir une information, modifier ou résilier votre contrat Assurance Santé de La Banque Postale ?

(Obtenir une précision sur votre échéance annuelle, l'évolution de votre contrat, changer de Formule ou de niveau).

Lors de votre appel, munissez-Vous de votre numéro de contrat.

Depuis la France

03 28 53 20 18
Du lundi au vendredi de 9h à 18h

(Coût d'un appel local depuis un poste fixe)

Depuis l'étranger

+33 3 28 53 20 18
Du lundi au vendredi de 9h à 18h

(Les tarifs des communications varient selon le pays depuis lequel l'appel est émis)

Par courrier à l'adresse suivante

CNP Assurances Santé Individuelle
TSA 20144
51725 Reims CEDEX

Par mail à l'adresse suivante

contactsante@lbpas.fr

CNP assurances

LA BANQUE POSTALE

DOCUMENT BAC DE TRI

CNP Assurances Santé Individuelle - Société Anonyme au capital de 3 336 000 euros. Siège social : 4 Promenade Coeur de ville, 92130, Issy-les-Moulineaux. RCS Nanterre 440 165 041. Entreprise régie par le Code des assurances. IDU EMP FR233211_01MKXU.

FILASSISTANCE INTERNATIONAL – Société anonyme, au capital de 4.100.000 euros, entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le n° 433 012 689, identifiant unique ADEME : FR329780_01LOPR, dont le siège social est situé au 108, Bureaux de la Colline - 92213 SAINT CLOUD CEDEX.

LA BANQUE POSTALE – S.A. à Directoire et Conseil de Surveillance - Capital Social 6 585 350 218 € - 115 rue de Sèvres 75275 Paris CEDEX 06 - RCS Paris 421 100 645 - IDU EMP FR231771_01UJPN - ORIAS n°07 023 424.

632172 – CG SANTÉ – 2025-07